



БУЙРУК
ПРИКАЗ

31.01.2020 № 52

Бишкек ш.

**по исполнению Распоряжения Правительства от 29 января №30,
протокольного поручения №1 от 29 января 2020 г. заседания
Республиканского штаба по предупреждению завоза и недопущению
дальнейшего распространения коронавирусной инфекции на
территорию Кыргызской Республики**

С конца декабря 2019 года в Китайской Народной Республике (КНР) осложнилась эпидемиологическая ситуация в связи с регистрацией пневмонии, вызванной новым видом коронавируса (2019-nCoV).

По состоянию на 30 января 2020 года в Китае растет число заболевших новым типом коронавируса, зарегистрировано 7818 случаев по всему миру, в том числе 82 случая в 18 странах.

В целях недопущения завоза и распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV на территории Кыргызской Республики

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Создать оперативный штаб при Министерстве здравоохранения КР по отслеживанию эпидемиологической ситуации по коронавирусной инфекции в мире и принятия профилактических мер по предупреждению завоза в страну (далее штаб) (приложение 1)

1.1. Секретариат оперативного штаба МЗ КР;

1.2. Консультативно-экспертную группу;

1.3. Группа быстрой оценки эпидситуации и оперативного реагирования;

1.4. Группа мониторинга и прогнозирования;

1.5. Группа обеспечения коммуникации и обучения;

1.6. Группа финансово-технического обеспечения;

1.7. Лечебно-диагностическая группа

2. Утвердить прилагаемые:

2.1. Стандартное определение случая, рекомендованное ВОЗ (приложение 2)

2.2. Временную инструкцию по отбору клинического материала на коронавирусную инфекцию, рекомендованное ВОЗ (приложение 3)

2.3. Временная анкета о подтвержденных и вероятных случаях инфицирования новым коронавирусом (2019-nCoV) и контактных (приложение 4,5);

2.4. Схему оповещения при выявлении больного с подозрением на коронавирусную инфекцию (приложение 6);

2.5. Схему алгоритма действий для предупреждения ввоза и распространения нового коронавируса через государственные границы КР на пунктах пропуска (СКП, временные медицинские пункты) (приложение 7);

2.6. Схему алгоритма действия сотрудников при поступлении больного с подозрением на новую коронавирусную инфекцию (приложение 8);

2.7. Временное руководство ВОЗ по эпидемиологическому надзору, диагностике, клинике и лечению по коронавирусной инфекции (приложение 9).

2.7. График дежурств оперативного штаба (приложение 10)

2-а. Считать утратившим силу Указание №46 от 31.01.20г. «О внесении изменений в Указание МЗКР «О создании оперативного штаба по отслеживанию эпидемиологической ситуации по коронавирусной инфекции в мире и принятия профилактических мер по предупреждению завоза в страну»

3. Оперативному штабу: (председатель - министр здравоохранения КР):

3.1. Принять к исполнению Распоряжение Правительства от 29 января №30;

3.2. Протокольное поручение №1 от 29 января 2020 г. заседания Республиканского штаба по предупреждению завоза и недопущению дальнейшего распространения новой коронавирусной инфекции на территории КР (прилагаются)

3.3. Обеспечить регулярную работу штаба (согласно графика) и контроль за эпидемиологической ситуацией по новой коронавирусной инфекции, поддерживая оперативную связь с членами штаба-представителями других министерств и ведомств;

3.4. Обеспечить контроль за проведением профилактических мер по предупреждению завоза инфекции в страну;

3.5. Информировать вышестоящие органы, другие министерства и ведомства на постоянной основе о результатах проведенных мероприятий;

3.6. Своевременно информировать пресс-службу МЗ КР о проводимых мероприятиях для информирования населения.

4. Руководителям групп оперативного штаба (приложение 1) обеспечить:

4.1. оперативное выполнение управленческих решений принятых оперативным штабом МЗ КР;

4.2. довести до сведения руководителей организаций здравоохранения республики, руководителей СКП, временных медицинских пунктов, всем заинтересованным министерствам и ведомствам разработанные руководства, инструкции.

Срок: до стабилизации
эпидемиологической ситуации

5. Статс-секретарю (Шадыханов К.С.), начальнику УФП (Атакулов М.М.) решить вопросы своевременного выделения финансовых средств, предусмотренные на эпидемиологические мероприятия.

6. Заместителю министра здравоохранения (Каратаев М.М.), директору ДЛОиМТ (Шакирова Г.А.):

6.1. обеспечить готовность организаций здравоохранения республики к оказанию необходимой помощи населению в случае ухудшения эпидемиологической ситуации в республике;

6.2. координировать вопросы наличия запаса лекарственных средств, изделий медицинского назначения, средств индивидуальной защиты, дезинфицирующих средств в организациях здравоохранения, обратив особое внимание на их ценорегулирования.

7. Главному государственному санитарному врачу, заместителю министра здравоохранения (Исаков Т.Б.) обеспечить координацию проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий.

8. Председателю ФОМС при ПКР (Боронбаева Э.К.) (по согласованию)

8.1. обеспечить неснижаемый запас необходимых лекарственных средств, дезинфекционных средств и изделий медицинского назначения

8.2. решить вопрос с оплатой пациентов, госпитализированных для медицинского наблюдения

9. Главному врачу ЦГСЭНТ (Бейшебаева З.Ы.) обеспечить:

9.1. эпидемиологическую настороженность при осуществлении санитарно-карантинного надзора за лицами, товарами, продуктами и транспортными средствами, прибывающими из КНР;

9.2. бесперебойную работу тепловизоров для выявления лиц с температурой, прибывающих из Китая и из стран, где зарегистрированы случаи нового коронавируса;

9.3. взаимодействие с экипажем воздушных суден, прибывающих из Китая для раннего выявления и организации противоэпидемических мероприятий среди пассажиров данного самолета;

9.4. информационно-образовательную работу среди лиц прибывающих из Китая, и из стран, где зарегистрированы случаи нового коронавируса о необходимости обращения за медицинской помощью при появлении симптомов острых респираторных инфекций;

9.5. при выявлении лиц с температурой и кашлем, прибывающих из КНР, в частности г. Ухань, а также лиц, летящих транзитом с задержкой более 12 часов в КНР, информировать Министерство здравоохранения КР и ЦПЗиГСЭН согласно схемы оповещения (Приложение 6);

9.6. своевременно предоставлять информацию по СКП и проведенных мероприятиях по всей республике 2 раза в день к 08-00 и 15-30 часам;

9.7. принять меры по созданию запаса и оснащению санитарно-карантинных пунктов.

10. Координаторам здравоохранения областей, главным врачам ЦГСЭН г.Бишкек, ЦПЗиГСЭН с ФКДС областей:

10.1. обеспечить готовность организаций здравоохранения к приему больных новой коронавирусной инфекции, включая наличие запаса необходимых расходных материалов для отбора проб и проведения лабораторных исследований, противовирусных препаратов для экстренной профилактики и лечения, дезинфекционных средств и средств индивидуальной защиты, обеспечение их транспортом и специальным медицинским оборудованием, включая аппараты экстракорпоральной оксигенации;

10.2. разработать схемы перепрофилирования организаций здравоохранения на случай массового поступления больных;

10.3. Обеспечить готовность изоляторов, боксированных палат для приема пациентов с подозрением на коронавирусную инфекцию;

10.4. довести до сведения медицинских работников информацию об эпидемиологической ситуации в КНР, связанный с новым коронавирусом;

Срок: немедленно

10.5. обеспечить масочный режим среди сотрудников и соблюдение гигиены рук при приеме больных с респираторной симптоматикой;

Срок: постоянно

10.6. в случае выявления лиц с подозрением на новую коронавирусную инфекцию организовать и обеспечить качественный отбор клинического материала (приложение 3), своевременную доставку в вирусологическую лабораторию ДПЗиГСЭН; установить наблюдение за контактными в течении 14 дней.

10.7. в случае подозрения на новую коронавирусную инфекцию среди лиц обратившихся с симптомами ОРВИ информировать территориальные ЦПЗиГСЭН, согласно постановления Правительства КР от 23.09.2011 года №583 и схемы оповещения (приложение 6).

11. Директору ДПЗиГСЭН (Сыдыгалиев Р. С.) обеспечить:

11.1. мониторинг за выявлением случаев заболевания, вызванных новой коронавирусной инфекцией, оказание консультативно-методической помощи организациям здравоохранения;

Срок: до 5 февраля 2020 г.

11.2. проведение лабораторных исследований и организация отправки образцов в референс-лаборатории ВОЗ;

Срок: по мере выявления

11.3. своевременно предоставлять информацию по временным СКП и проведенных мероприятиях по всей республике в 2 раза в день к 08-00 и 15-30 часам;

11.4. мобилизовать кадровые ресурсы ЦПЗиГСЭН для откомандирования на санитарно-карантинные пункты, с решением вопроса оплаты командировочных расходов;

Срок: до стабилизации эпидемиологической ситуации

11.5. принять меры по созданию запаса дезинфицирующих средств и оснащению санитарно-карантинных пунктов СИЗ, дезинфицирующими средствами и функционирования тепловизоров;

Срок: до стабилизации эпидемиологической ситуации

11.6. принять противозидемические меры в детских образовательных организациях, образовательных школах, школах-интернатах, домах ребенка, детских домах на случай осложнения эпидемиологической ситуации по коронавирусу.

Срок: до стабилизации эпидемиологической ситуации

11.7. обеспечить бесперебойную работу телефона "горячей линии" 32-30-55, 0550-033607, 32-32-02, 0556-403000 для консультирования населения по вопросам нового коронавируса

Срок: до стабилизации
эпидемиологической ситуации

11.8. выделенные финансовые средства по эпид. фонду, использовать строго по назначению.

12. Директору РЦУЗ (Алтымышева Н.) обеспечить широкую информационно-образовательную работу среди населения.

Срок: ежедневно до стабилизации
эпидемиологической ситуации

13. Директору НПО «Профилактическая медицина», ректору КГМИПиПК (Касымов О.Т., Курманов Р.А.) обучить медицинских работников по особенностям профилактики, диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции

Срок: до 20 февраля 2020г.

14. Директору автобазы МЗКР (Джоошев М.)

14.1. выделить автотранспорт для обеспечения оперативности действий штаба.

14.2. Транспортные услуги произвести за счет средств централизованных мероприятий МЗКР.

Срок: круглосуточно до стабилизации
эпидемиологической ситуации

15. Контроль за выполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Министр



К.С. Чолпонбаев



**Состав оперативного штаба и членов групп
по отслеживанию эпидемиологической ситуации по коронавирусной
инфекции в мире и принятия профилактических мер по
предупреждению завоза в страну**

1. Чолпонбаев К.С. – министр здравоохранения КР, председатель штаба
2. Каратаев М.М. – заместитель министра, заместитель председателя штаба по лечебно-профилактическим вопросам
3. Исаков Т. Б. – главный государственный санитарный врач
заместитель министра, заместитель председателя штаба по санитарно-эпидемиологическим вопросам
4. Акматова А.Б.-начальник УОЗ МЗКР
5. Атакулов М.М.-начальник УФП МЗКР
6. Калмаматов К.Ш. –заведующий отделом УОМПиЛП
7. Масалиев О.С. – заведующий международного сектора УСПиРП
8. Айгерчинова Ж. – пресс-секретарь МЗКР
9. Галбаев Н.Б.- главный специалист УОМПиЛП
10. Шакирова Г.А. – директор ДЛОиМТ
11. Сыдыгалиев Р.С. – директор ДПЗиГСЭН
12. Абдикаримов С.Т.- директор РЦКиООИ
13. Алтымышева Н.А. – директор РЦУЗ
14. Касымов О.Т. – директор НПО ПМ
15. Аалиев Г.К – главный врач РКИБ
16. Бейшебаева З.Ы. - главный врач ЦПЗиГСЭНТ
17. Жороев А.А. - начальник управления ДПЗиГСЭН
18. Мамытова Б.К. – координатор по здравоохранению Чуйской области
19. Исмаилова Б.С. – начальник управления здравоохранения мэрии г.
Бишкек
20. Заместитель председателя ФОМСа при ПКР (по согласованию)
21. Заместитель председателя Государственной пограничной службы КР
(по согласованию)
22. Заместитель министра иностранных дел КР (по согласованию)
23. Заместитель министра финансов КР (по согласованию)
24. Заместитель министра культуры, информации и туризма КР (по
согласованию) .
25. Заместитель министра сельского хозяйства, пищевой промышленности
и мелиорации КР (по согласованию)

26. Заместитель директора Государственной инспекции по ветеринарной и фитосанитарной безопасности при Правительстве КР (по согласованию)
27. Заместитель председателя Государственной таможенной службы КР (по согласованию)
28. Заместитель министра чрезвычайных ситуаций КР (по согласованию)
29. Заместитель министра образования и науки КР (по согласованию)
30. Заместитель директора государственного агентства по делам молодежи, физической культуры и спорта КР (по согласованию)

Состав секретариата и групп:

1. Секретариат оперативного штаба МЗ КР в составе:
 - Усенбаев Н.Т. — заместитель директора РЦКиООИ, руководитель;
 - Жороев А.Б. — начальник УПИПЗиЭН ДПЗиГСЭН;
 - Ишенанысова Г.С. — директор РЦИ;
 - Садырбеков К.К. — заместитель директора НПО «ПМ».
2. Консультативно-экспертная группа:
 - Абдикаримов С.Т., директор РЦКиООИ, руководитель;
 - Оторбаева Д.С., зав эпидотделом ДПЗиГСЭН;
 - Узакбаева А.З., зам главного врача РИКБ;
 - Ашыралиева Д.О., начальник ЛМГиДИ ДПЗиГСЭН;
 - Нурматов З.Ш., руководитель РНПЦ вирусных гепатитов НПО ПМ;
 - Самаганова Б.А., главный специалист УОМПиЛП.
3. Группа быстрой оценки эпидситуации и оперативного реагирования:
 - Бейшебаева З.Ы., главный врач ЦГСЭНТ, руководитель;
 - Джангазиев Б.И., врач эпидемиолог ДПЗиГСЭН;
 - Кыдышев К.К., врач эпидемиолог РЦКиООИ;
 - Солпуева А.С., заведующая эпидемиологическим отделом РЦ СПИД.
4. Лечебно-диагностическая группа:
 - Калмаматов К.Ш., зав. отделом УОМП и ЛП, руководитель;
 - Галбаев Н.К., главный специалист УОМП и ЛП;
 - Джакупбекова А.У., ведущий специалист УОМПиЛП;
 - Сооронбаева Н.С., врач НПО «ПМ».
5. Группа мониторинга и прогнозирования
 - Касымов О.Т. — директор НПО ПМ, руководитель;

- Тойгонбаева В.С.- заведующая кафедрой общей и клин.эпидемиологии КГМА;
- Чокморова У.Ж.- директор РЦ СПИД.

6. Группа обеспечения коммуникации и обучения

- Алтымышева Н.А.- директор РЦУЗ, руководитель;
- Айгерчинова Ж.Т.- пресс-секретарь МЗ;
- Тукешова Н.А.- специалист по коммуникациям РЦИ;
- Бектурдиев К.Б.- врач-эпидемиолог РЦКиООИ;
- Джалимбаева А.- врач-эпидемиолог ДПЗиГСЭН.

7. Группа финансово-технического обеспечения;

- Атакулов М.М.- начальник УФП МЗ, руководитель;
- Раимбаева А.А.- главный специалист УФП МЗ;
- Шакирова Г.А.- директор ДЛОиМТ;
- Акматалиева К.А.-главный бухгалтер ДПЗиГСЭН;
- Ибраева А.- главный бухгалтер ЦГСЭНТ.



Стандартное определение случая, рекомендованное ВОЗ

Определения случаев:

1. Тяжелая острая респираторная инфекция (ТОРИ) у человека с лихорадкой и кашлем в анамнезе, требующие госпитализации, без какой-либо другой этиологии, которая полностью объясняет клиническую картину (врачи также должны быть готовы к возможности появления атипичных проявлений у пациентов с ослабленным иммунитетом);

И любое из следующего:

a) Человек ездил или жил в Ухане, провинция Хубэй, Китай за 14 дней до появления симптомов;

или

b) Заболевание у медицинского работника, который работает в среде, в которой находятся пациенты с тяжелыми острыми респираторными инфекциями, независимо от места проживания или истории поездок.

2. У человека развивается необычное или неожиданное клиническое течение, особенно внезапное ухудшение состояния, несмотря на соответствующее лечение, независимо от места проживания или истории поездок, даже если была выявлена другая этиология, которая полностью объясняет клиническую картину.

3. Лицо с острыми респираторными заболеваниями любой степени тяжести, которое в течение 14 дней до начала заболевания подверглось любому из следующих воздействий:

a) тесный физический контакт с подтвержденным случаем инфекции nCoV;

или

b) посещение медицинского учреждения в стране, где были зарегистрированы больничные инфекции nCoV; или

c) посещение или работа на рынке живых животных в Ухане, Китай

d) прямой контакт с животными (если источник животных идентифицирован) в странах, где известно, что nCoV циркулирует в популяциях животных или где инфекции у людей, произошли в результате предполагаемой зоонозной передачи.



Временная инструкция по отбору клинического материала на коронавирусную инфекцию

Клинические образцы для сбора от пациентов с симптомами коронавируса

Тип образца	Материал для отбора	Транс портн ровка	Хранение	Примечание
Носоглоточный и ротоглоточный мазок	Велюр тампон	4 °С	≤5 дней: 4 °С >5 дней: -70 °С	Носоглоточный и ротоглоточные мазки должны быть помещены в одну и ту же транспортную среду, чтобы увеличить вирусную нагрузку
Бронхоальвеолярный лаваж	стерильный контейнер	4 °С	≤48 дней: 4 °С >48 дней: -70 °С	
Эндотрахеальный аспират, назофарингеальный аспират или смыв из носа	стерильный контейнер	4 °С	≤48 дней: 4 °С >48 дней: -70 °С	
мокрота	стерильный контейнер	4 °С	≤48 дней: 4 °С >48 дней: -70 °С	Убедитесь, что материал из нижних дыхательных путей

Отбор клинического материала

Показания для отбора клинического материала указаны в приложении 1.

Носоглоточный мазок должен быть взят в течение 72 часов с момента начала болезни до начала проведения противовирусной терапии.

Освободить носовые пути от слизи (попросить больного высморкаться). Материал собирают стерильным тампоном, который вводят в обе ноздри по очереди на глубину 2-3 см в область нижнего носового хода, после чего вращательными движениями тампон медленно извлекают из носа.

Важно обеспечить большое количество эпителиальных клеток в забранном материале, т.к. вирус – внутриклеточный паразит, для чего необходимо

выскабливать клетки тампоном. Мазок погружают в пробирку с 2 мл транспортной среды. (рисунок 1)



Забор мазка из зева

Детей старше 7 лет и взрослых больных усаживают в положение с приподнятым носом. При заборе материала у маленьких детей необходимо прибегать к помощи ассистента.

Прижмите язык стерильным шпателем и попросите пациента сказать (ААА), это может помочь в доступе к задним стенкам глотки. Прижимая тампоны к гиперемизированным участкам миндалин и задней фарингеальных отделов берем мазок. Тампон с материалом погружают в криопробирку с вирусной транспортной средой, отламывают конец палочки.

Мокрота Утренняя мокрота, после туалета ротовой полости кипяченой водой без зубной пасты.

Если пациент не в состоянии сделать это сам, то туалет его ротовой полости осуществляет медицинский персонал: смачивают чистую зубную щетку теплой кипяченой водой и проводят ею по слизистой обеих щек, языку и деснам.

Мокрота должна быть без примеси слюны и носовой слизи.

При затрудненном отхаркивании, глубокий вдох и кашель. Сводно отхаркиваемая мокрота - глубокий кашель, контейнер закрывают плотно, не касаясь внутренних поверхностей емкости и крышки. Индуцированная мокрота: используя ингалятор, дают больному проглотить 20 - 30 мл 3 - 10%-го стерильного физиологического раствора.

Если мокрота отделяется плохо, накануне пациенту дают отхаркивающие средства.

Промывные воды бронхов (трахеобронхиальный смыв)

Гортанным шприцем с помощью аппарата Боброва в трахею вводят около 10 мл стерильного физиологического раствора, и после возникновения кашля собирают откашлянный трахеобронхиальный смыв в стерильный широкогорлый контейнер.

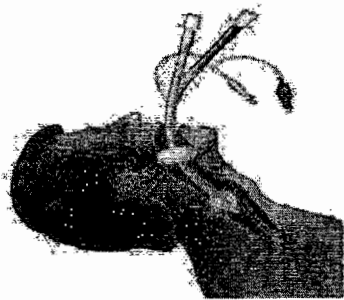
У маленьких детей через катетер вводят в трахею 5-10 мл физиологического раствора и затем отсасывают трахеобронхиальный смыв.

Бронхиальные смывы могут быть получены при бронхоскопии. В том случае не рекомендуется вводить в бронх более 5 мл физиологического раствора.

Манипуляцию проводят натошак после чистки зубов и полоскания полости рта водой.

Пациента просят сделать несколько глубоких вдохов с задержкой дыхания на несколько секунд, затем с силой выдохнуть. Это способствует появлению продуктивного кашля и очищению верхних дыхательных путей от мокроты.

После присоединения мукус-экстрактора через трубку-переходник к отсосу катетер для забора трахеального аспирата вводился в глотку через полость рта. Вследствие раздражения слизистой в области голосовой щели провоцируется кашлевой рефлекс и проводится извлечение трахеального содержимого через стерильный катетер (6 или 7 размера) с помощью отсоса (рисунок 2)



После взятия клинического материала необходимо промаркировать образцы и заполнить направление со следующими данными:

Ф.И.О. пациента;

- идентификационный номер
- возраст, дата рождения
- дата и время взятия материала;
- дата и время отправки в лабораторию
- отделение,
- диагноз;
- прием противовирусных препаратов (доза, кратность);
- возраст, пол;
- Ф.И.О. лечащего врача (контактные данные: тел.);

Требования безопасности

К взятию и транспортировке клинического материала допускается медицинский персонал, прошедший специальный инструктаж по технике работы и мерам безопасности.

При взятии клинического материала должны использоваться средства индивидуальной защиты: медицинский халат, шапочка, сменная обувь,

стерильные/чистые перчатки, при необходимости - маски /респираторы, очки, клеенчатые фартуки.

При работе с исследуемым материалом следует закрыть все повреждения кожи на руках лейкопластырем или напалечником. Следует избегать уколов и порезов.

В случае аварийных ситуаций при отборе образцов необходимо соблюдать все требования принятые в стране.

Транспортировка должна осуществляться с соблюдением требований правил упаковки и транспортировки в специальных закрытых переносных термостатированных (при необходимости), выдерживающих дезинфекцию, отмеченных символом предупреждения биологической опасности контейнерах.



Транспортные емкости дезинфицируют после каждого их использования:

Сопроводительная документация помещается в предназначенный для нее карман контейнера, а случае его отсутствия - кладется в контейнер в отдельный полиэтиленовый пакет.

При отсутствии возможности доставки материал упакованный в отдельный пакет хранится в специально отведенном холодильнике, где совместное хранение пищевых продуктов, медицинских препаратов недопустимо.

Примечание: Отрицательный результат теста, особенно если это образец из верхних дыхательных путей, не исключает инфекцию. В этом случае, нужно повторно отобрать образец из нижних дыхательных путей и повторить тестирование.



**Временная анкета о подтвержденных и вероятных случаях
инфицирования новым коронавирусом (2019-nCoV)**

1	Дата передачи данных в национальный орган здравоохранения:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2	Учреждение, представившее информацию	
3	Выявлен в организации здравоохранения	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если Да, дата ____/____/____ Укажите какая ____
4	Выявлен в пункте въезда	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если Да, дата ____/____/____
Информация о пациенте		
5	Уникальный идентификатор случая	
6	Дата рождения Или предполагаемый возраст	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> лет Если <1 года, то <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> месяцев
7	Пол	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
8	Место постановки диагноза	
Клиническая информация		
9	Клиническое течение заболевания	
10	Дата появления симптомов:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Бессимптомное течение <input type="checkbox"/> Неизвестно
11	Госпитализация	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
12	Дата первой госпитализации:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	Наименование больницы	
14	Дата изоляции	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15	Подключался ли пациент к искусственной вентиляции легких:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
16	Состояние здоровья на момент предоставления данных:	<input type="checkbox"/> Выздоровел <input type="checkbox"/> Не выздоровел <input type="checkbox"/> Умер <input type="checkbox"/> Неизвестно
17	Дата смерти, если применимо	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18	Симптомы, наблюдаемые у пациента	<input type="checkbox"/> Лихорадка/озноб <input type="checkbox"/> Общая слабость <input type="checkbox"/> Кашель <input type="checkbox"/> Боль в горле <input type="checkbox"/> Насморк <input type="checkbox"/> Одышка <input type="checkbox"/> Диарея <input type="checkbox"/> Тошнота/рвота <input type="checkbox"/> Раздраженность/Спутанное сознания <input type="checkbox"/> Боль мышечная

		<input type="checkbox"/> Боль в груди <input type="checkbox"/> Боли в животе <input type="checkbox"/> Боли в суставах
Признаки:		
19	Температура	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> °C
20	Отметьте все наблюдаемые признаки:	<input type="checkbox"/> Фарингеальный экссудат <input type="checkbox"/> Конъюнктив. Инъекция <input type="checkbox"/> Судороги <input type="checkbox"/> Кома <input type="checkbox"/> Одышка / тахипноэ <input type="checkbox"/> Патологические дыхат. шумы <input type="checkbox"/> Патологические изменения в легких на рентгене <input type="checkbox"/> Другие _____
21	Основные состояния и сочетанные заболевания	<input type="checkbox"/> Беременность <input type="checkbox"/> Сердечно-сосудистое заболевание, вкл. Гипертензию <input type="checkbox"/> Диабет <input type="checkbox"/> Заболевания печени <input type="checkbox"/> Хроническое неврологическое или нервно-мышечное заболевание <input type="checkbox"/> Послеродовый период (< 6 недель) <input type="checkbox"/> Иммунодефицит, включая ВИЧ <input type="checkbox"/> Заболевания почек <input type="checkbox"/> Хроническая болезнь легких <input type="checkbox"/> Злокачественное новообразование <input type="checkbox"/> Другое, укажите: _____
Если был контакт с источником инфекции и совершенные поездки за 14 дней до появления симптомов (до предоставления информации, при отсутствии симптомов)		
22	Профессия: (отметьте любой подходящий вариант)	<input type="checkbox"/> Студент <input type="checkbox"/> Работа с животными <input type="checkbox"/> Медработник <input type="checkbox"/> Сотрудник лаборатории здравоохранения <input type="checkbox"/> Другое, укажите: _____
23	Совершал ли пациент поездки в течение 14 дней до появления симптомов?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
24	Если да, пожалуйста, укажите, куда были совершены поездки:	
25	Посещал ли пациент какое-либо (какие-либо) лечебно-профилактическое учреждение(я) за последние 14 дней до появления симптомов?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
26	Имел ли пациент тесный контакт ¹ с человеком с острой респираторной инфекцией в течение 14 дней до появления симптомов?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
27	Если да, в каких условиях осуществлялся контакт (отметьте все подходящие варианты):	<input type="checkbox"/> ЛПО <input type="checkbox"/> На работе <input type="checkbox"/> В семье <input type="checkbox"/> Неизвестно <input type="checkbox"/> Другое _____
28	Имел ли пациент контакт с подтвержденным или вероятным случаем инфекции за последние 14 дней до появления симптомов?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно

29	Если да, пожалуйста, укажите уникальные идентификаторы случаев всех вероятных или подтвержденных случаев:	Случай 1 идентификатор _____ Случай 2 идентификатор _____ Случай 3 идентификатор _____
30	Если да, в каких условиях осуществлялся контакт (отметьте все подходящие варианты):	<input type="checkbox"/> ЛПО <input type="checkbox"/> На работе <input type="checkbox"/> В семье <input type="checkbox"/> Неизвестно <input type="checkbox"/> Другое _____ Если да, место/город/страна контакта: _____
31	Если да, место/город/страна контакта:	
32	Посещали ли вы рынок продажи животных в течение 14 дней до появления симптомов?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
33	Если да, место/город/страна контакта:	
34	Наименование лаборатории, в которую был отправлен образец	
35	Дата лабораторного подтверждения:	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно



**Анкета для сбора данных
о контактном лице с пациентом с коронавирусом (нCoV-2019)**

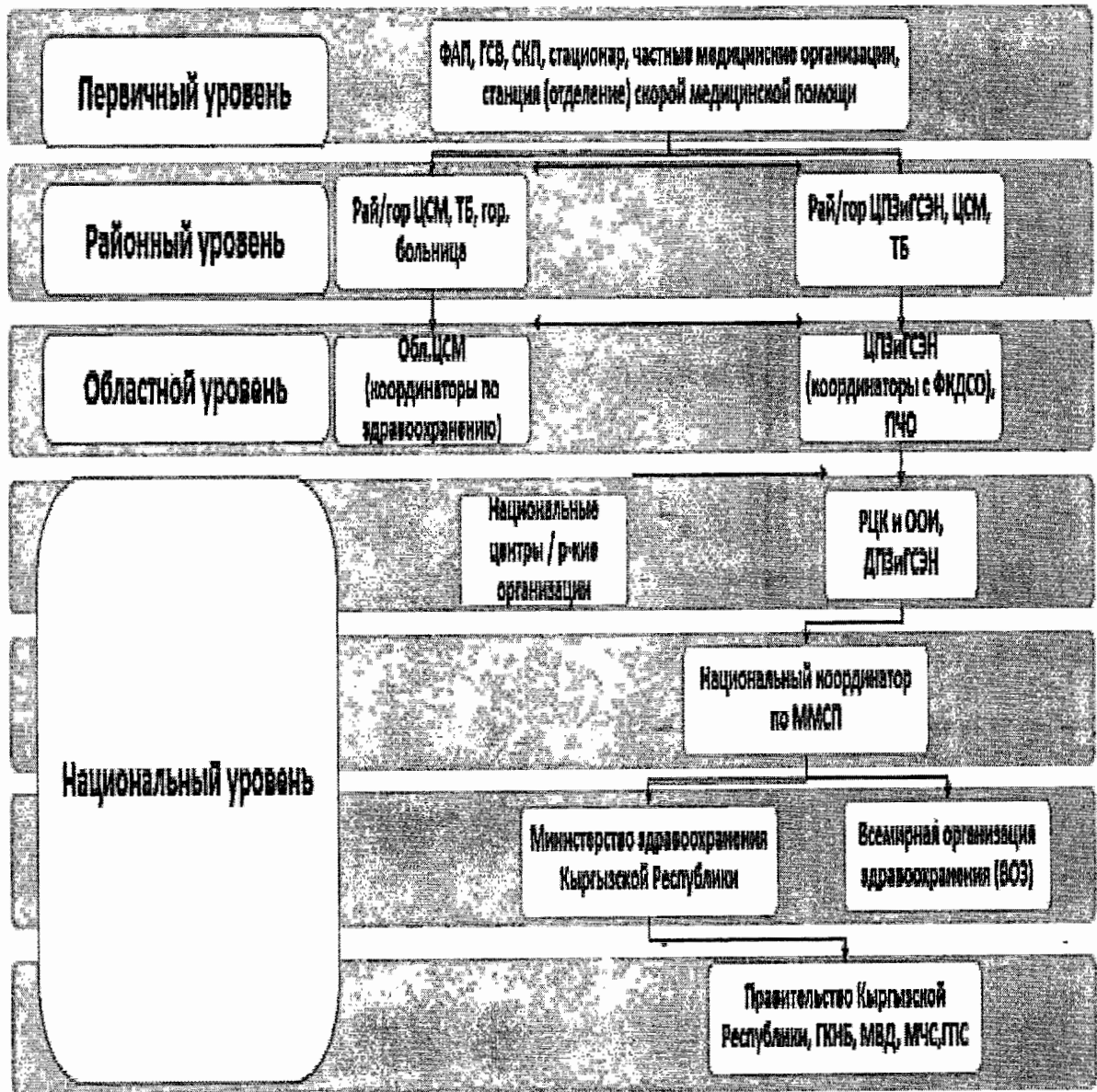
1	Уникальный номер Индексного случая	
А. Текущее состояние		<input type="checkbox"/> Жив <input type="checkbox"/> Умер
В. Информация о лице, собравшем данные		
3	ФИО	
4	Организация	
5	Телефон рабочий	
6	Телефон мобильный	
7	e-mail	
8	Дата заполнения формы	___/___/___
9	Дата интервью с контактным	___/___/___
С. Информация о контактном		
10	ФИО	
11	Пол	<input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
12	Дата рождения	
13	Отношение к подтвержденному случаю	
14	Телефон	
15	Возраст (лет, месяцев)	
16	ИНН	
17	Страна проживания	
18	Гражданство	
19	Организация здравоохранения, к которой приписан Индексный случай	
20	Род занятости	<input type="checkbox"/> Детский сад <input type="checkbox"/> Школа <input type="checkbox"/> Колледж/ Университет <input type="checkbox"/> Работа <input type="checkbox"/> Не работает/ не учится
D. Информация о домохозяйстве		
21	Адрес	
22	Дата последнего контакта с подтвержденным случаем	___/___/___ <input type="checkbox"/> Бессимптомно <input type="checkbox"/> Неизвестно
23	Делит ли контактный комнату с Индексным случаем	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
24	Количество дней, в течение которых больной находился дома, проведенных в контакте с больным	
25	Ухаживал ли контактный за Индексным случаем, когда Индексный случай болел дома или находился на госпитализации	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
26	Контактный обнимал Индексный случай в то время, когда он болел дома до госпитализации?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
27	Контактный целовал Индексный случай в то время, когда он болел дома до госпитализации?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
28	Контактный пожимал руки Индексному случаю в то время, когда он болел дома до	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно

	госпитализации?	
29	Контактный принимал еду совместно с Индексным случаем в то время, когда он болел дома до госпитализации?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
30	Контактный ел из одной тарелки руками с Индексным случаем в то время, когда он болел дома до госпитализации?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
31	Контактный пил из одной посуды с Индексным случаем в то время, когда он болел дома до госпитализации?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
32	Контактный делил одну посуду с Индексным случаем в то время, когда он болел дома до госпитализации?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
33	Контактный делил один туалет с Индексным случаем в то время, когда он болел дома до госпитализации?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Е. 1) Симптомы контактного		
34	Были ли у контактного какие-либо респираторные симптомы (боль в горле, кашель, насморк, одышка) в период от 10 дней до начала заболевания у Индексного случая до настоящего времени?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если Нет, переходите к Части 3) Другие симптомы
35	Дата появления первых симптомов	___/___/___ <input type="checkbox"/> Бессимптомное <input type="checkbox"/> Неизвестно
36	Лихорадка сейчас или в анамнезе ($\geq 38^\circ\text{C}$)	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если Да, укажите максимальную tC
2) Респираторные симптомы		
37	Боли в горле	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если Да, то Дата ___/___/___
38	Кашель	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если Да, то Дата ___/___/___
39	Насморк	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если Да, то Дата ___/___/___
40	Затрудненное дыхание	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если Да, то Дата ___/___/___
3) Другие симптомы		
41	Озноб	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
42	Рвота	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
43	Тошнота	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
44	Диарея	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
45	Головная боль	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
46	Неврологические симптомы	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно Если Да, укажите _____
47	Сыпь	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
48	Конъюнктивит	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
49	Мышечные боли	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
50	Боли в суставах	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
51	Потеря аппетита	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
52	Носовое кровотечение	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
53	Усталость	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно

54	Общее недомогание	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
55	Припадки / обмороки	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
56	Измененное сознание	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
57	Другие симптомы	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
Если Да, укажите _____				
Ф. Сопутствующие заболевания или состояния здоровья у контактного				
58	Ожирение	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
59	Рак	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
60	Диабет	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
61	ВИЧ или другие иммунодефицитные состояния	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
62	Заболевания сердца	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
63	Астма (требующая лечения)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
64	Хронические заболевания легких (за исключением астмы)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
65	Хронические заболевания печени	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
66	Хронические гематологические заболевания	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
67	Беременность	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
Если Да, укажите триместр				
<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III				
Предполагаемая дата родов ____/____/____				
68	Хронические заболевания почек	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
69	Хронические неврологические заболевания/нарушения	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
70	Реципиент (получатель) органов и костного мозга	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
71	Другие сопутствующие заболевания/состояния	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
Если Да, укажите _____				
72	Контактный был привит от гриппа в течение 12 месяцев до начала заболевания	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
Если Да, Дата вакцинации ____/____/____				
Страна вакцинации _____				
73	Контактный был привит пневмококковой вакциной в течение 12 месяцев до начала заболевания	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
Если Да, Дата вакцинации ____/____/____				
Страна вакцинации _____				
Г. Отбор образцов у контактного				
74	Дата сбора образца	____/____/____ <input type="checkbox"/>		
Неприменимо				
75	Какой образец был отобран	<input type="checkbox"/> Мазок из носа <input type="checkbox"/> Мазок из зева <input type="checkbox"/> Назофарингиальный мазок <input type="checkbox"/> Другой _____		
76	Была ли взята сыворотка крови	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Неизвестно
Если Да, укажите дату ____/____/____				
77	В какую лабораторию был отправлен образец?	_____		
78	Дата отправки в другую лабораторию с экспертизой на коронавирус (если применимо)	____/____/____		
79	Лабораторные результаты	_____		



СХЕМА ОПОВЕЩЕНИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ





Алгоритм действий для предупреждения ввоза и распространения коронавируса через государственные границы Кыргызской Республики на пунктах пропуска (СКП, временные медицинские пункты)

Получение декларации от командира воздушного судна, начальника поезда, автоперевозчика об отсутствии больных и людей с подозрением на заболевание

Термосканирование пассажиров и проходящих через государственную границу
(далее по схеме)

I
Лица, прибывающие из эпидемиологически неблагополучных стран по коронавирусу должны заполнить опросник

С клиническими проявлениями

Госпитализация
1) эпид.анамнез
2) отбор образцов из верхних дых. путей
Место госпитализации: региональные ОЗ.

Без клинических проявлений

Медицинское наблюдение по месту жительства (ЦСМ, ЦОВП районов и городов)

II
Лица, прибывающие из Китайской Народной Республики граждане Кыргызской Республики (аэропорт Манас, СКП северного региона)

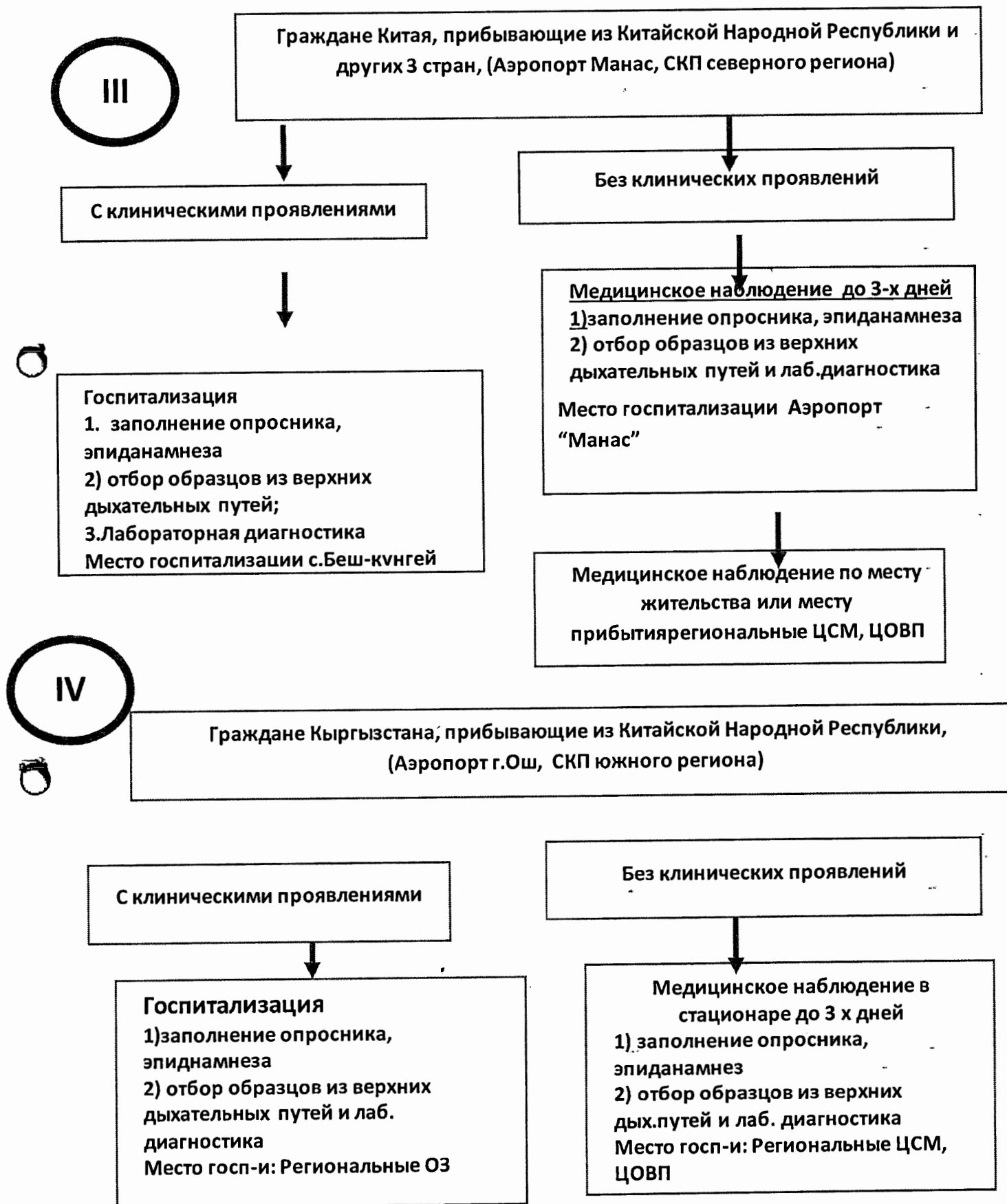
С клиническими проявлениями

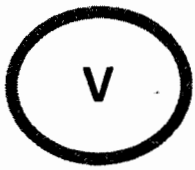
Госпитализация
1) заполнение опросника и эпид.анамнез;
2) отбор образцов из верхних дых. путей
3) Госпитализация в РКИБ, Сокулукский, Московский, Кантский ТБ

Без клинических проявлений

Мед. наблюдение в стационаре до 3 х дней
1) заполнение опросника, эпид.анамнез;
2) отбор образцов из верхних дых. путей
3) лабораторная диагностика;
4) Место госпитализации с. Беш-Кунгей

Примечание Лица прибывшие из г. Ухань без клинических проявлений - Медицинское наблюдение до 14 дней





Лица, прибывающие из Китайской Народной Республики,
через пункт пропуска «Торугарт» «Иркештам»

С клиническими
проявлениями

Без клинических проявлений

Госпитализация

- 1) заполнение опросника,
эпиданамнеза;
 - 2) отбор образцов из верхних
дыхательных путей и лаб.диагностика
- Место госп-и: Региональные ОЗ

Медицинское наблюдение в
санитарно-карантинных зонах,
развернутых на пограничных
пунктах до 3 –х дней

- 1) заполнение опросника,
эпиданамнеза;
- 2) отбор образцов из верхних
дыхательных путей и
лаб.диагностика.

Медицинскоенаблюдение по
месту жительства или месту
прибытия ЦСМ, ЦОВП



Схема

алгоритма действия сотрудников при поступлении больного с подозрением на коронавирусную инфекцию

При поступлении в приемное отделение больного заведующий приемным отделением или дежурный врач проводит следующие действия:

- запрещается вход и выход в здание, где выявлен больной
- вентиляционные отверстия заклеить лейкопластырем и отключить кондиционеры
- собирают клинический и эпидемиологический анамнез.
- незамедлительно информирует руководителя организации доступным методом
- вызывают консультантов для подтверждения или отмены

В случае, если больной поступает, минуя приемное отделение, по направлению указателей поступают в отделение №6 бокс "12"

Медсестра приемного отделения, в защитном костюме 1-типа производит забор материала с велюр тампоном на транспортную среду (носоглоточный и ротоглоточный мазок, мазки должны быть помещены в одну транспортную среду) и заполняют анкету

Анализ доставляют в вирусологическую лабораторию ДГСЭН (г.Бишкек, ул.Фрунзе №535) с соблюдением правил безопасности в специальных контейнерах

Транспортировка больного и госпитализация в специальную бокс камеру

Медсестра приемного отделения производит забор материала

Зав.отделением №6 и дежурная медсестра после получения сообщения с приемного отделения одевают защитный костюм 1-типа по инструкции и встречают больного №6 в боксе №12, контактных в боксе №11

Провести дезинфекцию транспорта, который находился больной в специально отведенном месте санитарной площадке



Клиническое руководство

по ведению пациентов с тяжелой острой респираторной инфекцией при подозрении на инфицирование новым коронавирусом (нCoV)

Временные рекомендации ВОЗ

25 января 2020 г.

WHO/nCoV/

Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелой острой респираторной инфекцией при подозрении на инфицирование новым коронавирусом (нКоВ)

Временные рекомендации

25 января 2020 г.



Введение

Это первое издание настоящего документа для нового коронавируса, представляющее собой адаптированную версию публикации ВОЗ «Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелыми острыми респираторными инфекциями при подозрении на инфицирование ближневосточным респираторным коронавирусом (БВРС-КоВ)» (2019 г.).

Настоящий документ предназначен для врачей-клиницистов, оказывающих медицинскую помощь госпитализированным пациентам – взрослым и детям – с тяжелой острой респираторной инфекцией (ТОРИ) при подозрении на инфицирование нКоВ. Он должен не подменять собой врачебное мнение или консультации специалистов, а служить пособием при ведении таких пациентов и источником современных рекомендаций. К передовым практикам в случае ТОРИ относятся профилактика инфекции и инфекционный контроль (ПИИК) и оптимизированная поддерживающая терапия тяжело больным пациентам.

Настоящий документ состоит из следующих разделов:

1. Медицинская сортировка: выявление и сортировка пациентов с ТОРИ.
2. Немедленная реализация рациональных мер по ПИИК.
3. Ранняя поддерживающая терапия и наблюдение.
4. Забор материала для лабораторной диагностики.
5. Ведение пациентов с гипоксемической респираторной недостаточностью и острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС).
6. Ведение пациентов с септическим шоком.
7. Профилактика осложнений.
8. Специфическая терапия при инфекции, вызванной нКоВ.
9. Особые рекомендации по ведению беременных пациентов.

Упомянутые в тексте документа меры отмечены следующими символами:

- ☑ Рекомендуется: известно, что данное вмешательство дает положительный результат (настоятельная рекомендация) **ИЛИ** вмешательство описывает передовые практические приемы.
- ⊗ Не рекомендуется: известно, что данное вмешательство наносит вред.
- Ⓜ Продумать: вмешательство может давать положительный результат для некоторых пациентов (условная рекомендация) **ИЛИ** решение о проведении вмешательства должно быть тщательно продумано.

Цель настоящего документа состоит в том, чтобы предоставить клиницистам обновленные временные рекомендации относительно своевременных, эффективных и безопасных мерах поддерживающего ведения пациентов с нКоВ и ТОРИ, особенно находящихся в критическом состоянии.

Представленные здесь рекомендации по большей части основаны на опубликованных ВОЗ документах¹⁻⁴. При отсутствии рекомендаций ВОЗ учтены рекомендации, основанные на доказательной базе. В анализе предлагаемых рекомендаций принимали участие члены всемирной сети ВОЗ, объединяющей врачей-клиницистов, а также клиницисты, занимавшиеся лечением пациентов с ТОРС, БВРС и тяжелыми формами гриппа (см. раздел «Выражение благодарности»). Запросы просьба отправлять по электронной почте по адресу outbreak@who.int, указывая в теме письма «nCoV clinical question».

1. Медицинская сортировка: раннее выявление пациентов с ТОРИ, обусловленной заражением нКоВ.

🔍 **Медицинская сортировка: выявить и отсортировать пациентов с ТОРИ в месте первого контакта с системой здравоохранения (напр., в отделении неотложной помощи). При определенных условиях нКоВ следует рассматривать как возможный возбудитель ТОРИ (см. табл. 1). Провести сортировку пациентов и приступить к неотложной терапии исходя из тяжести болезни.**

Примечание: нКоВ может проявляться как легкое, умеренное или тяжелое заболевание; последнее сопровождается пневмонией, ОРДС, сепсисом и септическим шоком. Раннее выявление пациентов с подозрением на нКоВ позволяет своевременно приступить к ПИИК (см. табл. 2). Раннее выявление пациентов с тяжелыми проявлениями (см. табл. 2) позволяет немедленно приступить к оптимизированной поддерживающей терапии и быстро и безопасно принять (или направить) пациентов в отделения интенсивной терапии в соответствии с институциональными или национальными протоколами. Для пациентов с легкой формой заболевания при отсутствии угрозы быстрого ухудшения состояния госпитализация может не потребоваться. Всем пациентам, выписанным домой, необходимо рекомендовать вернуться в больницу при ухудшении состояния.

Таблица 1. Определения пациентов с ТОРИ при наличии подозрения на инфицирование нКоВ*

ТОРИ	ОРИ с лихорадкой или измеренной температурой ≥ 38 °C и кашлем в анамнезе; появление в течение последних ≈ 10 дней; при необходимости госпитализации ⁵ . Однако отсутствие лихорадки НЕ позволяет исключить вирусную инфекцию ⁶ .
Определения случаев инфекции вызванной нКоВ по соображениям эпиднадзора*	<ol style="list-style-type: none">1. Тяжелая острая респираторная инфекция (ТОРИ) у лица, у которого наблюдалась лихорадка и кашель, требующие госпитализации, при отсутствии другой этиологии, полностью объясняющей клиническую картину¹ (клиницисты должны быть осведомлены о возможности атипичной клинической картины у пациентов с ослабленной иммунной системой); И любое из следующих условий:<ol style="list-style-type: none">a) Пребывание в г. Ухань, провинция Хубэй, КНР, в течение 14 дней до появления симптомов; илиb) появление заболевания у медицинского работника, работавшего в среде, в которой осуществлялся уход за пациентами с тяжелыми острыми респираторными инфекциями, вне зависимости от места проживания и перемещений; илиc) неожиданное или непредвиденное течение болезни, особенно внезапное ухудшение состояния на фоне надлежащей терапии, вне зависимости от места проживания и перемещений, даже если выявлена другая этиология, полностью объясняющая клиническую картину.2. Лицо с острым респираторным заболеванием любой степени тяжести, которое в течение 14 суток до начала заболевания контактировало со следующими лицами или находилось в следующих учреждениях:<ol style="list-style-type: none">a) тесный физический контакт² с пациентом, у которого подтверждена инфекция нКоВ, когда у этого пациента наблюдались симптомы; либоb) пребывание в лечебном учреждении в стране, в которой зарегистрированы случаи внутрибольничного заражения нКоВ.

* Последние определения случаев см. по адресу <https://www.who.int/health-topics/coronavirus>

¹ Анализы должны проводиться согласно местным рекомендациям по ведению пациентов с внебольничной пневмонией. К другим этиологиям относятся *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* тип В, *Legionella pneumophila*, другие известные бактериальные пневмонии, вирусы гриппа и респираторно-синцициальный вирус.

² Тесный контакт определяется как:

- контакт при оказании медицинской помощи, в т.ч. при непосредственном уходе за пациентами с нКоВ, работе с медицинскими работниками, инфицированными нКоВ, посещении пациентов или пребывании в непосредственной близости от пациента с нКоВ;
- совместная работа в непосредственной близости от пациента, инфицированного нКоВ, или пребывание с ним в одном классе;
- совместная поездка с пациентом, инфицированным нКоВ, на любом виде транспорта;
- проживание в одном домохозяйстве с пациентом, инфицированным нКоВ.

В рассматриваемом случае эпидемиологическая связь могла иметь место в течение 14 суток до или после наступления болезни.

Таблица 2. Клинические синдромы, сопряженные с инфекцией нКОВ

Неосложненное заболевание	У пациентов с неосложненной инфекцией верхних дыхательных путей могут наблюдаться неспецифические симптомы, в т.ч. лихорадка, кашель, боль в горле, заложенность носа, недомогание, головная боль, боль в мышцах или мышечная слабость. У пожилых пациентов и пациентов с ослабленной иммунной системой могут наблюдаться атипичные симптомы. У этих пациентов не отмечаются симптомы обезвоживания, сепсис или одышка.
Легкая пневмония	Пациент с пневмонией при отсутствии симптомов тяжелой пневмонии. У ребенка с нетяжелой пневмонией отмечается кашель или затрудненное дыхание + учащенное дыхание: учащенное дыхание (в дыхательных движениях в минуту): < 2 мес. – ≥ 60 ; 2–11 мес. – ≥ 50 ; 1–5 лет – ≥ 40 , отсутствие симптомов тяжелой пневмонии.
Тяжелая пневмония	Подростки и взрослые: лихорадка или подозрение на респираторную инфекцию, а также один из следующих симптомов: частота дыхательных движений (ЧДД) > 30 /мин., тяжелая дыхательная недостаточность, или $SpO_2 < 90\%$ в атмосфере комнатного воздуха (адаптировано по материалам [1]). Ребенок с кашлем или затрудненным дыханием, а также как минимум одним из следующих симптомов: центральный цианоз или $SpO_2 < 90\%$; тяжелая дыхательная недостаточность (напр., клочущее дыхание, очень сильное втяжение грудной клетки); симптомы пневмонии, в целом указывающие на опасность: неспособность сосать грудное молоко или пить, вялость или потеря сознания либо судороги. Могут присутствовать другие симптомы пневмонии: втяжение грудной клетки, учащенное дыхание (в дыхательных движениях/мин.): < 2 мес – ≥ 60 ; 2–11 мес. – ≥ 50 ; 1–5 лет – ≥ 40 . Диагностика осуществляется на основании симптомов; визуализация органов грудной клетки может исключить осложнения.
Острый респираторный дистресс синдром ⁷⁻⁹	<p>Начало: ухудшение или появление новых респираторных симптомов в течение одной недели после известного воздействия неблагоприятного фактора.</p> <p>Визуализация органов грудной клетки (рентгенография, КТ или УЗИ легких): тени с обеих сторон, не вполне объясняемые выпотом, спадение легкого или его долей, либо наличие узелков.</p> <p>Причина отека: дыхательная недостаточность, не вполне объясняемая сердечной недостаточностью или гиперволемией. При отсутствии факторов риска для исключения гидростатической причины отека необходима объективная оценка (напр., методом эхокардиографии).</p> <p>Оксигенация (взрослые):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Легкий ОРДС: $PaO_2/FiO_2 \leq 300$ мм рт. ст. (ИВЛ с положительным давлением в конце выдоха (РЕЕР) или постоянным положительным давлением (CPAP) ≥ 5 см. вод. ст.⁷, либо без ИВЛ⁸) • Умеренный ОРДС: $PaO_2/FiO_2 \leq 200$ мм рт. ст. (с РЕЕР ≥ 5 см. вод. ст.⁷, либо без ИВЛ⁸) • Тяжелый ОРДС: $PaO_2/FiO_2 \leq 100$ мм рт. ст. (с РЕЕР ≥ 5 см. вод. ст.⁷, либо без ИВЛ⁸) • Если значение PaO_2 неизвестно, то $SpO_2/FiO_2 \leq 315$ указывает на ОРДС (в т.ч. у пациентов, не подвергающихся ИВЛ) <p>Оксигенация (дети; примечание: OI – индекс оксигенации, OSI – индекс оксигенации с использованием SpO_2):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Двухуровневая неинвазивная ИВЛ (НИВЛ) или CPAP ≥ 5 см вод. ст. через полнолицевую маску: $PaO_2/FiO_2 \leq 300$ мм рт. ст. или $SpO_2/FiO_2 \leq 264$ • Легкий ОРДС (с-инвазивной ИВЛ): $4 \leq OI < 8$ или $5 \leq OSI < 7,5$ • ОРДС умеренной тяжести (с инвазивной ИВЛ): $8 \leq OI < 16$ или $7,5 \leq OSI < 12,3$ • Тяжелый ОРДС (с инвазивной ИВЛ): $OI \geq 16$ или $OSI \geq 12,3$
Сепсис^{10,11}	<p>Взрослые: угрожающее жизни нарушение функции органов, вызванное разрегулированной реакцией хозяина на предполагаемую или подтвержденную инфекцию, с нарушением функции органов*. К симптомам нарушения функции органов относятся: измененное состояние сознания, затрудненное или учащенное дыхание, низкая сатурация кислородом, сниженный диурез, учащенное сердцебиение, слабый пульс, холодные конечности или низкое артериальное давление, пятнистость кожи либо лабораторные признаки коагулопатии, тромбоцитопении, ацидоза, высокой концентрации лактатов или гипербилирубинемии.</p> <p>Дети: предполагаемая или подтвержденная инфекция и ≥ 2 критерия синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), одним из которых должна быть аномальная температура или количество лейкоцитов.</p>
Септический шок^{10,12}	<p>Взрослые: персистирующая артериальная гипотензия на фоне восполнения объема циркулирующей крови, требующая применения сосудосуживающих препаратов для поддержания среднего АД ≥ 65 мм рт. ст. и концентрацию лактата в сыворотке крови > 2 ммоль/л.</p> <p>Дети (по данным [12]): гипотензия (среднее АД < 5-й центили или на > 2 стандартных отклонений (СО) меньше нормы для данного возраста) или 2–3 из следующих признаков: измененное состояние сознания; тахикардия или брадикардия (частота сердечных сокращений (ЧСС) < 90/мин или > 160/мин у младенцев, либо ЧСС < 70/мин или > 150/мин у детей); увеличенное время наполнения капилляров (> 2 с) или теплая вазодилатация с высоким пульсовым давлением; тахипноэ; мраморная кожа или петехиальная или пурпурная сыпь; повышенный уровень лактата; олигурия; гипертермия или гипотермия.</p>

Сокращения: ОРИ – острая респираторная инфекция; АД – артериальное давление; уд./мин. – ударов в минуту; SPAP – постоянное положительное давление в дыхательных путях; FiO_2 – фракция вдыхаемого кислорода; НИВЛ – неинвазивная вентиляция легких; OI – индекс оксигенации; OSI – индекс оксигенации с использованием SpO_2 ; PaO_2 – парциальное давление кислорода; РЕЕР – положительное давление конца выдоха; САД – систолическое артериальное давление; СО – стандартное отклонение; ССВО – синдром системного воспалительного ответа; SpO_2 – сатурация кислородом. *Если высота превышает 1000 м, то необходимо рассчитать поправочный коэффициент по следующей формуле: $PaO_2/FiO_2 \times \text{атмосферное давление} / 760$.

* Индекс по шкале SOFA может составлять от 0 до 24 и учитывает показатели, связанные с шестью системами: дыхательной (гипоксемия, определяемая по низкому PaO_2/FiO_2), системой свертывания крови (низкое число тромбоцитов), печенью (высокий билирубин), сердечно-сосудистой системой (гипотензия), центральной нервной системой (низкий уровень сознания по шкале комы Глазго) и мочевыделительной (низкий диурез или высокий креатинин). Сепсис определяется по увеличению оценки по шкале SOFA (Sequential [Sepsis-related] Organ Failure Assessment)¹³ на ≥ 2 пункта. При отсутствии данных считать изначальное значение индекса равным нулю.

2. Немедленная реализация надлежащих мер ПИИК

ПИИК – это важнейшая и неотъемлемая часть ведения пациентов, и к соответствующим мероприятиям необходимо приступить в пункте поступления пациента в лечебное учреждение (обычно – в отделении неотложной помощи). Во всех отделениях медицинских учреждений необходимо всегда принимать стандартные меры предосторожности. К стандартным мерам предосторожности относятся гигиена рук; использование средств индивидуальной защиты (СИЗ) для профилактики непосредственного контакта с кровью, физиологическими жидкостями и выделениями пациента (в т.ч. выделениями из дыхательной системы) и поврежденной кожей. К стандартным мерам предосторожности также относятся меры профилактики порезов / колотых ран иглами или острыми предметами; безопасная утилизация отходов; очистка и дезинфекция оборудования; а также уборка помещений.

Таблица 2. Как реализовать меры профилактики инфекций и инфекционного контроля для пациентов с предполагаемой или подтвержденной инфекцией нCoV^{14,15}

Во время сортировки	Дать пациенту с подозрением на нCoV медицинскую маску и направить пациента в специальную зону – в изолятор, при его наличии. Поддерживать между пациентами с подозрением на нCoV и другими пациентами дистанцию не менее 1 метра. Всем пациентам дать указание закрывать нос и рот при кашле и чихании салфеткой/платком или локтевым сгибом, чтобы не подвергать опасности других. После контакта с выделениями из органов дыхания провести обработку рук.
Применить меры предосторожности для профилактики воздушно-капельной передачи, чтобы не допустить передачи респираторных вирусов с крупными каплями.	При работе в радиусе 1–2 метров от пациента использовать медицинскую маску. Пациентов размещать в палатах по одному или группировать их вместе с пациентами с тем же этиологическим диагнозом. Если этиологический диагноз установить невозможно, то группировать пациентов со схожими клиническими диагнозами и с учетом эпидемиологических факторов риска, обеспечив пространственное разделение. При оказании помощи в тесном контакте с пациентом с респираторными симптомами (напр., кашлем или чиханием) использовать средства защиты органов зрения (лицевую маску или защитные очки) ввиду опасности образования аэрозолей и контакта с выделениями. Ограничить перемещение пациентов в пределах учреждения и обеспечить использование пациентами медицинских масок вне своих палат.
Соблюдать меры профилактики контактной передачи.	Профилактика воздушно-капельной и контактной передачи позволяет предотвратить прямую и косвенную передачу через зараженные поверхности и оборудование (напр., контакт с обсемененными кислородными шлангами / устройствам доставки кислорода). Надевать СИЗ (медицинскую маску, защиту органов зрения, перчатки и костюм) при входе в палату и снимать СИЗ при выходе из нее. По возможности использовать одноразовое или специально выделенное оборудование (напр., стетоскопы, манжеты тонометров и термометры). Если для нескольких пациентов необходимо использовать одно и то же оборудование, то после применения и перед применением у следующего пациента его необходимо очистить и продезинфицировать. Медицинские работники не должны касаться глаз, носа и рта руками если есть вероятность их обсеменения, независимо от того, используют они перчатки или нет. Необходимо не допускать загрязнения предметов, которые непосредственно не используются в процессе оказания помощи пациентам (например, дверных ручек и выключателей). Необходимо обеспечивать хорошую вентиляцию палат. Не следует перемещать и транспортировать пациентов. Необходимо соблюдать гигиену рук.
Применять меры предосторожности при проведении процедур, сопряженных с риском образования аэрозолей	Все медицинские работники, которые проводят процедуры, сопряженные с риском образования аэрозолей (аспирацию или отсасывание содержимого дыхательных путей путем открытого дренирования, интубацию, сердечно-легочную реанимацию, бронхоскопию), должны использовать СИЗ, включая перчатки, медицинские халаты с длинными рукавами, средства защиты глаз и проверенные на плотность прилегания противоаэрозольные респираторы (N95 или аналог либо устройство более высокого класса защиты). (Запланированную проверку плотности прилегания не следует путать с проверкой плотности прилегания, производимую пользователем при каждом использовании.) По мере возможности процедуры, сопряженные с риском образования аэрозолей, необходимо выполнять в хорошо проветриваемых изолированных помещениях, т.е. помещениях, в которых поддерживается пониженное давление, воздухообмен кратностью не менее 12 или расходом воздуха не менее 160 л/с/пациента в помещениях с естественной вентиляцией. Необходимо не допускать доступа посторонних лиц в эти помещения. Уход за пациентами в помещениях такого же типа после начала ИВЛ.

Аббревиатуры: ОРИ – острая респираторная инфекция; СИЗ – средства индивидуальной защиты.

3. Ранняя поддерживающая терапия и наблюдение

☑ Пациентам с ТОРИ и дыхательной недостаточностью, гипоксемией или шоком немедленно обеспечить дополнительную оксигенотерапию.

Примечания: приступить к оксигенотерапии при расходе 5 л/мин и корректировать расход, пока не будет достигнута $SpO_2 \geq 90\%$ у небеременных взрослых пациентов и $SpO_2 \geq 92-95\%$ у беременных пациентов^{1,2}. Детям с симптомами неотложных состояний (нарушение проходимости дыхательных путей, отсутствие дыхания, тяжелая дыхательная недостаточность, центральный цианоз, шок, кома или судороги) обеспечить оксигенотерапию во время реанимационных мероприятий, пока не будет достигнута $SpO_2 \geq 94\%$; в противном случае целевое значение SpO_2 составляет $\geq 90\%$ ⁴. Во всех помещениях, где оказывают помощь пациентам с ТОРИ, должны быть пульсоксиметры, исправные системы подачи кислорода и одноразовые устройства доставки кислорода (носовые канюли, простые лицевые маски и маски с дыхательным мешком) При работе с обсемененными поверхностями кислородного оборудования пациентов, инфицированных нКоВ, применять меры профилактики контактной передачи инфекции.

☑ При проведении инфузионной терапии пациентам с ТОРИ без признаков шокового состояния следует применять консервативный подход.

Примечание: у пациентов с ТОРИ внутривенное введение растворов следует проводить очень осторожно, потому что массивная инфузионная терапия может привести к ухудшению оксигенации. Это особенно важно в условиях ограниченного доступа к устройствам ИВЛ¹⁶.

☑ Назначить эмпирическую терапию антимикробными препаратами от всех вероятных возбудителей ТОРИ. При наличии сепсиса назначить антимикробную терапию в течение одного часа после первоначального осмотра.

Примечания: даже если существует подозрение на нКоВ, в течение **ОДНОГО часа** после выявления сепсиса необходимо назначить пациенту надлежащую эмпирическую терапию антимикробными препаратами¹⁷. Антибактериальную терапию назначают исходя из клинического диагноза (внебольничная пневмония, больничная пневмония [если инфицирование произошло в лечебном учреждении] или сепсис), местной эпидемиологической ситуации с учетом результатов определения чувствительности возбудителей к препаратам и имеющихся рекомендаций. Эмпирическая терапия предполагает применение ингибиторов нейраминидазы для лечения гриппа в районах циркуляции вирусов гриппа, а также при наличии других факторов риска, в том числе поездок или контакта с вирусами гриппа животных¹⁸. Эмпирическую терапию отменяют на основании результатов микробиологического исследования и врачебного мнения.

⊗ Пациентам с вирусной пневмонией или ОРДС не следует назначать кортикостероиды для системного применения, если лечение проводится вне рамок клинических исследований и для применения этих препаратов нет других показаний.

Примечание: результаты систематического обзора обсервационных исследований применения кортикостероидов у пациентов с ТОРС показали, что кортикостероиды не улучшают выживаемость, но могут приводить к нежелательным последствиям (развитию аваскулярного некроза, психоза, сахарного диабета, а также увеличивать время репликации вируса в организме)¹⁹. Систематический обзор обсервационных исследований гриппа выявил повышенный риск смертности и вторичных инфекций на фоне терапии кортикостероидами; сочтено, что качество этих данных является очень низким или низким из-за искажающего влияния показаний²⁰. Последующее исследование, в котором это ограничение было устранено путем введения коррекции на зависящие от времени искажающие факторы, не выявило влияния на смертность²¹. Наконец, в недавнем исследовании пациентов, получающих кортикостероиды по поводу БВРС, использовался схожий статистический подход и не было обнаружено влияния кортикостероидов на смертность, однако было обнаружено замедленное выведение БВРС-КоВ из нижних дыхательных путей (НДП)²². Учитывая низкую эффективность и возможный вред, следует избегать назначения кортикостероидов для регулярного применения, если для их применения нет иных показаний. Информацию об использовании кортикостероидов при наличии сепсиса см. в разделе 6.

☑ Необходимо тщательно наблюдать пациентов с ТОРИ для своевременного выявления признаков ухудшения клинического состояния (быстро прогрессирующей дыхательной недостаточности и сепсиса), а при появлении таких признаков сразу же начинать поддерживающую терапию.

Примечание: своевременная адекватная и безопасная поддерживающая терапия крайне важна при тяжелом течении инфекции, вызванной нКоВ.

☑ Необходимо знать об имеющейся сопутствующей патологии, так как она влияет на лечение пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, и на прогноз заболевания. С самого начала надо установить контакт с пациентом и его родственниками.

Примечание: при проведении интенсивной терапии ТОРИ следует решить, какое лечение, постоянно получаемое пациентом, следует продолжить, а какое – временно отменить. Необходимо по собственной инициативе информировать пациентов и их семьи, предоставляя им поддержку и информацию относительно прогноза. Следует понять ценности и предпочтения пациента в отношении мер по поддержанию жизнедеятельности организма.

4. Забор материала для лабораторной диагностики

Опубликованы рекомендации ВОЗ относительно забора, обработки и лабораторных анализов образцов, включая соответствующие меры биологической безопасности²³.

- **Необходимо проводить забор крови для посева с целью выявления бактерий, которые могут вызывать пневмонию и сепсис, в идеале – до назначения антибиотикотерапии. Однако забор крови на посев НЕ ДОЛЖЕН задерживать начало антибиотикотерапии.**
- **Для анализа на нКоВ методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией (ОТ-ПЦР) необходимо проводить забор материала КАК из верхних дыхательных путей (ВДП; из носоглотки и ротоглотки), ТАК И из нижних дыхательных путей (НДП; отделенная мокрота, эндотрахеальный аспират или жидкость бронхоальвеолярного лаважа). Клиницисты могут принять решение о заборе образцов только из НДП, если их отбор не осложнен (например, у пациентов, которым проводится ИВЛ).**

● **Серологический анализ рекомендуется для диагностики только при невозможности проведения ОТ-ПЦР²³. Примечание: при заборе образцов следует использовать надлежащие СИЗ (меры защиты от капель и контактной передачи возбудителей в случае образцов из ВДП; меры профилактики воздушно-капельной передачи при заборе образцов из НДП). При заборе образцов из ВДП следует использовать тампоны для забора вирусологических образцов (стерильные лавсановые или вискозные, но не хлопковые) и транспортную среду для вирусов. Образцы из ноздрей или с миндалин не забирать. У пациентов с подозрением на новый коронавирус, особенно при наличии пневмонии или тяжелой болезни, одиночный образец из ВДП не позволяет исключить диагноз, и рекомендуется отобрать дополнительные образцы из ВДП и НДП²³. Положительные результаты анализа образцов из НДП более вероятны (по сравнению с ВДП) и сохраняются дольше²³. Клиницисты могут принять решение о заборе образцов только из НДП, если их отбор не осложнен (например, у пациентов, которым проводится ИВЛ). Стимулирование отделения мокроты не рекомендуется из-за повышенного риска передачи возбудителя воздушно-капельным путем.**

Примечания: у пациентов с ТОРС и БВРС были обнаружены случаи двойной инфекции с другими инфекциями дыхательных путей. На данном этапе необходимы подробные микробиологические исследования во всех подозрительных случаях. Образцы как из ВДП, так и из НДП можно проанализировать на наличие других респираторных вирусов, в т.ч. гриппа А и В (включая зоонозный грипп А), респираторно-синцитиальный вирус, вирусы парагриппа, риновирусы, аденовирусы, энтеровирусы (напр., EVD68), метапневмовирус человека и эндемичные коронавирусы человека (напр., HKU1, OC43, NL63 и 229E). Образцы из НДП также можно проанализировать на болезнетворные бактерии, в т.ч. *Legionella pneumophila*.

● **У госпитализированных пациентов с подтвержденной инфекцией нКоВ следует отобрать серию образцов из ВДП и НДП, чтобы продемонстрировать элиминацию вируса. Частота забора проб зависит от конкретных обстоятельств, однако пока у клинически выздоровевшего пациента не будут получены два отрицательных результата подряд с интервалом не менее 24 часа (как из ВДП, так и из НДП, если отбираются и те и другие образцы) необходимо брать пробы как минимум каждые 2–4 дня. Если местная практика инфекционного контроля требует получить два отрицательных результата, прежде чем меры профилактики воздушно-капельного распространения будут отменены, то образцы можно собирать даже ежедневно.**

5. Ведение пациентов с гипоксемической респираторной недостаточностью и ОРДС

● **Необходимо уметь распознавать случаи тяжелой гипоксемической дыхательной недостаточности при неэффективности стандартной оксигенотерапии у пациентов с тяжелыми дыхательными нарушениями. Примечание: в некоторых случаях дыхательная нагрузка или гипоксемия сохраняются даже при подаче кислорода через маску с дыхательным мешком (при скорости подачи кислорода 10–15 л/мин, что является минимальной скоростью подачи, необходимой для поддержания дыхательного мешка в расправленном состоянии, FiO₂ составляет 0,60–0,95). У пациентов с ОРДС гипоксемическая дыхательная недостаточность часто развивается вследствие внутрилегочного нарушения вентиляционно-перфузионного отношения или шунтирования, обычно требующая ИВЛ.**

● **Назальная кислородная терапия с высоким потоком (НКТВП) или неинвазивная вентиляция легких (НИВЛ) должны использоваться только у отдельных пациентов с гипоксемической дыхательной недостаточностью. У пациентов с БВРС, получающих НИВЛ, высок риск неэффективности лечения. За пациентами, получающими НКТВП либо НИВЛ, необходимо пристальное наблюдение, чтобы выявить признаки ухудшения симптомов.**

Примечание 1: системы НКТВП могут обеспечивать скорость потока газа до 60 л/мин и FiO₂ до 1,0; контуры для детей, как правило, обеспечивают лишь до 15 л/мин, и многим детям для обеспечения достаточного потока требуется контур, предназначенный для взрослых. В сравнении со стандартной оксигенотерапией НКТВП снижает потребность в интубации²⁴. Считается, что пациенты с гиперкапнией (обострением обструктивной болезни легких, кардиогенным отеком легких), нестабильной гемодинамикой, полиорганной недостаточностью или измененным состоянием сознания не следует проводить НКТВП, хотя новые данные указывают на то, что НКТВП может быть безопасна для пациентов с легкой или умеренной гиперкапнией, не проявляющей тенденцию к ухудшению²⁵. При проведении НКТВП пациенты должны находиться под тщательным наблюдением опытных сотрудников, способных провести эндотрахеальную интубацию в случае острого ухудшения состояния пациента или отсутствия улучшений после кратковременного испытания (ок. 1 ч.). Доказательных рекомендаций по НКТВП не существует, а сведения о НКТВП у пациентов с БВРС ограничены²⁶.

Примечание 2: в руководствах по НИВЛ не приводится каких-либо рекомендаций относительно использования у пациентов с гипоксемической дыхательной недостаточностью (за исключением случаев кардиогенного отека легких и послеоперационной дыхательной недостаточности) либо при пандемии вирусного заболевания (со ссылкой на исследования ТОРС и пандемического гриппа)²⁷. К возможным рискам относится задержка интубации, большой дыхательный объем, а также травматическое транспульмонарное давление. Ограниченный объем данных указывает на высокую вероятность неэффективности НИВЛ у пациентов с БВРС²⁸. Пациенты, которым в качестве пробной меры проводится НИВЛ, должны находиться под тщательным наблюдением опытных сотрудников, способных провести эндотрахеальную интубацию в случае острого ухудшения состояния пациента или отсутствия улучшений после кратковременного испытания (ок. 1 ч.). Пациентам с нестабильной гемодинамикой, полиорганной недостаточностью или измененным состоянием сознания не следует проводить НИВЛ.

Примечание 3: недавние публикации указывают на то, что более современные системы для НКТВП и НИВЛ с хорошим прилеганием устройств доставки кислорода не приводят к широкому распространению выдыхаемого воздуха и поэтому должны быть сопряжены с низким риском воздушно-капельной передачи возбудителей²⁹⁻³¹.

Эндотрахеальная интубация должна проводиться квалифицированными и опытными специалистами при соблюдении мер профилактики воздушно-капельного распространения возбудителей.

Примечание: У пациентов с ОРДС, особенно маленьких детей, а также пациентов с ожирением и беременных, во время интубации может быстро снизиться сатурация. Следует провести предварительную оксигенацию при 100% FiO₂ в течение 5 минут посредством лицевой маски с дыхательным мешком, маски с клапаном, НКТВП или НИВЛ. Интубация в быстрой последовательности рекомендуется лишь при том условии, что при оценке дыхательных путей не будет выявлено признаков затруднений при интубации³².

Следующие рекомендации в данном разделе относятся к пациентам с ОРДС, которым проводится ИВЛ^{17,33}. Они в основном относятся к взрослым; для детей также доступны консенсусные рекомендации³⁴.

Применять ИВЛ при меньших значениях дыхательного объема (4–8 мл/кг расчетной массы тела, РМТ) и меньшем давлении при вдохе (давление плато <30 см вод. ст.).

Примечания: это настоятельная рекомендация из руководства по клиническому ведению пациентов с ОРДС³³, которая применима для пациентов с дыхательной недостаточностью на фоне сепсиса, не соответствующих критериям ОРДС¹⁷. Первоначальный дыхательный объем составляет 6 мл/кг РМТ; при наличии нежелательных побочных эффектов (напр., диссинхронии, рН < 7,15) допустим дыхательный объем до 8 мл/кг РМТ. Гиперкапния допустима, если достигается целевое значение рН 7,30–7,45. Имеются протоколы ИВЛ³⁵. Для контроля над активностью дыхательного центра и достижения целевых значений дыхательного объема может потребоваться глубокая седация. Несмотря на то, что высокое минимальное давление вдоха (МДВ, разность между давлением плато и РЕЕР) может являться более точным прогностическим фактором смертности при ОРДС, чем высокий дыхательный объем или давление плато³⁶, рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) для подходов к вентиляции, посвященные целевому минимальному давлению вдоха (МДВ), в настоящее время отсутствуют.

Для пациентов с тяжелым ОРДС рекомендуется ИВЛ в положении лежа на животе в течение >12 часов в сутки.

Примечания: ИВЛ в положении лежа на животе настоятельно рекомендуется для взрослых и детей с тяжелым ОРДС³³, однако требует достаточных кадровых ресурсов и опыта сотрудников для безопасного проведения^{37,38}.

При проведении инфузионной терапии пациентам с ОРДС без признаков гипоперфузии следует применять консервативный подход.

Примечания: Это настоятельная рекомендация¹⁷; основной эффект заключается в сокращении длительности ИВЛ. Подробное описание примерного протокола см. в источнике [39].

Для пациентов с тяжелым ОРДС рекомендуется применять более высокое РЕЕР, а не более низкое.

Примечания: подбор РЕЕР требует учета пользы (снижение ателектравмы и повышение мобилизации альвеол) и рисков (перерастяжение в конце вдоха, приводящее к травме легкого и повышению сопротивления сосудов легкого). Имеются таблицы, позволяющие подобрать РЕЕР исходя из FiO₂, требуемого для поддержания заданной SpO₂³⁵. Родственное вмешательство – маневр мобилизации альвеол (ММА) – заключается в создании эпизодических импульсов высокого постоянного положительного давления в дыхательных путях (30–40 см вод. ст.), постепенном наращивании РЕЕР при постоянном МДВ или высоком МДВ; соображения баланса пользы и рисков остаются аналогичными. Как высокое РЕЕР, так и ММА можно условно рекомендовать для клинической практики³³. В случае РЕЕР в руководстве был учтен метаанализ данных для отдельных пациентов⁴⁰ в 3-х РКИ. Однако последующее РКИ высокого РЕЕР и продолжительного ММА высоким давлением показало наличие вреда, указывая на то, что описанного в данном РКИ протокола следует избегать⁴¹. Предлагается наблюдать за пациентами, чтобы выявить тех, на кого первоначальное применение более высокого РЕЕР или другого протокола ММА оказывает эффект, и прекращать соответствующие вмешательства для пациентов, для которых эффект отсутствует⁴².

Для пациентов с умеренно тяжелым и тяжелым ОРДС (PaO₂/FiO₂ < 150) не следует постоянно прибегать к нервно-мышечной блокаде путем непрерывной инфузии.

Примечания: в одном исследовании обнаружено, что эта стратегия улучшает выживаемость у пациентов с тяжелым

ОРДС ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 150$), не вызывая существенной слабости⁴³, однако результаты проведенного впоследствии более крупного исследования показали, что использование нервно-мышечной блокады вместе со стратегией применения более высокого РЕЕР не сопровождалось увеличением выживаемости в сравнении со стратегией легкой седации без нервно-мышечной блокады⁴⁴. Непрерывную нервно-мышечную блокаду можно рассматривать для пациентов с ОРДС в некоторых ситуациях: диссинхрония при ИВЛ на фоне седации, из-за которой дыхательный объем не удается надежно ограничить, либо рефрактерная гипоксемия или гиперкапния.

Ⓢ В условиях доступности специалистов по экстракорпоральному жизнеобеспечению (ЭКЖО) рассмотреть направление пациентов с рефрактерной гипоксемией на фоне щадящей ИВЛ.

Примечания: в недавнем руководстве отсутствовали какие-либо рекомендации относительно ЭКЖО у пациентов с ОРДС³³. С тех пор РКИ ЭКЖО у пациентов с ОРДС был прекращен преждевременно, причем статистически достоверных различий с точки зрения основного результата, смертности за 60 суток, между ЭКЖО и стандартной тактикой ведения (включая положение лежа на животе и нервно-мышечную блокаду) зафиксировано не было⁴⁵. Однако ЭКЖО было сопряжено с пониженным риском комбинированного результата смертности или перехода на ЭКЖО⁴⁵, а последующий байесовский анализ данного РКИ показал, что ЭКЖО весьма вероятно снижает смертность с учетом различных предпосылок⁴⁶. У пациентов, инфицированных БВРС-КоВ, ЭКЖО в сравнении с традиционной терапией приводила к снижению смертности в когортном исследовании⁴⁷. ЭКЖО следует рассматривать только в специализированных центрах, где объем проводимых процедур позволяет поддерживать наработанный опыт и где возможно применение процедур ПИИК, необходимых в случае пациентов с нCoV⁴⁸.

⊗ Не допускайте отключения пациента от аппарата ИВЛ, что приводит к потере РЕЕР и ателектазу. Для отсасывания содержимого дыхательных путей следует использовать установленные катетеры, а при необходимости отключения (напр., переводе на аппарат ИВЛ для транспортировки) – перекрывать эндотрахеальную трубку зажимом.

6. Ведение пациентов с септическим шоком

Ⓢ Необходимо уметь распознавать септический шок у взрослых с подозрением на инфекцию или подтвержденной инфекцией, у которых для поддержания среднего артериального давления (САД) ≥ 65 мм рт. ст. требуются сосудосуживающие средства И концентрация лактата составляет ≥ 2 ммоль/л в отсутствие гиповолемии.

Необходимо уметь распознавать септический шок у детей при гипотензии (среднее АД < 5 -й центили или на > 2 СО меньше нормы для данного возраста) или 2–3 из следующих признаков: измененное состояние сознания; тахикардия или брадикардия (ЧСС < 90 /мин или > 160 /мин у младенцев, либо ЧСС < 70 /мин или > 150 /мин у детей); увеличенное время наполнения капилляров (> 2 с) или теплая вазодилатация с высоким пульсовым давлением; тахипноэ; мраморная кожа или петехиальная или пурпурная сыпь; повышенный уровень лактата; олигурия; гипертермия или гипотермия.

Примечания: в отсутствие данных о концентрации лактата для определения шока используется САД и клинические симптомы, связанные с перфузией. Стандартная тактика ведения включает распознавание септического шока и назначение следующей терапии в течение 1 часа после его распознавания: антибиотикотерапия и восполнение объема циркулирующей крови, а также применение сосудосуживающих средств для купирования гипотензии⁴⁹. Решение об установке центрального катетера принимается исходя из наличия ресурсов и потребностей конкретного пациента. Имеются подробные руководства о ведении взрослых пациентов¹⁷ и детей^{2,3,12} с септическим шоком.

Ⓢ При реанимационных мероприятиях на фоне септического шока у взрослых начать инфузию кристаллоидных растворов в объеме не менее 30 мл/кг в течение 3 часов. При реанимационных мероприятиях на фоне септического шока у детей в условиях достаточности ресурсов ввести 20 мл/кг струйно и до 40–60 мл/кг в первый час.

⊗ Не использовать для реанимационных мероприятий гипотонические кристаллоидные растворы, растворы на основе крахмала или желатина.

Ⓢ Инфузионная терапия может привести к гиперволемии, в т.ч. дыхательной недостаточности. При отсутствии эффекта восполнения объема циркулирующей крови и появлении симптомов гиперволемии (напр., расширение яремной вены, хрипы при аускультации легких, отек легких по данным визуализации или гепатомегалия у детей) введение жидкости следует снизить или отменить. Этот шаг особенно важен, если ИВЛ недоступна. Альтернативные режимы инфузионной терапии предлагаются при уходе за детьми в условиях ограниченности ресурсов⁵⁰.

Примечание: к кристаллоидным растворам относятся физиологический раствор и раствор Рингера. Потребность в дополнительном струйном введении жидкости (250–1000 мл у взрослых или 10–20 мл/кг у детей) определяется исходя из клинического эффекта и улучшения целевых показателей перфузии. К целевым показателям перфузии относятся САД (> 65 мм рт. ст. или соответствующие возрасту значения у детей), диурез ($> 0,5$ мл/кг/ч у взрослых, 1 мл/кг/ч у детей), снижение мраморности кожи, улучшение времени наполнения капилляров, состояния сознания и концентрации лактата. По окончании первичных реанимационных мероприятий введение жидкости следует проводить с учетом динамических характеристик ответа на инфузионную терапию исходя из наличия ресурсов и опыта¹⁷. К этим характеристикам относятся пассивное поднимание прямой ноги, введение провокационных доз инфузионного раствора с несколькими измерениями ударного объема сердца либо изменения систолического

давления, пульсового давления, размера нижней полой вены или ударного объема в ответ на изменения внутригрудного давления при ИВЛ.

По сравнению с кристаллоидными растворами растворы на основе крахмала приводят к повышенному риску смерти и острого поражения почек. Эффект растворов на основе желатина менее очевиден, однако они дороже, чем кристаллоидные растворы^{51, 52}. Гипотонические растворы (по сравнению с изотоническими) менее эффективны с точки зрения повышения внутрисосудистого объема. В руководстве «Преодоление последствий сепсиса» для реанимационных мероприятий также рекомендуется применять альбумин, когда пациентам требуется значительное количество кристаллоидов, однако эта условная рекомендация основана на низкокачественных данных [17].

- ❑ Если шок не проходит во время или после инфузионной терапии, следует применить сосудосуживающие средства. Первоначальное целевое значение САД составляет ≥ 65 мм рт. ст. у взрослых и соответствует возрастным значениям у детей.
- ❑ Если установка центрального венозного катетера невозможна, то сосудосуживающие средства могут вводиться через периферический в/в катетер, однако следует использовать крупную вену и вести тщательное наблюдение для выявления признаков экстравазации и локального некроза тканей. В случае экстравазации инфузию следует прекратить. Сосудосуживающие средства также можно вводить через внутрикостные иглы.
- ❑ Если признаки плохой перфузии и дисфункции миокарда сохраняются несмотря на то, что целевое значение САД достигнуто благодаря применению инфузионной терапии и сосудосуживающих средств, следует рассмотреть применение инотропного препарата, напр., добутамина.

❑ **Примечания:** сосудосуживающие препараты (в т.ч. норэпинефрин, эпинефрин, вазопрессин и дофамин) наиболее безопасно вводить через центральный венозный катетер при строгом контроле скорости введения, однако их также можно безопасно вводить через периферическую вену⁵³ и внутрикостную иглу. Следует часто контролировать артериальное давление и скорректировать дозу сосудосуживающего средства до минимального значения, необходимого для поддержания перфузии и недопущения побочных эффектов. Норэпинефрин считается препаратом первой линии у взрослых; для достижения целевого значения САД можно дополнительно применять эпинефрин и вазопрессин. Ввиду риска тахикардии необходимо ограничить применение дофамина пациентами с низким риском тахикардии и пациентами с брадикардией. У детей с холодным шоком (более распространенная ситуация) препаратом первой линии считается эпинефрин, а норэпинефрин используется для пациентов с теплым шоком (менее распространенная).

РКИ по сравнению добутамина с плацебо с точки зрения клинических результатов не проводились¹⁷.

7. Профилактика осложнений

Для профилактики осложнений, связанных с критическим заболеванием, надлежит применять следующие вмешательства (табл. 3). Эти вмешательства основаны на руководстве «Преодоление последствий сепсиса»¹⁷ и других руководствах⁵⁴⁻⁵⁷ и в целом ограничены реалистичными рекомендациями, основанными на высококачественных данных.

Таблица 3. Профилактика осложнений

Предполагаемый исход	Вмешательства
Сокращение числа дней инвазивной ИВЛ	<ul style="list-style-type: none"> Использовать протоколы отмены ИВЛ, предполагающие ежедневную оценку готовности к самостоятельному дыханию. Минимизировать непрерывную или периодическую седацию, ориентируясь на конкретные результаты титрования (легкая седация, если отсутствуют показания к иным результатам) или ежедневные перерывы в непрерывной инфузии седативных препаратов.
Снижение заболеваемости вентиляционной пневмонией	<ul style="list-style-type: none"> У подростков и взрослых интубация через рот предпочтительна по сравнению с интубацией через нос. Поместить пациента в полупрежачее положение (с подъемом спинки кровати на 30–45°). Использовать замкнутую систему для отсасывания; периодически дренировать и устранять образующийся в шлангах конденсат. Для каждого пациента использовать новый дыхательный контур аппарата ИВЛ; заменять дыхательный контур при его загрязнении или повреждении, а не в соответствии с расписанием. Теплообменник заменять при его неисправности, загрязнении или каждые 5–7 дней.
Снижение частоты возникновения венозной тромбоэмболии	<ul style="list-style-type: none"> Проведение медикаментозной профилактики (подкожное введение гепарина в дозе 5000 МЕ дважды в сутки или введение низкомолекулярного гепарина (предпочтительней при условии наличия)) подросткам и взрослым, не имеющим противопоказаний. При наличии противопоказаний можно использовать механические устройства для профилактики венозной тромбоэмболии, такие как устройства для перемежающейся пневматической компрессии.
Снижение частоты возникновения инфекции кровотока вследствие катетеризации	<ul style="list-style-type: none"> Использование контрольного перечня этапов, обеспечивающих стерильность манипуляций, с проверкой соблюдения независимым наблюдателем в режиме реального времени и функцией ежедневного напоминания о необходимости удаления катетера, если он больше не нужен.
Снижение частоты возникновения пролежней	<ul style="list-style-type: none"> Переворачивание пациента каждые два часа.
Снижение частоты возникновения стрессовых язв и желудочно-кишечного кровотечения	<ul style="list-style-type: none"> Раннее начало энтерального питания (в первые 24–48 часов после госпитализации пациента) Назначение блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов или ингибиторов протонного насоса пациентам с факторами риска желудочно-кишечного кровотечения. К факторам риска желудочно-кишечного кровотечения относятся ИВЛ в течение ≥ 48 часов, коагулопатия, заместительная почечная терапия, болезнь печени, множественные сопутствующие заболевания и высокий индекс органной недостаточности.
Снижение частоты возникновения приобретенной в отделениях интенсивной терапии (ОИТ) слабости	<ul style="list-style-type: none"> Следует провести раннюю мобилизацию пациента, как только это станет безопасным.

8. Специфическое лечение против нКоВ и клинические исследования

❶ В настоящее время отсутствуют данные РКИ, позволяющие рекомендовать какое-либо специфическое лечение против нКоВ пациентам с подозрением на нКоВ или подтвержденной инфекцией нКоВ.

❷ Незарегистрированные препараты следует применять только в контексте клинических исследований, получивших разрешение этического комитета, или в рамках использования незарегистрированных мер вмешательства под наблюдением в экстренных случаях (MEURI) под строгим наблюдением.

<https://www.who.int/ethics/publications/infectious-disease-outbreaks/en/>

❸ Имеются протоколы описания клинических проявлений, включая SPRINT-SARI <https://isaric.tghn.org/sprint-sari/>, а формы ВОЗ-ISARIC опубликованы по адресу <https://isaric.tghn.org/protocols/severe-acute-respiratory-infection-data-tools/>. С дополнительными вопросами обращайтесь по адресу outbreak@who.int.

9. Особые рекомендации по ведению беременных пациентов

❶ Беременным пациентам с подозрением на нКоВ или подтвержденной инфекцией нКоВ необходимо назначать поддерживающую терапию (см. выше) с учетом происходящих при беременности физиологических изменений.

❷ При рассмотрении вопроса о применении экспериментальных средств терапии вне рамок исследований в каждом конкретном случае необходимо оценивать соотношение риска и пользы, учитывая возможную пользу от лечения для матери и безопасность для плода, после консультации с акушером-гинекологом и комитетом по этике.

❸ Решения об экстренном родоразрешении и прерывании беременности сложны и основываются на многих факторах: сроке беременности, состоянии матери и стабильности состояния плода. Необходимы консультации с акушерами-гинекологами, неонатологами и реаниматологами (в зависимости от состояния матери).

10. Выражение признательности

Первоначальная версия настоящего документа была подготовлена при участии Международного форума исследователей проблем оказания неотложной помощи (InFACT), ISARIC и программы «Кампания по преодолению последствий сепсиса». В подготовке и проверке данной версии участвовали перечисленные ниже лица. Заявления о конфиденциальности и декларации о конфликте интересов были получены и рассмотрены.

ВОЗ: April Baller, Janet Diaz, Dina Pfeifer, Maria Van Kerkhove, Satoko Otsu, Richard Peabody.

Сторонние эксперты: Neill Adhikari, Центр здравоохранения Саннибрук и Университет Торонто; Yaseen Arabi, Университет здравоохранения короля Сауда ибн Абдул-Азиза, Саудовская Аравия; Kenneth Baillie, Эдинбургский университет, Соединенное Королевство; Gail Carson, Оксфордский университет, ISARIC; Charles David Gomersall, Китайский университет Гонконга; Jake Dunning, Агентство общественного здравоохранения Англии, Великобритания; Rob Fowler, Университет Торонто, Канада; Susan Gerber, Центры по контролю и профилактике заболеваний США; Frederick Hayden, Университет штата Вирджиния, США; Peter Norby, Оксфордский университет, ISARIC; David Hui, Китайский университет Гонконга, Гонконг; Yae-Jean Kim, Университет Сонгюнган, Медицинский центр Samsung, Корея; Srinivas Murthy, Университет Британской Колумбии, Канада; Norio Ohmagari, M.D., M.Sc., Ph.D, Центр сотрудничества ВОЗ по профилактике, готовности и реагированию на новые инфекционные заболевания, Национальный центр глобального здравоохранения и медицины, Тоямская больница, Токио, Япония; Yinzhong Shen, Шанхайский клинический центр общественного здравоохранения, Фуданьский университет Наоки Симидзу; Tim Uyeki, Центры по контролю и профилактике заболеваний США.

Литература

1. Rosjo H, Varpula M, Hagve TA, et al. Circulating high sensitivity troponin T in severe sepsis and septic shock: distribution, associated factors, and relation to outcome. *Intensive Care Med* 2011;37:77-85.

2. Pocket book of hospital care for children: Guidelines for the management of common childhood illnesses [http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child_hospital_care/en/]. 2nd ed. Geneva: WHO; 2013.

3. Gunnerson KJ, Shaw AD, Chawla LS, et al. TIMP2*IGFBP7 biomarker panel accurately predicts acute kidney injury in high-risk surgical patients. *J Trauma Acute Care Surg* 2016;80:243-9.

4. Oxygen therapy for children: a manual for health workers [http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child-oxygen-therapy/en/]. Geneva: WHO; 2016.

5. Global Epidemiological Surveillance Standards for Influenza [http://www.who.int/influenza/resources/documents/influenza_surveillance_manual/en/]. Geneva: WHO; 2014.
6. Shalhoub S, Farahat F, Al-Jiffri A, et al. IFN-alpha2a or IFN-beta1a in combination with ribavirin to treat Middle East respiratory syndrome coronavirus pneumonia: a retrospective study. *J Antimicrob Chemother* 2015;70:2129-32.
7. ARDS Definition Task Force, Ranieri VM, Rubenfeld GD, et al. Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. *JAMA* 2012;307:2526-33.
8. Rivello ED, Kiviri W, Twagirumugabe T, et al. Hospital Incidence and Outcomes of the Acute Respiratory Distress Syndrome Using the Kigali Modification of the Berlin Definition. *Am J Respir Crit Care Med* 2016;193:52-9.
9. Khemani RG, Smith LS, Zimmerman JJ, Erickson S, Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference Group. Pediatric acute respiratory distress syndrome: definition, incidence, and epidemiology: proceedings from the Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference. *Pediatr Crit Care Med* 2015;16:S23-40.
10. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA* 2016;315:801-10.
11. Goldstein B, Giroir B, Randolph A, International Consensus Conference on Pediatric Sepsis. International pediatric sepsis consensus conference: definitions for sepsis and organ dysfunction in pediatrics. *Pediatr Crit Care Med* 2005;6:2-8.
12. Davis AL, Carcillo JA, Aneja RK, et al. American College of Critical Care Medicine Clinical Practice Parameters for Hemodynamic Support of Pediatric and Neonatal Septic Shock. *Crit Care Med* 2017;45:1061-93.
13. Vincent JL, Moreno R, Takala J, et al. The SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment) score to describe organ dysfunction/failure. On behalf of the Working Group on Sepsis-Related Problems of the European Society of Intensive Care Medicine. *Intensive Care Med* 1996;22:707-10.
14. Infection prevention and control of epidemic and pandemic acute respiratory infections in health care [http://www.who.int/csr/bioriskreduction/infection_control/publication/en/]. Geneva: WHO; 2014.
15. Infection prevention and control during health care for probable or confirmed cases of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection: Interim guidance. Geneva: WHO; 2015.
16. Schultz MJ, Dunser MW, Dondorp AM, et al. Current challenges in the management of sepsis in ICUs in resource-poor settings and suggestions for the future. *Intensive Care Med* 2017;43:612-24.
17. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Intensive Care Med* 2017;43:304-77.
18. Clinical management of human infection with pandemic (H1N1) 2009: revised guidance [http://www.who.int/csr/resources/publications/swineflu/clinical_management/en/]. Geneva: WHO; 2009.
19. Stockman LJ, Bellamy R, Garner P. SARS: systematic review of treatment effects. *PLoS Med* 2006;3:e343.
20. Rodrigo C, Leonardi-Bee J, Nguyen-Van-Tam J, Lim WS. Corticosteroids as adjunctive therapy in the treatment of influenza. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;3:CD010406.
21. Delaney JW, Pinto R, Long J, et al. The influence of corticosteroid treatment on the outcome of influenza A(H1N1pdm09)-related critical illness. *Crit Care* 2016;20:75.
22. Arabi YM, Mandourah Y, Al-Hameed F, et al. Corticosteroid Therapy for Critically Ill Patients with Middle East Respiratory Syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 2018;197:757-67.
23. Laboratory testing for Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus: Interim guidance [http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/mers-laboratory-testing/en/]. Geneva: WHO; 2018.
24. Ou X, Hua Y, Liu J, Gong C, Zhao W. Effect of high-flow nasal cannula oxygen therapy in adults with acute hypoxemic respiratory failure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ* 2017;189:E260-E7.
25. Lee MK, Choi J, Park B, et al. High flow nasal cannulae oxygen therapy in acute-moderate hypercapnic respiratory failure. *Clin Respir J* 2018;12:2046-56.
26. Luo Y, Ou R, Ling Y, Qin T. The therapeutic effect of high flow nasal cannula oxygen therapy for the first imported case of Middle East respiratory syndrome to China [Chinese]. *Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue* 2015;27:841-4.
27. Rochweg B, Brochard L, Elliott MW, et al. Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. *Eur Respir J* 2017;50.
28. Arabi YM, Arifi AA, Balkhy HH, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with Middle East respiratory syndrome coronavirus infection. *Ann Intern Med* 2014;160:389-97.
29. Leung CCH, Joynt GM, Gomersall CD, et al. Comparison of high-flow nasal cannula versus oxygen face mask for environmental bacterial contamination in critically ill pneumonia patients: a randomized controlled crossover trial. *J Hosp Infect* 2019;101:84-7.
30. Hui DS, Chow BK, Lo T, et al. Exhaled air dispersion during high-flow nasal cannula therapy versus CPAP via different masks. *Eur Respir J* 2019;53.
31. Hui DS, Chow BK, Lo T, et al. Exhaled air dispersion during noninvasive ventilation via helmets and a total facemask. *Chest* 2015;147:1336-43.
32. Detsky ME, Jivraj N, Adhikari NK, et al. Will This Patient Be Difficult to Intubate?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. *JAMA* 2019;321:493-503.
33. Fan E, Del Sorbo L, Goligher EC, et al. An Official American Thoracic Society/European Society of Intensive Care Medicine/Society of Critical Care Medicine Clinical Practice Guideline: Mechanical Ventilation in Adult Patients with Acute Respiratory Distress Syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 2017;195:1253-63.
34. Rimensberger PC, Cheifetz IM, Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference G. Ventilatory support in children with pediatric acute respiratory distress syndrome: proceedings from the Pediatric Acute Lung Injury Consensus Conference. *Pediatr Crit Care Med* 2015;16:S51-60.
35. ARDS Network Tools. 2014. (Accessed 25 July, 2018, at <http://www.ardsnet.org/tools.shtml>.)
36. Amato MB, Meade MO, Slutsky AS, et al. Driving pressure and survival in the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2015;372:747-55.
37. Messerole E, Peine P, Wittkopp S, Marini JJ, Albert RK. The pragmatics of prone positioning. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;165:1359-63.
38. Guerin C, Reignier J, Richard JC, et al. Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2013;368:2159-68.
39. National Heart L, and Blood Institute Acute Respiratory Distress Syndrome Clinical Trials Network, Wiedemann HP, Wheeler AP, et al. Comparison of two fluid-management strategies in acute lung injury. *N Engl J Med* 2006;354:2564-75.
40. Briel M, Meade M, Mercat A, et al. Higher vs lower positive end-expiratory pressure in patients with acute lung injury and acute respiratory distress syndrome: systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2010;303:865-73.
41. Writing Group for the Alveolar Recruitment for Acute Respiratory Distress Syndrome Trial Investigators, Cavalcanti AB, Suzumura EA, et al. Effect of Lung Recruitment and Titrated Positive End-Expiratory Pressure (PEEP) vs Low PEEP on Mortality in Patients With Acute

Respiratory Distress Syndrome: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2017;318:1335-45.

42. Goligher EC, Kavanagh BP, Rubenfeld GD, et al. Oxygenation response to positive end-expiratory pressure predicts mortality in acute respiratory distress syndrome. A secondary analysis of the LOVS and ExPress trials. Am J Respir Crit Care Med 2014;190:70-6.
43. Papazian L, Forel JM, Gacouin A, et al. Neuromuscular blockers in early acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med 2010;363:1107-16.
44. National Heart L, Blood Institute PCTN, Moss M, et al. Early Neuromuscular Blockade in the Acute Respiratory Distress Syndrome. N Engl J Med 2019;380:1997-2008.
45. Combes A, Hajage D, Capellier G, et al. Extracorporeal Membrane Oxygenation for Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. N Engl J Med 2018;378:1965-75.
46. Goligher EC, Tomlinson G, Hajage D, et al. Extracorporeal Membrane Oxygenation for Severe Acute Respiratory Distress Syndrome and Posterior Probability of Mortality Benefit in a Post Hoc Bayesian Analysis of a Randomized Clinical Trial. JAMA 2018;320:2251-9.
47. Alshahrani MS, Sindi A, Alshamsi F, et al. Extracorporeal membrane oxygenation for severe Middle East respiratory syndrome coronavirus. Ann Intensive Care 2018;8:3.
48. Combes A, Brodie D, Bartlett R, et al. Position paper for the organization of extracorporeal membrane oxygenation programs for acute respiratory failure in adult patients. Am J Respir Crit Care Med 2014;190:488-96.
49. Levy MM, Evans LE, Rhodes A. The Surviving Sepsis Campaign Bundle: 2018 update. Intensive Care Med 2018;44:925-8.
50. Lamontagne F, Meade MO, Hebert PC, et al. Higher versus lower blood pressure targets for vasopressor therapy in shock: a multicentre pilot randomized controlled trial. Intensive Care Med 2016;42:542-50.
51. Rochweg B, Alhazzani W, Gibson A, et al. Fluid type and the use of renal replacement therapy in sepsis: a systematic review and network meta-analysis. Intensive Care Med 2015;41:1561-71.
52. Rochweg B, Alhazzani W, Sindi A, et al. Fluid resuscitation in sepsis: a systematic review and network meta-analysis. Ann Intern Med 2014;161:347-55.
53. Loubani OM, Green RS. A systematic review of extravasation and local tissue injury from administration of vasopressors through peripheral intravenous catheters and central venous catheters. J Crit Care 2015;30:653 e9-17.
54. Schmidt GA, Girard TD, Kress JP, et al. Official Executive Summary of an American Thoracic Society/American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline: Liberation from Mechanical Ventilation in Critically Ill Adults. Am J Respir Crit Care Med 2017;195:115-9.
55. Muscedere J, Dodek P, Keenan S, et al. Comprehensive evidence-based clinical practice guidelines for ventilator-associated pneumonia: prevention. J Crit Care 2008;23:126-37.
56. Klompas M, Branson R, Eichenwald EC, et al. Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia in acute care hospitals: 2014 update. Infect Control Hosp Epidemiol 2014;35:915-36.
57. Marschall J, Mermel LA, Fakih M, et al. Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute care hospitals: 2014 update. Infect Control Hosp Epidemiol 2014;35:753-71.

© Всемирная организация здравоохранения, 2020. Все права защищены.

Настоящий документ является предварительным. Содержимое данного документа не является окончательным, а текст может быть изменен перед публикацией. Данный документ запрещается аннотировать, сокращать, цитировать, воспроизводить, передавать, распространять, переводить или адаптировать целиком или полностью в любой форме и любыми способами без разрешения Всемирной организации здравоохранения.



ГРАФИК ДЕЖУРСТВ

членов оперативного штаба Министерства здравоохранения по отслеживанию
эпидемиологической ситуации по коронавирусной инфекции и принятию
профилактических мер по предупреждению ввоза в страну

Дата	Время	ФИО	Занимаемая должность	Контактные телефоны	
				Рабочий	Мобильный
30.01.2020г	8.00-8.00	Сыдыгалиев Рыспек Сулкайдарович	Главный врач ЦГСЭН г. Бишкек	54-45-46	0555344153
31.01.2020г	8.00-8.00	Калмаматов Кубанычбек Шайназарович	Зав. отделом ПМСП МЗКР	66-17-32	0500738344
1.02.2020г.	8.00-8.00	Масалиев Осмонбек Сатарович	Зав. сектором МО	621835	0779313393
2.02.2020г.	8.00-8.00	Убраимов Жаныбек Мураталиевич	Специалист УОЗ МЗКР	66-04-93	0707941827
3.02.2020г.	8.00-8.00	Акматова Айнура Бектурновна	Начальник УОЗ МЗКР	66-59-20	0500939435
4.02.2020г.	8.00-8.00	Аалиев Гулжит Кенжекарае вич	Главный врач РКИБ	59-00-53	0557770240
5.02.2020г.	8.00-8.00	Исмаилова Бактыгуль Абдылдаевна	Главный специалист УОЗ	66-04-93	0556603540
6.02.2020г.	8.00-8.00	Исаков Толо Байдалиевич	Заместитель министра	323207	0555959639
7.02.2020г.	8.00-8.00	Галбаев Нурлан Басытович	Главный специалист УОМПи ЛП	661732	0700324038-
8.02.2020г.	8.00-8.00	Каратаев Мадамин Мусаевич	Заместитель министра.	62-65-22	0772520303
9.02.2020	8.00-8.00	Мамытова Бактыгуль Куштарбеко вна	Координатор Чуйской области	88-43-55	0701220250
10.02.2020	8.00-8.00	Шакирова Гульмира Абидиновна	Директор ДЛОи МТ	219286	0770052727
11.02.2020	8.00-8.00	Алтымышева Нурила Алмазбековна	Директор РЦК и ООИ	300985	0555052777
12.02.2020	8.00-8.00	Абдикаримов Сабыржан Токтосунович	Директор РЦК и ООИ	544512	0772518166