

**COVID-19Дайджест****Национальный центр общественного здравоохранения**

**ТОП СТРАН С КОЛИЧЕСТВОМ СЛУЧАЕВ КОРОНАВИРУСА СВЫШЕ 5000 ЧЕЛОВЕК, СОГЛАСНО ДАННЫМ ОНЛАЙН-КАРТЫ WORLDOMETERS:**

<b>№</b>	<b>Страна</b>	<b>Всего случаев</b>	<b>Всего летальных исходов</b>	<b>Всего пролеченных</b>
<b>ВСЕГО В МИРЕ:</b>		<b>1 603 719</b>	<b>95 722</b>	<b>356 655</b>
<b>1</b>	<b>США</b>	<b>468 566</b>	<b>16 691</b>	25 928
<b>2</b>	<b>Испания</b>	<b>153 222</b>	<b>15 447</b>	52 165
<b>2</b>	<b>Италия</b>	<b>143 626</b>	<b>18 279</b>	28 470
<b>4</b>	<b>Германия</b>	<b>118 235</b>	<b>2 607</b>	52 407
<b>5</b>	<b>Франция</b>	<b>117 749</b>	<b>12 210</b>	23 206
<b>6</b>	<b>Китай</b>	<b>81 907</b>	3 336	77 455
<b>7</b>	<b>Иран</b>	<b>66 220</b>	4 110	32 309
<b>8</b>	<b>Великобритания</b>	65 077	7 978	135
<b>9</b>	<b>Турция</b>	42 282	908	2 142
<b>10</b>	<b>Швейцария</b>	24 051	948	10 600
<b>11</b>	<b>Бельгия</b>	24 983	2 523	5 164
<b>12</b>	<b>Нидерланды</b>	21 762	2 396	250
<b>13</b>	<b>Канада</b>	20 765	509	5 311
<b>14</b>	<b>Австрия</b>	13 074	295	5 240
<b>15</b>	<b>Португалия</b>	13 956	409	205
<b>16</b>	<b>Бразилия</b>	18 145	954	173
<b>17</b>	<b>Южная Корея</b>	10 450	208	7 117
<b>18</b>	<b>Израиль</b>	9 755	79	864
<b>19</b>	<b>Швеция</b>	8 419	687	205
<b>20</b>	<b>Норвегия</b>	6 042	101	32
<b>21</b>	<b>Австралия</b>	6 152	52	2 987
<b>22</b>	<b>Россия</b>	10 131	76	698
<b>23</b>	<b>Ирландия</b>	6 074	235	25
<b>24</b>	<b>Индия</b>	6 237	186	569
<b>25</b>	<b>Чили</b>	5 972	48	1 115
<b>26</b>	<b>Дания</b>	5 635	218	1 621
<b>27</b>	<b>Чехия</b>	5 569	104	243
<b>28</b>	<b>Польша</b>	5 575	164	284
<b>29</b>	<b>Перу</b>	5 256	138	1 438
<b>30</b>	<b>Румыния</b>	5 202	248	647

## COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

ВСЕМИРНАЯ  
ОРГАНИЗАЦИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### **ПЕРЕКОНФИГУРИРОВАНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ COVID-19**

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/4/reconfiguring-health-systems-vital-to-tackling-covid-19>

Во время пресс-брифинга по COVID-19 Специальный советник Генерального директора ВОЗ д-р Брюс Эйлуард подчеркнул необходимость понимания странами того факта, что вирус может подавить даже самые надежные системы здравоохранения, что приводит к необходимости полного реконfigurирования секторов здравоохранения.

Д-р Эйлуард недавно вернулся из Испании, где руководил миссией по извлечению уроков из быстрой вспышки COVID-19 в стране и оказанию помощи как на национальных, так и международных уровнях. Миссия включала поездки в столицу и 3 региона, а также в несколько медицинских учреждений.

#### **Скорость болезни**

Говоря о COVID-19, д-р Эйлуард указал на то, насколько быстро болезнь может распространиться за несколько дней, как это произошло в Испании. Такое резкое увеличение числа случаев ставит серьезные задачи даже перед самыми совершенными и передовыми системами здравоохранения.

В ответ медицинские работники в Испании неустанно трудились в тяжелых условиях ради лечения пациентов. Это потребовало от правительства принять строгие меры по локализации, которые помогли стране замедлить распространение болезни и выиграть время для реорганизации своей системы здравоохранения.

Д-р Эйлуард объяснил, что, поскольку надежные системы здравоохранения испытывают трудности, планирование чрезвычайных ситуаций во всех странах выходит на первый план. Это включает меры по быстрой реконfigurации и перепрофилированию всего сектора здравоохранения с учетом наихудших сценариев.

#### **Блокировка как окно возможностей**

Доктор Эйлуард добавил, что, хотя блокировки важны для замедления вируса, они не могут остановить его. Страны должны в

## **COVID-19 Дайджест**

---

### **Национальный центр общественного здравоохранения**

первую очередь тестировать как можно больше, а также изолировать пациентов с подтвержденным COVID-19 и отслеживать и изолировать их контакты.

Д-р Эйлуард также подчеркнул необходимость того, чтобы страны и правительства рассматривали текущие меры по блокированию как окно возможностей для подготовки к постепенному и контролируемому ослаблению ограничений.

Поскольку во многих европейских странах наблюдается пик заболеваемости, а другие говорят о переходе к следующему этапу, важно, чтобы правительства и системы здравоохранения продолжали наращивать свой потенциал, чтобы избежать чрезмерного потенциального увеличения числа случаев заболевания.

### **Пациенты с COVID-19**

После посещения ряда медицинских учреждений в Испании доктор Эйлуард отметил, что, хотя COVID-19 госпитализирует многих в возрасте старше 60 лет, значительное число людей в отделениях интенсивной терапии и нуждающихся в профессиональной помощи моложе общепринятого возраста госпитализации. Он объяснил, что многие из тех, кто поступает в реанимацию, остаются там примерно 3 недели и нуждаются в длительных периодах реабилитации после болезни.

### **КАК КРИЗИС COVID-19 ОБЪЕДИНЯЕТ ИТАЛЬЯНСКУЮ РАБОЧУЮ СИЛУ**

<http://www.euro.who.int/en/countries/italy/news/news/2020/4/silvia-mambelli-how-the-covid-crisis-is-uniting-the-italian-health-workforce>

Сильвия Мамбелли, директор сестринского и технического обслуживания в местном управлении здравоохранения региона Эмилия-Романья в Италии, рассказывает о том, насколько слаженно построилась работа медицинского персонала в борьбе с пандемией.

### **Обуздание распространения вируса**

«Первой проблемой была тщательная реорганизация инфраструктуры здравоохранения, где многие подразделения были перепрофилированы для предоставления услуг, предназначенных исключительно для COVID-19. Это было необходимо для сдерживания распространения вируса, а также для обеспечения

## COVID-19 Дайджест

---

### *Национальный центр общественного здравоохранения*

непрерывного оказания основных медицинских услуг, таких как срочные операции.

«Следующим приоритетом было обеспечение того, чтобы у медицинских работников было необходимое защитное снаряжение - подходящие маски, перчатки и защитные очки. Проблема нехватки защитных средств была предметом постоянной озабоченности, но более того, что нужно было решить, это страх нехватки и боязнь заразиться.

«С самого начала мы **организовали тщательный тренинг по профилактике инфекций**, который также помог бороться с растущим страхом среди медицинских работников. Точно следуя рекомендациям ВОЗ, мы направили экспертов по вирусологии в мобильные подразделения, чтобы охватить все медицинские учреждения, включая учреждения длительного ухода для пожилых людей».

### ***Специалисты здравоохранения и граждане, сталкивающиеся с проблемой вместе***

«Сейчас самая неотложная задача, с которой я сталкиваюсь ежедневно, - это нанять больше медсестер. В прошлом месяце к нам присоединилось около 400 новых коллег, среди которых много новых выпускников. Так многие бросились помогать, не задумываясь. Я чувствую особую ответственность перед теми, кто начинает свою карьеру в это время; по возможности, я гарантирую, что они либо находятся в специальных структурах, не связанных с COVID-19, либо работают рядом с более опытным персоналом.

«Все участвуют и вносят свой вклад в усилия, не только медицинские работники, но и обычные граждане. Некоторые жертвуют еду для медицинских работников, которые работают много часов каждый день и изолируют себя дома, чтобы избежать риска заражения других; некоторые пожертвовали мобильные телефоны госпитализированным пациентам, которые иначе не имели бы контакта со своими семьями; а третьи пожертвовали средства индивидуальной защиты».

### ***Личная жертва и солидарность***

«Эти трудные времена раскрывают наши сильные и слабые стороны. Сейчас, как никогда, важно поддерживать и мотивировать друг друга. Я исхожу из мотивов солидарности, свидетелями которой я являюсь, и глубокой приверженности всех работников

## COVID-19 Дайджест

### Национальный центр общественного здравоохранения

здравоохранения, которые посвятили себя борьбе с этим вирусом 24 часа в сутки.

«Медсестры могут забыть войти со своими значками, потому что их ум полностью сосредоточен на своих обязанностях. Там нет умственного выхода из работы, так как страх заражать других является постоянным спутником».

#### **Возможность для перемен**

«Сотрудничество и взаимное уважение между всеми медицинскими работниками сегодня беспрецедентно. Медсестры и врачи борются с этим вирусом вместе, они заболевают вместе и излечивают пациентов вместе. Единство необходимо сейчас, но оно также указывает путь в будущее.

«В нынешней чрезвычайной ситуации я вижу возможность добиться перемен. Мы должны опираться на наши уникальные компетенции, чтобы определить лучший путь вперед, потому что именно люди, которые работают в палатах каждый день, могут вместе создать лучшую систему здравоохранения. Без крепкого здоровья не может быть сильного общества».

НАУЧНЫЙ  
ОБЗОР

#### **КОВИД-19 И ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ**

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/liv.14470>

6 апреля 2020 год

COVID-19-ассоциированное повреждение печени определяется как любое повреждение печени, возникающее во время заболевания КВИ.

В целом, частота повышенной биохимии печени в сыворотке крови у госпитализированных пациентов с COVID-19, в основном с повышенным уровнем АСТ и АЛТ и слегка повышенным билирубином, колеблется от 14% до 53%. Увеличение ферментов печени наблюдается чаще у мужчин и в более тяжелых, чем в более легких случаях. Низкий альбумин является источником тяжелой инфекции и плохого прогноза. До настоящего времени нет сообщений об острой или острой хронической печеночной недостаточности при COVID-19.

Крупнейшее когортное исследование, включающее 1099 случаев COVID-19 из Китая, показало, что 21 (2,1%) имели ранее существовавший гепатит В. Общее повышение АЛТ произошло в

## **COVID-19 Дайджест**

---

### **Национальный центр общественного здравоохранения**

21,3% (158/741), повышение АСТ в 22,2% (168/757). Тяжелые пациенты имели более высокую вероятность повышения ALT, по сравнению с пациентами без тяжелой степени тяжести (28,1% против 19,8%), а также с повышением AST (39,4% против 18,2%). В целом, 10,5% (76/722) пациентов имели аномальный билирубин.

#### **Клинические особенности лечения повреждения печени во время COVID-19**

- а) Регулярный мониторинг биохимических показателей печени следует проводить у всех пациентов с COVID-19.
- б) Серологическое тестирование на гепатиты В и С и исследование других причин заболеваний печени, которое должна учитывать местную эпидемиологию, является обоснованной при оценке пациентов с COVID-19 и повышенной биохимией печени.
- с) До настоящего времени данные о безопасности лекарств, используемых в настоящее время для лечения SARS-CoV-2 инфекции у COVID-19 у пациентов с повреждением печени отсутствуют. Все подходы эмпирические.
- д) Наличие аномальных биохимических процессов в печени, по видимому, не является противопоказанием к использованию исследовательских или неспецифичных препаратов для COVID-19, хотя рекомендуется строгий контроль.
- е) Исход пациентов с повреждением печени удовлетворительный, изменения ферментов печени кажутся обычно преходящими и тяжелое повреждение печени встречается редко.

Не было зарегистрировано ни одной смерти, которая бы имела прямое отношение к печеночной декомпенсации у пациентов без ранее существовавших заболеваний печени.

#### **Профилактические меры для рассмотрения в клиниках по лечению заболеваний печени**

Во время пандемии COVID-19 риск оказания субоптимальной помощи пациентам с другими заболеваниями является значительным. Это особенно верно для заболеваний печени по нескольким причинам:

- а) Специалисты по печени, которые, как правило, обладают обширными клиническими знаниями, вероятно, будут активно участвовать в стационарном лечении пациентов с COVID-19;
- б) Большинство заболеваний печени лечится в амбулаторных условиях, которые будут значительно сокращены;
- с) Представление о том, что хронические заболевания печени связаны с более высокой смертностью после инфекции COVID-19,

## COVID-19 Дайджест

---

### Национальный центр общественного здравоохранения

может привести к тому, что врачи и пациенты откладывают визиты и процедуры. Последний пункт не подтверждается доступной в настоящее время литературой и предыдущими сообщениями о других инфекциях, вызванных коронавирусами, и поэтому не должен рассматриваться как абсолютный барьер для оказания медицинской помощи во время пандемии COVID-19.

### **ПОНИМАНИЕ ПУТЕЙ СМЕРТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С COVID-19**

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(20\)30165-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(20)30165-X/fulltext)

6 апреля 2020 год

В настоящее время регистрируется уровень смертности от 1% до более 7%, но эти значения должны интерпретироваться с осторожностью. Например, там, где массовый скрининг был проведен во всей популяции (например, в Южной Корее и Швейцарии), были зарегистрированы общие показатели летальности менее 1%, потому что в знаменатель включено много легких или бессимптомных случаев. Однако в странах, где проходят скрининг только люди, нуждающиеся в госпитализации (например, Италия и Испания), показатели летальности превысили 5%, поскольку знаменатель значительно меньше.

Фактическая причина смерти также важна при интерпретации показателей летальности. Дыхательная недостаточность, очевидно, является основной причиной как и в случае предыдущих вирусных пандемий, таких как испанский грипп 1918 года.

Сегодня, однако, многие пациенты могут получать инвазивную искусственную вентиляцию легких до тех пор, пока не восстановятся легкие. Если ситуация ухудшается, использование систем экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО) может контролировать газообмен в течение нескольких недель. COVID-19 иногда осложняется шоком и полиорганной недостаточностью, но реальное течение болезни еще недостаточно хорошо описано. Знание того, что лица, не выжившие, чаще имеют низкий уровень лимфоцитов или высокий уровень С-реактивного белка или D-димера, не дает никакой информации о реальном процессе смерти. Точная роль вторичных бактериальных инфекций также не была четко определена, чтобы лучше интерпретировать показатели летальности, необходимо больше данных (таблица).

### **Три возможные характеристики процесса смерти при COVID-19**

## COVID-19 Дайджест

---

### Национальный центр общественного здравоохранения

#### Преобладающая терминальная органная недостаточность

- Терминальная дыхательная недостаточность: используется искусственная вентиляция легких и ЭКМО
- Терминальная дыхательная недостаточность: используется искусственная вентиляция легких, ЭКМО доступно, но не используется
- Терминальная дыхательная недостаточность: используется искусственная вентиляция легких, ЕСМО отсутствует
- Дыхательная недостаточность: механическая вентиляция доступна, но не используется
- Дыхательная недостаточность: механическая вентиляция практически недоступна или отсутствует
- Септический шок, полиорганная недостаточность
- Кардиогенный шок (острое повреждение миокарда или миокардит)
- Другое

#### Соразмерность помощи

- Удержание жизнеобеспечения: жизнеобеспечение доступно, но считается несоизмерным; жизнеобеспечение вряд ли доступно (значительные ограничения)
- Снятие жизнеобеспечения
- Полная помощь, но нет сердечно-легочной реанимации
- Полная помощь, включая сердечно-легочную реанимацию

#### Вовлечение COVID-19 в процесс угасания

- Смерть связывается только с COVID-19 (ранее здоров, прогнозируемая длительная продолжительность жизни)
- Смерть, главным образом, из-за старости, слабости или запущенного заболевания (COVID-19 является эпифеноменом)
- Смерть от COVID-19 у человека с ограниченной продолжительностью жизни

Среди многих оставшихся без ответа вопросов есть ключевой вопрос, связанный с фактическим процессом, ведущим к смерти. Глобальное число случаев смерти и смертности от болезней дает только приблизительную информацию.

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОТ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 2019: ОПИСАТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

## COVID-19 Дайджест

---

### Национальный центр общественного здравоохранения

#### **Исходные сведения**

Начиная с декабря 2019 года, острое респираторное заболевание (ОРЗ), вызванное новым коронавирусом 2019 (2019-nCoV) стремительно распространялся в Китае. Вероятно, что течение болезни у детей и взрослых имело различия.

**Целью** данного исследования является сравнительный анализ клинических характеристик у детей и взрослых, пострадавших от инфекции 2019-nCoV и изучить возможные причины противоречивых аспектов.

#### **Методы**

В данном ретроспективном исследовании рассмотрены 32 подтвержденных случая ОРЗ 2019-nCoV в восьмой больнице города Сиань (провинция Шэньси, Китай) с 31 января по 16 февраля 2020 года.

Результаты: 32 пациента составляли 7 детей и 23 взрослых. Все дети являлись кластером семьи. Что касается взрослых, местные жители города Ухань, люди, недавно посетившие город Ухань и пациенты, контактировавшие с жителями города Ухань, составляли 14 (56%), 10 (40%) и 1 (4%), соответственно. Средний инкубационный период у детей и взрослых составляет 5 дней (в пределах от 3-х до 12-и дней) и 4 дня (в пределах от 2 до 12 дней) соответственно.

В совокупности 10 (40%) взрослых пациентов имели значительные предрасполагающие факторы, у детей такие факторы отсутствовали. Высокая температура (у детей - 71.4% и у взрослых - 96%) и кашель (у детей - 71.4% и у взрослых - 76%) были наиболее распространенными симптомами в обеих группах. Третьим симптомом, зафиксированным у детей, были диарея и/или рвота (57,1%), у взрослых были зафиксированы боль в мышцах и общая слабость (52%).

При госпитализации у 5 детей (71,4%) выявилась пневмония, у взрослых (20, 80%), также у обеих групп совпадало большое количество рентгенографических снимков. У 20% взрослых имелась лейкопения, но лейкоцитоз был значительно чаще у детей (28,6%,  $p = 0,014$ ). Больше детей имели повышенный уровень изофермента креатинкиназы (57,1% и 4%,  $p = 0,004$ ). Все пациенты были выписаны после симптоматического лечения, включая кислородную терапию, противовирусное лечение, лечение антибиотиками. Только одному младенцу внутривенно вводили низкие дозы

## COVID-19 Дайджест

---

### Национальный центр общественного здравоохранения

глюкокортикоидов.

#### **Заключение**

Результаты в полной мере показывают, что дети, пострадавшие от инфекции 2019-nCoV, представляют клиническую картину, которая часто отличается от таковой у взрослых. Знание таких отличий может быть полезно при клинической диагностике новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и для дальнейшего обсуждения случаев инфекции в зависимости от возраста.

#### **РОЛЬ ВИТАМИНА Д В ПРОФИЛАКТИКЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ И СМЕРТНОСТИ**

<https://www.researchsquare.com/article/rs-21211/v1>

8 апреля 2020 г.

#### **Цель**

В этой статье мы рассматриваем вопрос, существует ли какая-либо связь между средним уровнем витамина D у людей в разных странах и летальными случаями, вызванной COVID-19.

#### **Методы**

Мы определили средний уровень витамина D у людей из 20 европейских стран, по которым мы также получили данные о заболеваемости и смертности, COVID-19.

#### **Результаты**

Средний уровень витамина D (в среднем 56 ммоль/л, Коэффициент Стьюдента 10,61) в каждой стране был в значительной мере связан с количеством случаев/1М (в среднем 295,95, Коэффициент Стьюдента 298,73  $p=0,004$ , соответственно, со смертностью/1М (в среднем 5,96, Коэффициент Стьюдента 15,13,  $p < 0,00001$ ).

#### **Обсуждение**

Уровень витамина D у людей пожилого возраста крайне низок, особенно в Испании, Италии и Швейцарии. Это также наиболее уязвимая группа населения относительно COVID-19.

#### **Выводы**

Мы считаем, что дополнительное потребление витамина D способствует профилактике SARS-CoV2.