

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

ТОП СТРАН С КОЛИЧЕСТВОМ СЛУЧАЕВ КОРОНАВИРУСА СВЫШЕ 2000 ЧЕЛОВЕК, СОГЛАСНО ДАННЫМ
ОНЛАЙН-КАРТЫ WORLDOMETERS:

№	Страна	Всего случаев	Всего летальных исходов	Всего пролеченных
ВСЕГО В МИРЕ:		876 348	43 522	184 965
1	США	188 647	4 059	7 251
2	Италия	105 792	12 428	15 729
3	Испания	102 136	9 053	22 647
4	Китай	81 554	3 312	76 238
5	Германия	72 914	793	16 100
6	Франция	52 128	3 523	9 444
7	Иран	47 593	3 036	15 473
8	Великобритания	25 150	1 789	135
9	Швейцария	16 605	433	1 823
10	Турция	13 531	214	243
11	Бельгия	13 964	828	2 123
12	Нидерланды	13 614	1 173	250
13	Австрия	10 180	128	1 095
14	Южная Корея	9 786	162	5 408
15	Канада	8 612	101	1 242
16	Португалия	7 443	160	43
17	Бразилия	5 717	201	127
18	Израиль	5 358	20	224
19	Австралия	4 763	20	345
20	Норвегия	4 641	39	13
21	Швеция	4 435	180	16
22	Чехия	3 308	31	45
23	Ирландия	3 235	71	5
24	Дания	2 860	90	1
25	Малайзия	2 766	43	537
26	Чили	2 738	12	156
27	Россия	2 777	24	190
28	Польша	2 347	35	7
29	Эквадор	2 302	79	58
30	Румыния	2 460	86	252
31	Япония	2 229	66	424
32	Люксембург	2 178	23	80
33	Филиппины	2 311	96	50
34	Пакистан	2 042	26	82

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

В ЦЕЛОМ

ПОСЛЕДНИЕ НОВОСТИ РУМЫНИИ ПО СОСТОЯНИЮ НА 31 МАРТА 2020 ГОДА

<https://community.apan.org/wg/bnsr/f/discussions/100649/31-march-2020-romania-update>

По состоянию на 31 марта в Румынии зарегистрировано 2245 подтвержденных случаев COVID-19, включая 220 выздоровевших пациентов и 69 подтвержденных случаев смерти. Более 123 000 человек находятся в самоизоляции. Национальный институт общественного здравоохранения заявил, что 15% подтвержденных случаев были связаны с медицинским персоналом.

Согласно сценарию 4 Министерства здравоохранения, власти примут **трехуровневую модель лечения**. Пациенты с подтвержденным бессимптомным заболеванием будут проходить лечение дома или в контролируемых карантинных центрах. В **умеренных и тяжелых** случаях будут лечиться в инфекционных больницах. **Тяжелые случаи, требующие искусственной вентиляции легких** или сердечно-сосудистой поддержки, будут лечиться в отделениях интенсивной терапии.

Министр здравоохранения Нелу Татару заявила, что общая вместимость больниц для лечения COVID-19 составляет приблизительно 7 000 коек, а министерство здравоохранения планирует достичь 10 000 коек, поскольку больницы перейдут на ответ COVID. Имеется 1360 аппаратов ИВЛ, специально предназначенных для пациентов с COVID-19. Правительство утвердило средства на выдачу еще 1000 человек в отделы общественного здравоохранения и скорой помощи в Бухаресте и прилегающем округе Ильфов.

При нынешнем уровне в 20 лабораториях и больницах, проводящих тесты ОТ-ПЦР, министерство намерено расширить число учреждений до 36. Полный карантин был введен округом Сучава, на который приходится 28% подтвержденных случаев.

УРОКИ ИТАЛЬЯНСКОГО ОТВЕТА НА КОРОНАВИРУС

<https://hbr.org/2020/03/lessons-from-italys-response-to-coronavirus>

Политики во многих частях Европы и Соединенных Штатов пытаются взять под контроль быстро распространяющуюся пандемию Covid-19. При этом они повторяют многие из ошибок, допущенных в Италии, где

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

пандемия превратилась в катастрофу. Основным фактором, способствующим принятию решений, был процесс принятия решений на правительственном уровне. В этой статье авторы исследуют недостатки этого процесса и то, как другие страны могут их избежать.

Кризис, не возникавший в Италии со времен Второй мировой войны, продолжается и по сей день, и вот, собственно, почему.

Распознавание когнитивных искажений. На ранних стадиях кризис Covid-19 в Италии не выглядел как кризис. Первоначальные заявления о чрезвычайном положении были встречены скептицизмом как со стороны общественности, так и со стороны многих политических кругов, хотя несколько ученых несколько недель предупреждали о возможности катастрофы. Действительно, в конце февраля некоторые известные итальянские политики начали публичное рукопожатие в Милане, чтобы подчеркнуть, что экономика не должна паниковать и останавливаться из-за вируса. *(Неделю спустя у одного из этих политиков был диагностирован Covid-19).*

Никаких частичных решений. Второй урок, который можно извлечь из итальянского опыта, - это важность систематических подходов и опасности частичных решений. Итальянское правительство справилось с пандемией Covid-19, выпустив серию указов, которые постепенно увеличивали ограничения в зонах блокировки («красные зоны»), которые затем были расширены, пока они в конечном итоге не распространялись на всю страну.

Обучение имеет решающее значение. Поиск правильного подхода к реализации требует способности быстро учиться как на успехах, так и на неудачах, а также на готовности изменить действия соответственно. Конечно, есть полезные уроки, которые можно извлечь из подходов Китая, Южной Кореи, Тайваня и Сингапура, которые смогли довольно быстро сдержать заражение. Но иногда лучшие практики можно найти по соседству. Поскольку итальянская система здравоохранения сильно децентрализована, разные регионы опробовали разные ответные меры. Наиболее ярким примером является контраст между подходами Ломбардии и Венето, двух соседних регионов с аналогичными социально-экономическими характеристиками.

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

В частности, в то время как Ломбардия и Венето применяли аналогичные подходы к социальному дистанцированию и закрытию розничных сетей, Венето предпринял гораздо более активные действия по сдерживанию распространения вируса. Стратегия Венето была многоплановой:

- Обширное тестирование симптоматических и бессимптомных случаев на ранней стадии.
- Проактивное отслеживание потенциальных позитивов. Если кто-то дал положительный результат, все в доме этого пациента, а также их соседи были проверены. Если тестовые наборы были недоступны, они были помещены в карантин.
- Сильный акцент на домашнюю диагностику и уход. По мере возможности пробы отбирались непосредственно из дома пациента, а затем обрабатывались в региональных и местных университетских лабораториях.
- Конкретные усилия по мониторингу и защите здравоохранения и других основных работников. Среди них были медицинские работники, лица, контактирующие с группами риска (например, лица, обеспечивающие уход в домах престарелых), а также работники, работающие с населением (например, кассиры супермаркетов, фармацевты и сотрудники служб защиты).

Сбор и распространение данных очень важны. Италия, похоже, страдает от двух проблем, связанных с данными. В начале пандемии проблема заключалась в нехватке данных. В частности, было высказано предположение, что широкому распространению и незаметному распространению вируса в первые месяцы 2020 года, возможно, способствовало отсутствие эпидемиологических возможностей и неспособность систематически регистрировать пики аномальной инфекции в некоторых больницах.

Два аспекта этого кризиса можно обозначить из итальянского опыта:

Во-первых, нельзя терять время, учитывая экспоненциальное развитие вируса. Как сказал глава итальянской Protezione Civile (итальянский эквивалент FEMA), «вирус быстрее нашей бюрократии»;

Во-вторых, эффективный подход к Covid-19 потребует мобилизации, подобной войне, - как с точки зрения совокупности людских и экономических ресурсов, которые необходимо будет развернуть, так и с точки зрения чрезвычайной координации, которая потребуется для

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

различных частей системы здравоохранения (испытательные учреждения, больницы, врачи первичной медицинской помощи и т. д.) между различными структурами как в государственном, так и в частном секторе и обществом в целом.

**НАУКА:
ИНФЕКЦИОННЫЙ
КОНТРОЛЬ**

COVID-19, НЕХВАТКА МАСОК И ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТКАНЕВЫХ МАСОК В КАЧЕСТВЕ КРАЙНЕЙ МЕРЫ

<https://bmjopen.bmj.com/content/5/4/e006577.responses#copyright>
[shortages-of-masks-and-the-use-of-cloth-masks-as-a-last-resort](https://bmjopen.bmj.com/content/5/4/e006577.responses#copyright)

30 марта 2020 года

Наконец, для COVID-19 ношение маски недостаточно для защиты работников здравоохранения - как минимум, необходимо использование перчаток и защитных очков, поскольку SARS-CoV-2 может инфицироваться не только через дыхательные пути, но и при контакте с загрязненными поверхностями, а также при самозагрязнении.

Критическая нехватка средств индивидуальной защиты (СИЗ) привела к тому, что Центры по контролю за заболеваниями США понизили свои рекомендации для медицинских работников, которые лечат пациентов с COVID-19 от респираторов до хирургических масок и, наконец, до самодельных тканевых масок. Как авторы единственного опубликованного рандомизированного контролируемого клинического испытания тканевых масок, мы ежедневно получаем электронные письма об этом от работников здравоохранения, обеспокоенных использованием масок из ткани. Исследование показало, что носители тканевых масок имели более высокие показатели инфицирования, чем даже стандартная контрольная группа медицинских работников, и фильтрация, обеспечиваемая тканевыми масками, была плохой по сравнению с хирургическими масками.

До сих пор в большинстве руководств по СИЗ даже не упоминались маски из ткани, несмотря на то, что многие работники здравоохранения в Азии их использовали.

Медицинские работники спрашивают нас, должны ли они вообще носить маску, если единственный вариант - тканевые маски.

Мы рекомендуем, чтобы работники здравоохранения не работали во время пандемии COVID-19 без защиты органов дыхания в целях охраны труда и техники безопасности. Кроме того, если работники здравоохранения заразятся, высокий уровень невыхода сотрудников на

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

работу по болезни может также повлиять на способность системы здравоохранения реагировать. Некоторые работники здравоохранения могут по-прежнему выбирать работу с недостаточно функциональными средствами индивидуальной защиты. В этом случае физический барьер, создаваемый тканевой маской, может обеспечить некоторую защиту, но, вероятно, намного меньше, чем хирургическая маска или респиратор.

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ 54 МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ С COVID-19: РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ОДНОМ ЦЕНТРЕ В УХАНЕ, КИТАЙ

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.25793>

29 марта 2020 год

В декабре 2019 г. в Ухане произошла вспышка инфекции SARS-Cov-2, которая быстро распространилась по всему миру, что вызвало у многих людей беспокойство по поводу пациентов. Тем не менее, исследования по инфекционному статусу медицинского персонала все еще отсутствуют.

Методы

В этом ретроспективном исследовании было проанализировано 54 случая инфицирования SARS - Cov - 2 медперсоналом из больницы Тунцзи в период с 7 января по 11 февраля 2020 года. Клинические и эпидемиологические характеристики сравнивались между различными группами статистическим методом.

Результаты

С 7 января по 11 февраля 2020 года 54 медицинских работника больницы Тунцзи были госпитализированы в связи с COVID-19. Большинство из них были из других клинических отделений (72,2%), а не из отделения неотложной помощи (3,7%) или из отделов медицинских технологий (18,5%). Среди 54 пациентов с COVID-19 распределение по возрасту имело значительную разницу между несерьезным типом и тяжелыми / критическими случаями (средний возраст: 47 лет против 38 лет, $p = 0,0015$). Тем не менее, не было статистической разницы с точки зрения распределения по полу и первых симптомов между этими двумя группами. Кроме того, мы наблюдали, что области поражения в легких, инфицированных SARS-Cov-2, с медицинским персоналом тяжелого / критического типа, с большей вероятностью имели повреждения в правой верхней доле (31,7% против 0%, $P = 0,028$) и правое легкое (61% против 18,2%, $p = 0,012$).

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

Выводы

Основываясь на наших данных о заражении медицинского персонала, мы предлагаем обучение всего персонала больницы по профилактике инфекции и подготовке достаточных средств защиты и дезинфекции.

РУКОПИСЬ ПО ИНФЕКЦИОННОМУ КОНТРОЛЮ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ В БОЛЬНИЦЕ ИЗ МАТЕРИАЛОВ КЕМБРИДЖСКОГО УНИВЕРСИТЕТА О КОРОНАВИРУСЕ

DOI: 10.1017/ice.2020.97

С быстрой вспышкой коронавирусной инфекции 2019 года (COVID-19) произошли, по состоянию на 15 марта 2020 года, 49999 подтвержденных пациентов в городе Ухань. Поэтому это невозможно госпитализировать всех в существующие больницы в Ухане. Самое лучшее решение - это построить больничные палаты на открытых площадках, таких как стадионы или выставочные центры. Однако возникают опасения о внутрибольничных инфекциях (ВБИ). С 5го февраля 2020 года, размещены более 12000 коек с примерно 9000 стационарными пациентами. С таким большим количеством пациентов можно предотвратить внутрибольничные инфекции?

По состоянию на 22 февраля 2020 года на пресс-конференции Госсовета было зарегистрировано 3019 зараженных среди медицинского персонала. Среди них 1716 имели подтвержденную инфекцию и к сожалению, пятеро из них умерли от инфекции. В городе Ухань было 1080 инфицированных медицинских работников. Тем не менее, в больничных палатах, с более чем 5000 медицинских работников, зараженных сотрудников на время написания статьи время не было. Здесь, мы рассмотрим меры, принятые в развернутых больничных палатах для предотвращения внутрибольничного заражения.

1. Дезинфекция чистых территорий, полузагрязненных и загрязненных территорий.

Загрязненные участки, окружающая среда, воздух, пол поверхность столов обрабатывались 4 раза в день - опрыскивалась хлорсодержащим дезинфицирующим средством в дозе 2000 мг/л не менее чем на 30 минут.

Рвота и выделения, медицинские отходы и прочие отходы собирались механически в двухслойные желтые мусорные мешки, которые плотно закрывались, очищенная поверхность опрыскивалась хлорсодержащим

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

дезинфицирующим средством в количестве 2000 мг/л.

Полузагрязненные и чистые участки обрабатывались дезинфицирующим средством с содержанием 500 мг / л хлора два раза в день. Однако, если пол был загрязнен кровью или рвотой, то опрыскивалась хлорсодержащим дезинфицирующим средством в дозе 2000 мг/л не менее чем на 30 минут.

Для обеззараживания воздуха открывалось окно и помещение проветривается более 30 минут 2-3 раза в день. Второй способ-ультрафиолетовое облучение в течение 30 минут (2 разав сутки). Третий способ-опрыскивание хлорсодержащим дезинфицирующим средством в дозе 500 мг/л более 30 минут.

2. Пациенты

Все пациенты получали новые маски для лица каждый день. Жилая зона пациента дезинфицировалась четыре раза в день. Для выписанных пациентов все личные вещи опрыскивались 75% EtOH.

Они переодевались в чистую одежду, принесенную их семьями, после принятия горячей ванны по крайней мере на 30 минут. Вся оставшаяся одежда утилизировалась как медицинские отходы. Впоследствии, в чистых помещениях, одежда, надетая пациентом, снова дезинфицировалась 75% EtOH. Очки, мобильные телефоны, ключи, кредитные карты и прочее вещи обрабатывались 75% EtOH.

3. Дезинфекция, связанная с медицинским персоналом

Перед тем как попасть в мобильный госпиталь, все медицинские работники надевали защитное снаряжение в следующем порядке:

белые халаты, маски для лица N95, хирургические маски, хирургические колпаки, защитные очки, бахилы, изолирующие халаты, перчатки, защитные костюмы, Еще одна пара перчаток, защитные капюшоны и чехлы для ботинок. Все сотрудники, входящие и выходящие из больницы приюта, должны быть зарегистрированы.

Для выхода из больницы приюта она включает в себя несколько шагов. Во-первых, медицинские работники обрабатывали руки. Спрей 75% EtOH распыляется на всю защитную одежду. Затем в буферной комнате, вся процедура повторяется еще раз.

После этого шага они заходят в первую раздевалку, которая считается загрязненной. В этой комнате они снимут первый слой перчаток, а затем наденут новые чистые перчатки для снятия защитного капюшона, защитного костюма, защитных очков и хирургических маску поочередно. После снятия каждого защитного предмета они повторяют процедуру

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

гигиены рук. После приема сотрудник входит во вторую раздевалку, которая является полу-загрязненной. В этой комнате они снимают изолирующий халат, хирургический шапочку, маску для лица N95 и перчатки. Кроме того, руки часто дезинфицируют, а затем надевают хирургическую маску, чтобы войти в чистую зону. В чистой зоне измеряется температура тела делают записи.

4. Профессиональное подтверждение

Риск включает в себя контакт кожи, слизистых и дыхательных путей, а также иглы шприцов, использованные для лечения подтвержденных пациентов. Для воздействия на кожу проводят дезинфекцию 0,5% йодом или H₂O₂ в течение 3 минут проводится процедура, а затем вытирается чистой водой. Для слизистых, персоналу следует промыть место воздействия 0,9% - ным физиологическим раствором или 0,05% - ным йодом. При случайном поражении иглой, следует выдавить кровь и промыть рану проточной водой, а затем стерилизовать с 75% EtOH или 0,5% йода. При повреждении перчаток, следует дезинфицировать руками с 0,5% йодом или H₂O₂ в течение 3 минут и затем смыть водой. Наконец, сотрудники должны покинуть зараженную территорию и **обязательно** доложить об инциденте.

Следуя всем перечисленным выше стратегиям, мы успешно предотвратили внутрибольничное заражение в мобильных больницах, которые имеют более чем 900 пациентов. До сих пор таких не было случаев возникновения инфекции COVID-19 у медицинских сотрудников, работающих в палатах мобильных госпиталей.

НАУКА:
ЛЕЧЕНИЕ

АНТИКОАГУЛЯНТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВЯЗАНО СО СНИЖЕНИЕМ СМЕРТНОСТИ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С КОАГУЛОПАТИЕЙ

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jth.14817>

27 марта 2020 года

Вызывает беспокойство относительно высокая смертность от тяжелой коронавирусной болезни 2019 года (COVID-19), поэтому, по мнению некоторых экспертов, применение гепарина в COVID-19 было рекомендовано из-за риска диссеминированного внутрисосудистого свертывания и венозной тромбоэмболии. Тем не менее, его эффективность еще предстоит проверить.

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

Методы

Результаты коагулограмм, лечение и результаты пациентов, классифицированных как тяжелые по КВИ в больнице Тунцзи, были проанализированы ретроспективно. Сравнивали 28-дневную смертность между теми, кому назначали гепарин и кому не назначали, также при различном риске коагулопатий, который был стратифицирован по шкале индуцированной сепсисом коагулопатии или результату D-димера.

Результаты

В исследование было включено 449 пациентов с тяжелой формой COVID-19, 99 из которых получали гепарин (в основном с низкомолекулярным гепарином, НМГ) в течение 7 дней или дольше. D-димер, протромбиновое время и возраст были связаны положительно с 28-дневной смертностью, в то время как количество тромбоцитов имело отрицательную связь с 28-дневной смертностью в многомерном анализе. Не выявлено различий в 28-дневной смертности между пролеченными гепарином и не получавшими гепарин (30,3% против 29,7%, $P = 0,910$). Но 28-дневная смертность потребителей гепарина была ниже, чем у лиц, не принимавших его среди пациентов с баллом индуцированной сепсисом коагулопатией ≥ 4 (40,0% против 64,2%, $P = 0,029$) или D-димером > 6 раз от верхнего предела нормы (32,8% против 52,4% $P = 0,017$).

Выводы

Антикоагулянтная терапия, в основном с НМГ, по-видимому, связана с лучшим прогнозом у тяжелых пациентов с COVID-19, соответствующих критериям индуцированной сепсисом коагулопатии, или с заметно повышенным D-димером.

НОВОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСА РИБАВИРИНОМ: ОСНОВА ДЛЯ ОЦЕНКИ ПО COVID-19

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jmv.25798>

30 марта 2020 год

Испытанию и внедрению эффективных методов лечения новых коронавирусов препятствует задача проведения контролируемых исследований во время чрезвычайного положения. Доступ к прямым противовирусным препаратам, таким как рибавирин, имеющему существующие документы и надежную цепочку поставок, может быть

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

приоритетным вопросом для методов лечения, разработанных для вспышек инфекции nCoV 2019, и любых вариантов штаммов, которые могут появиться. Очевидная пандемия COVID-19 дает возможность следовать рекомендациям по дозировке для лечения рибавирином, проверять новые терапевтические концепции и проводить контролируемое тестирование, чтобы применить научную строгость, необходимую для устранения противоречий вокруг этой основы противовирусной терапии.

Рибавирин: основа противовирусной активности

Рибавирин является аналогом гуанозина, который препятствует репликации РНК и ДНК вируса.

Даже когда лечение не полностью блокирует репликацию вируса, репликация вирусной нуклеиновой кислоты в присутствии рибавирина происходит с пониженной точностью, что приводит к появлению случайных мутаций, которые могут снизить жизнеспособность вируса¹². Этот механизм действия может преодолеть структурно-зависимые способы уклонения от вирусного иммунитета у пациента и стимулировать выработку защитного иммунитета. Косвенные антивирусные свойства рибавирина, опосредуемого иммунной системой, впервые были обнаружены при лечении пациентов с гепатитом, у которых симптомы улучшились которых улучшились без снижения вирусной нагрузки¹.

В качестве очень зрелого лекарственного средства, за которым стоят серьезные фармакологические исследования, имеются данные о фармакокинетике и биодоступности рибавирина, позволяющие определить дозировку как в виде отдельного средства, так и в составе комбинированной терапии. Клинический опыт применения рибавирина в педиатрической практике при респираторно-синцитиальной вирусной инфекции и в условиях хронической инфекции при гепатите С предлагает большой практический опыт с его профилем безопасности и эффективностью. Для достижения эффективности в этих двух различных клинических условиях рибавирин доставляется либо в виде аэрозоля, либо перорально. Однако при использовании для CoV все отчеты указывают на внутривенное или пероральное введение.

Средняя биодоступность дозы рибавирина в 400 мг составляет 51,8% +/- 21,8% после внутривенной нагрузки 150 мг. Используя трехкамерную модель для анализа РК, средний период полураспада гамма-фазы составляет 37,0 ± 14,2 часа. Рибавирин быстро всасывается и имеет T-max после перорального приема через 1 час после первой дозы, через 1,7

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

часа после второй дозы и 3 часа для многократного приема. Путь элиминации рибавирина - почечный. Средний пиковый уровень рибавирина в сыворотке крови человека составляет 24 мкг / мл после 1000 мг внутривенной дозы.

Предложение по замедлению глобальных пандемий

Для людей, живущих в густонаселенных районах в регионах, затронутых пандемией КВИ, окружающая среда представляет собой группу высокого риска из-за высокой плотности множества штаммов вирусов, включая 2019 nCoV. Места, которые находятся за пределами традиционных медицинских условий, требуют нового подхода к лечению и профилактике и представляют собой новый аспект пандемического контроля: лечение в крупномасштабных и высокоплотных карантинах инфицированных и неинфицированных лиц. Чтобы предотвратить появление новых штаммов 2019-nCoV или распространение других вирусов, лечение легких случаев в этих областях с помощью противовирусной терапии является первоочередной задачей для местных и глобальных специалистов здравоохранения.

Мы предлагаем использовать рибавирин в этой среде по следующим причинам. 1) Широкая активность по отношению к обычным и новым вирусам типов ДНК и РНК. 2) Множественные механизмы прямого противовирусного действия. 3) Случайный мутагенез вирусов для стимуляции Т-клеточного ответа. 4) Косвенный механизм действия через поляризацию Th1. 5) Допустимый и хорошо охарактеризованный профиль побочных эффектов 6) Зрелый клинический опыт и всесторонняя демографическая характеристика 7) Доступность 8) Доступность Стоимость производства рибавирина составляет 0,20-2,10 долл. США за грамм.

Пример безрецептурной розничной цены на рибавирин в Китае: 1800 мг рибавирина по розничной цене составляет приблизительно 1,00 долл. США и сделан в виде пакетов с растворимым в воде порошком по 50 мг для перорального применения.

ВРЕМЕННОЕ РУКОВОДСТВО ISTH ПО РАСПОЗНАВАНИЮ И ЛЕЧЕНИЮ КОАГУЛОПАТИИ ПРИ COVID - 19

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jth.14810>

25 марта 2020 год

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

первоначально наблюдается недостаточность одного органа (то есть дыхательная недостаточность), но некоторые из них прогрессируют до более системного заболевания и полиорганной дисфункции. Одним из наиболее значительных плохих прогностических признаков у этих пациентов является развитие коагулопатии. У пациентов, у которых развивается сепсис от различных инфекционных агентов, развитие коагулопатии является одним из ключевых и постоянных признаков, связанных с плохими исходами. В этом контексте, роль Международного общества тромбозов и гемостаза (ISTH) будет иметь решающее значение для руководства медицинских работников, как управлять коагулопатией COVID-19.

Простой и легко отслеживаемый алгоритм управления коагулопатией COVID-19 в настоящее время может быть полезен как в условиях с хорошими, так и с меньшими ресурсами в качестве руководства при лечении этого осложнения. Это прагматическое утверждение должно рассматриваться как временное руководство, поскольку клинический опыт борьбы с этой пандемией увеличивается. Авторы уверены, что это утверждение будет изменено с развитием знаний и методов управления COVID-19. Целью данного руководящего документа является обеспечение стратификации риска при поступлении для пациента с COVID-19 и ведения коагулопатии, которая может развиваться у некоторых из этих пациентов, на основе легко доступных лабораторных параметров. Основываясь на доступной в настоящее время литературе, мы бы рекомендовали измерять D-димеры, протромбиновое время и количество тромбоцитов (в порядке убывания важности) у всех пациентов с инфекцией COVID-19. Это может помочь в стратификации пациентов, которым может потребоваться госпитализация и тщательный мониторинг или нет. Любое основное состояние (например, заболевание печени) или лекарства (например, антикоагулянты), которые могут изменять параметры, должны учитываться при использовании алгоритма.

Мониторинг маркеров коагуляции

Мониторинг протромбинового времени, D-dimer, количества тромбоцитов и фибриногена может помочь в определении прогноза у пациентов с COVID-19, нуждающихся в госпитализации. Если эти параметры ухудшаются, необходима более агрессивная поддержка в области интенсивной терапии, и следует рассмотреть вопрос о более «экспериментальной» терапии и поддержке препаратов крови в зависимости от ситуации. Если эти производители стабильны или

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

улучшаются, это дает дополнительную уверенность в постепенном прекращении лечения, если это подтверждается клиническим состоянием.

Лечение коагулопатии COVID-19

Единственным широко доступным лечением в этом отношении является профилактическая доза низкомолекулярного гепарина (НМГ), которую следует учитывать у ВСЕХ пациентов (включая некритически больных), которым требуется госпитализация по поводу инфекции COVID-19, при отсутствии каких-либо противопоказаний (активное кровотечение и количество тромбоцитов менее $25 \times 10^9 / \text{л}$; рекомендуется мониторинг при тяжелой почечной недостаточности; аномальный РТ или АРТТ не является противопоказанием).

Преимущество этого подхода недавно было представлено в виде реферата доктором Нинг Тан. В исследование были включены 449 пациентов с тяжелой формой ХОВИД-19; из которых 99 получали гепарин (в основном с НМГ) в профилактических дозах. Хотя не наблюдалось различий в 28-дневной смертности среди получавших гепарин по сравнению с теми, кто этого не делал, если к пациентам был применен показатель SIC (сепсис-индуцированная коагулопатия) ≥ 4 , антикоагулянтная терапия с НМГ с лучшим прогнозом в отношении смертности (40,0% против 64,2%, $P = 0,029$) .13 Аналогичное преимущество отмечалось у пациентов с D-димером $>$ в шесть раз выше верхнего предела нормы (32,8% против 52,4%, $P = 0,017$).) НМГ также защитит критически больных пациентов от венозной тромбоэмболии. Кроме того, было показано, что НМГ обладает противовоспалительными свойствами, которые могут быть дополнительным преимуществом при COVID-инфекции, когда провоспалительные цитокины заметно повышены.

Кровотечение редко встречается в условиях COVID-19.

Если кровотечение развивается, могут быть соблюдены принципы, аналогичные септической коагулопатии в соответствии с согласованными руководящими принципами ISTH в отношении переливания крови. Существует несколько других методов лечения COVID-19, которые на данный момент могут считаться экспериментальными, включая антитромбиновые добавки, рекомбинантный тромбомодулин и гидроксихлорохин, основанные на смягчении гипотезы о избыточном генерировании тромбина, и иммуносупрессивные агенты, включая

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

ингаляционные методы лечения, которые могут поставить проверку на модель «иммунотромбоза». (двунаправленная связь между воспалением и тромбозом).

НАУКА: НАБЛЮДЕНИЕ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ COVID-19 В УЧРЕЖДЕНИИ ПО ДЛИТЕЛЬНОМУ УХОДУ В ОКРУГЕ КИНГ, ШТАТ ВАШИНГТОН

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2005412?query=featured_coronavirus

27 марта 2020 год

ВВЕДЕНИЕ

Учреждения по длительному уходу представляют собой места с высоким риском тяжелого исхода COVID-19, что объясняется как преклонным возрастом и частыми хроническими основными заболеваниями пациентов, так и передвижением медицинского персонала между учреждениями в регионе.

МЕТОДЫ

После идентификации 28 февраля 2020 года подтвержденного случая COVID-19 в учреждении по длительному уходу в округе Кинг, штат Вашингтон, департамент здравоохранения округа Сиэтл и Кинг, при содействии Центров по контролю и профилактике заболеваний, приступил к расследованию случая, отслеживанию контактов, карантину подвергшихся воздействию лиц, изоляции подтвержденных и подозреваемых случаев и усилению профилактики и контроля инфекции на месте.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По состоянию на 18 марта было выявлено 167 подтвержденных случаев заболевания COVID-19, которые включали в себя 101 жителя, 50 медицинских работников и 16 посетителей, которые были эпидемиологически связаны с этим учреждением. Большинство случаев среди жителей включали респираторные заболевания, соответствующие вирусу COVID-19, однако у 7 жителей симптомы не были документально подтверждены. Показатели госпитализации для жителей, посетителей и персонала учреждения составили 54.5%, 50.0% и 6.0%, соответственно. Коэффициент смертности среди жителей составил 33.7% (34 из 101). По состоянию на 18 марта в округе Кинг было выявлено в общей сложности 30 учреждений по длительному уходу с по крайней мере одним подтвержденным случаем COVID-19.

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

ВЫВОДЫ

В условиях стремительного распространения COVID-19 необходимы упреждающие меры со стороны учреждений по длительному уходу для выявления и исключения потенциально инфицированных сотрудников и посетителей, активного мониторинга потенциально инфицированных пациентов и осуществления соответствующих мер по профилактике инфекции и борьбе с ней для предотвращения COVID-19.