

Временные методические рекомендации:

«Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с хроническими заболеваниями, подлежащими диспансерному наблюдению, в условиях пандемии COVID-19»

Консенсус экспертов Российского общества профилактики неинфекционных заболеваний, Национального общества усовершенствования врачей имени С.П. Боткина, Профильной комиссии по терапии и общей врачебной практике Минздрава России и Профильной комиссии по медицинской профилактике Минздрава России

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ: О.М. ДРАПКИНА¹, Л.Ю. ДРОЗДОВА¹, С.А. БОЙЦОВ², Е.С. БУЛГАКОВА¹, Е.С. ИВАНОВА¹, Т.А. КУНЯЕВА³, Е.А. ЛАВРЕНОВА¹, И.В. САМОРОДСКАЯ¹, А.И. ЧЕСНИКОВА⁴, Р.Н. ШЕПЕЛЬ¹

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия;

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России, Москва, Россия;

³ГБУЗ Республики Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница», Саранск, Россия;

⁴ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия.

Оглавление

1. ВВЕДЕНИЕ	6
2. ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ COVID-19	6
2.1. Вопросы гигиены, социального дистанцирования и образа жизни.	
Профилактика для медицинских работников, имеющих риски инфицирования	6
2.2. Медикаментозная профилактика COVID-19	9
3. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	10
3.1. Организационные аспекты проведения диспансерного наблюдения	10
3.1.1. Общие положения	10
3.1.2. Критерии целесообразности госпитализации пациента с диагностированными COVID-19 и ХНИЗ	11
3.2. Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями в условиях пандемии COVID-19	12
3.2.1. Особенности ведения пациентов с ССЗ, находящихся на амбулаторном лечении по поводу COVID-19, в том числе после выписки из стационара, а также диспансерное наблюдение в условиях пандемии COVID-19	12

3.2.2. Стабильная ишемическая болезнь сердца	13
3.2.3. Артериальная гипертензия	16
3.2.4. Сердечная недостаточность	16
3.2.5. Фибрилляция и (или) трепетание предсердий	18
3.2.6. Нарушения ритма сердца (наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия, наджелудочковые и желудочковые тахикардии на фоне эффективной профилактической антиаритмической терапии)	20
3.3. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения	21
3.4. Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с болезнями органов дыхания в условиях пандемии COVID-19	22
3.4.1. Общие положения	22
3.4.2. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)	22
3.4.3. Бронхиальная астма	24
3.5. Оказание амбулаторно-поликлинической медицинской помощи пациентам с предиабетом и сахарным диабетом в условиях пандемии COVID-19	25
3.5.1. Предиабет	25
3.5.2. Сахарный диабет 2-го типа	28
3.6. Основные принципы оказания амбулаторно-поликлинической медицинской помощи по профилю «терапия» онкологическим пациентам в условиях пандемии COVID-19	33
4. ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19	33
4.1. Общие вопросы	33
4.2. Критерии выписки пациента с COVID-19 из стационара	34
4.3. Транспортировка больных коронавирусной инфекцией из стационара	34
4.4. Экспертиза временной нетрудоспособности при COVID-19	34
4.5. Медицинская помощь на амбулаторном этапе	35
4.6. Клинические ситуации при пневмонии COVID-19, требующие особого внимания	35
4.7. Респираторная реабилитация	36
4.8. Алгоритмы диспансерного наблюдения при пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)	36
4.8.1. Пациенты, которые в стационаре нуждались в реанимации или интенсивной терапии в связи с тяжелой пневмонией	36
4.8.2. Пациенты с перенесенной пневмонией COVID-19 легкой или среднетяжелой степени тяжести, которые не нуждались в лечении в ОРИТ (в том числе пациенты, которые проходили лечение амбулаторно)	37
5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	38
6. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	39
7. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ	40
8. СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ	41

1. Введение

С декабря 2019 г. новое заболевание коронавирусом (COVID-19) обрушилось на весь мир, в результате чего Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила его пандемией. По состоянию на 10 мая 2020 г. COVID-19 поразил более 3 млн человек, по крайней мере, в 166 странах мира, число заболевших в России превысило 200 тыс. При том что общая смертность при COVID-19 в нашей стране низкая, у пожилых пациентов и пациентов с сопутствующими заболеваниями с большей вероятностью развивается тяжелое течение коронавирусной инфекции. С плохим прогнозом при COVID-19 ассоциировано наличие у пациентов сахарного диабета (СД), артериальной гипертензии (АГ), цереброваскулярных заболеваний, ишемической болезни сердца (ИБС) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Необходимо отметить, что пациенты с этими заболеваниями, а также с онкологическими заболеваниями относятся к IIIА группе здоровья и, по данным диспансеризации или профилактического медицинского осмотра 2019 г., к этой группе были отнесены 60% граждан.

Важно подчеркнуть, что временные ограничения, связанные с получением плановой помощи, могут приводить как к более поздней обращаемости в случае развития жизнеугрожающих состояний, так и к росту госпитализаций по поводу, к примеру, АГ или СД, что было выявлено зарубежными экспертами в результате предыдущих эпидемий, которые не затронули такое большое число граждан [1].

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

2. Профилактика развития COVID-19

2.1. Вопросы гигиены, социального дистанцирования и образа жизни. Профилактика для медицинских работников, имеющих риски инфицирования

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

Важнейшим аспектом неспецифической профилактики являются **изоляционно-ограничительные меры**, направленные на предупреждение попадания вируса в организм человека, к которым относятся:

- Режим самоизоляции.
- Соблюдение дистанции с другими людьми с расстоянием как минимум 1 м. На сегодня нет достаточной доказательной научной базы данных,

представляющей обоснование по длине полета коронавирусной инфекции. Согласно данным Роспотребнадзора, при чихании или кашле больного коронавирусом образуются респираторные капли диаметром 5—10 мкм, которые могут передать инфекцию, попав на слизистые оболочки (рот и нос) или глаза. Однако долго такие капли в воздухе не держатся и больше метра в полете не преодолевают. В рекомендациях ВОЗ безопасная дистанция между людьми составляет до двух метров. Нужно учитывать тот факт, что распространение частиц жидкости не равно распространению вируса, его поведение в воздухе до сих пор недостаточно изучено. Передача инфекции зависит от многих факторов, и попадание в поток выдыхаемых частиц — далеко не единственный из них. Не учтенными остаются индивидуальные особенности физиологии больных и условия окружающей среды. В целом, исследователи сходятся во мнении — чем больше будет дистанция между людьми, тем безопаснее.

- Использование медицинских масок для защиты органов дыхания при посещении общественных мест.

Маски являются эффективным средством только в комбинации с регулярной обработкой рук спиртосодержащим антисептиком или водой с мылом.

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

Механизм передачи коронавирусной инфекции: воздушно-капельный (выделение вируса при кашле, чихании, разговоре), воздушно-пылевой, контактный и фекально-оральный (точных данных нет на текущий момент).

Пути и факторы передачи: воздух, пищевые продукты, предметы обихода, животные.

Учитывая вышесказанное, необходимо помнить о **правилах личной гигиены**:

- обработка/мытьё рук, используя антисептические средства на спиртовой основе или мыло и воду, особенно тщательно перед принятием пищи;
- при посещении общественных мест необходимо воздерживаться от прикосновения лица, в том числе области рта, носа и глаз немытыми руками;
- при использовании резиновых перчаток при посещении общественных мест, важно также помнить об их обработке антисептическими спиртосодержащими средствами, а также недопущение касания ими лица. При снятии перчатки выворачиваются наизнанку и выбрасываются в контейнер для мусора с крышкой, после чего производится обработка рук спиртосодержащим антисептиком или водой с мылом;
- при кашле и чихании следует прикрывать рот и нос сгибом локтя или салфеткой, после чего салфетка сразу выкидывается в контейнер для мусора с крышкой и производится обработка рук спиртосодержащим антисептиком или водой с мылом.

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

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

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

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

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

Медицинские работники обследуются 1 раз в неделю на COVID-19 (ПЦР и ИФА), при наличии симптомов — изолируются на дому (по состоянию здоровья) с приемом средств экстренной профилактики (профилактическое лечение).

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

Изделия многократного применения (защитные очки, защитный экран, маска полнолицевая) обеззараживаются путем протирания каждые 2—3 ч (при загрязнении — немедленно) с использованием спиртосодержащих дезинфекционных средств с концентрацией этилового спирта не менее 70%, изопропилового — не менее 60%. После использования защитные очки (экран) обеззараживают способом двукратного протирания или погружением в 70% этиловый спирт на 30 мин. После обеззараживания защитные очки, защитный экран промываются теплой водой с любым моющим средством и высушиваются в положении, обеспечивающем свободный сток воды.

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

При этом многоразовая защитная одежда (маска, халат, шапочка, косынка), изготовленная из термо-

устойчивых (хлопчатобумажных) тканей, подлежит обеззараживанию способом погружения в раствор дезинфицирующего средства или автоклавированием. После обеззараживания одежду стирают с использованием обычных моющих средств при температуре не ниже 60 °С.

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

- замачивание в растворе кислородоактивных хлорактивных дезинфицирующих средств, например 3% перекись водорода с 0,5% моющего средства при начальной температуре раствора не ниже 50 °С (60 мин), 0,5% раствор гипохлорита натрия при начальной температуре раствора не ниже 50 °С (30 мин);
- кипячение в 2% растворе кальцинированной соды (30 мин);
- автоклавирование в паровом стерилизаторе водяным насыщенным паром под давлением 1,1 кгс/см² (0,11 МПа), 120+2 °С, экспозиция 45 мин.

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

- погружением в растворы кислородоактивных, хлорактивных дезинфицирующих средств в соответствии с инструкцией по применению (например, 3% перекись водорода с 0,5% моющего средства);
- автоклавированием в паровом стерилизаторе водяным насыщенным паром под давлением 1,1 кгс/см² (0,11 МПа), 120+2 °С, экспозиция 45 мин.

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

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

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

Респираторы или фильтрующие полумаски — это средство индивидуальной защиты органов дыхания, предназначенное для снижения риска инфицирования медицинских работников, работающих в условиях высокого риска распространения инфекций,

передающихся воздушно-капельным путем. Имеются основания полагать, что быстрому распространению коронавирусной инфекции способствует то, что вирус передается не только при непосредственном контакте с источником инфекции и воздушно-капельным путем (через крупные капли) как большинство ОРВИ, но и в существенной степени через инфекционные аэрозоли (инфицированный воздух). Поэтому применение респираторов (со степенью не ниже защиты FFP2¹) в зонах высокого риска инфицирования обязательно для медицинского персонала, занятого оказанием медицинской помощи больным новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

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

Для обеспечения максимальной защиты при использовании респиратора необходимо помнить правила его надевания, обеспечивающие максимально герметичное прилегание краев полумаски респиратора к лицу для исключения возможности утечки неотфильтрованного инфицированного воздуха в зону дыхания, минуя высокоэффективный фильтр, каковым и является полумаска респиратора. Крайне важно ознакомиться и тщательно каждый раз выполнять требования инструкции по правилам, указанным в упаковке респиратора. После каждого надевания респиратора перед входом в зону высокого риска инфицирования необходимо проводить его проверку на утечку: сделать 2—3 форсированных вдоха-выдоха, при этом убедиться, что отсутствует подсос и выход воздуха по краям респиратора, а на вдохе респиратор плотно прижимается к лицу без утечки воздуха по краям. Если при этом выявлена утечка воздуха под полумаску, нужно проверить правильность надевания респиратора, повторно надеть его.

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

Безопасное снятие респиратора необходимо для исключения риска инфицирования с наружной поверхности респиратора в результате ее контакта с ко-

¹FFP2 (от Filtering Face Piece — фильтрующая полумаска, одноразовый респиратор) — класс защиты, обеспечивающий фильтрацию 94% твердых и жидких частиц в ходе проведения испытаний.

жей в случае, если она контаминирована инфицированными биологическими жидкостями. Респиратор снимают в перчатках за резинки (сначала снимая нижнюю резинку, затем верхнюю), не касаясь наружной и внутренней поверхности полумаски респиратора.

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

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

Отдых медицинского персонала должен осуществляться в специально выделенных изолированных помещениях, куда исключен переток инфицированного воздуха из зон высокого риска.

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

При дефиците респираторов в медицинской организации возможно введение режима их ограниченного повторного использования (использование одного и того же респиратора с надетой поверх него хирургической маской при многократных контактах с пациентами, при этом после каждого контакта необходима смена верхней хирургической маски).

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

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

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

Если предполагается повторное использование респиратора, его маркируют инициалами пользователя, дезинфицируют ультрафиолетовым бактерицидным облучением, дают полностью высохнуть, если респиратор влажный, и до использования хранят в бумажном пакете или салфетке.

Допустимо применение ультрафиолетового бактерицидного излучения (УФБИ) для обеззараживания

наружной поверхности использованных респираторов и их повторного использования. УФБИ, не проникая глубоко внутрь фильтрующего материала, эффективно обеззараживает его облучаемую поверхность, резко снижая риск контактного инфицирования. Для обеззараживания поверхности респиратора его оставляют в тщательно расправленном виде наружной поверхностью вверх по направлению к УФБИ-облучателю открытого типа на расстоянии не более 2 м от него не менее, чем на 30 мин. Суммарной дозы УФБИ достаточно для надежного обеззараживания незатененной поверхности фильтрующей полумаски для безопасного повторного ее использования при соблюдении вышеперечисленных стандартных мер предупреждения контактного инфицирования.

Использованные респираторы нельзя мыть, механически чистить, обрабатывать дезинфектантами, обеззараживать высокими температурами, паром и т.д. Передача респиратора для использования другим человеком не допускается.

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

Медицинские отходы, в том числе биологические выделения пациентов (мокрота, моча, кал и др.), относятся к чрезвычайно эпидемиологически опасным отходам класса В и подлежат обязательному обеззараживанию (дезинфекции)/обезвреживанию физическими методами (термические, микроволновые, радиационные и другие), для чего в медицинской организации необходимо предусмотреть наличие специализированной установки, работающей с использованием таких методов.

2.2. Медикаментозная профилактика COVID-19

Доказательная база эффективности проведения медикаментозной профилактики COVID-19 (табл. 1) на настоящий момент отсутствует, однако в ряде стран в условиях напряженной эпидемической ситуации проводят медикаментозную профилактику хлорохином (ХЛХ), гидроксихлорохином (ГХЛХ) и мефлохином. Российским экспертным сообществом для медикаментозной профилактики COVID-19 у взрослых рассматривается возможность интраназального введения рекомбинантного интерферона альфа.

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

3.1. Организационные аспекты проведения диспансерного наблюдения

3.1.1. Общие положения

Помимо непосредственного воздействия, пандемия COVID-19 оказывает серьезное влияние на систему здравоохранения и состояние здоровья людей.

Все страны отмечают снижение числа диагностических процедур, плановых операций и других видов профилактической и лечебной помощи. Например, согласно отчету Epic Health Research Network, частота проведения обследований на выявление рака молочной железы, шейки матки и толстой кишки сократилась на 86–94% по сравнению с предыдущими годами. Если эта тенденция сохранится, отсроченный скрининг и диагностика могут привести к более поздней диагностике этих видов рака и, как следствие, увеличению частоты более поздних форм болезни и смертности.

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

В условиях пандемии быстрое внедрение дистанционных технологий обусловлено:

- необходимостью снижения риска распространения инфекции (риск выше при прямом контакте медицинских сотрудников и пациентов);
- высокой потребностью в ресурсах системы здравоохранения и дефицитом СИЗ;

- высоким риском внутрибольничной инфекции (это особенно важно при ослабленной иммунной системе пациентов с ХНИЗ);
- необходимостью сохранения диспансерного наблюдения, прежде всего, больных высокого риска развития осложнений (риск увеличения числа госпитализаций и смертности).

Таким образом:

- Плановое посещение медицинских учреждений во время пандемии COVID-19 следует отложить.
- Учитывая высокую контагиозность возбудителя, значительную нагрузку на врачей первичного звена в период эпидемии, целесообразным является широкое применение дистанционных технологий амбулаторной тактики ведения пациентов с ХНИЗ в условиях пандемии COVID-19.
- Телемедицинское консультирование (аудио- или видео-контакты) проводят участковые врачи. При необходимости могут привлекаться врачи кабинетов (отделений) медицинской профилактики, средний медицинский персонал, страховые представители, которые должны передавать информацию участковому врачу, при возможности — врачи кабинетов высокого риска. Также по направлению лечащего врача к выполнению данных функций могут быть привлечены специализированные медицинские организации (центры дистанционного наблюдения), непосредственно осуществляющие дистанционное наблюдение соответствующих показателей здоровья, которые должны передавать информацию участковому (лечащему) врачу.

Таблица 1. Возможные схемы проведения медикаментозной профилактики

Группа	Рекомендованная схема
Здоровые лица и лица из группы риска (старше 60 лет или с сопутствующими хроническими заболеваниями)	Рекомбинантный интерферон альфа: капли или спрей в каждый носовой ход 5 раз в день, до 1 месяца (разовая доза — 3000 МЕ, суточная доза — 15 000—18 000 МЕ), срок — 5 дней
Постконтактная профилактика у лиц при единичном контакте с подтвержденным случаем COVID-19	1. Гидроксихлорохин: 1-й день: 400 мг 2 раза (утро, вечер), далее по 400 мг 1 раз в неделю в течение 3 недель. 2. Мефлохин: 1-й и 2-й дни: 250 мг 2 раза (утро, вечер), 3-й день: 250 мг в сутки, далее по 250 мг 1 раз в неделю в течение 3 недель
Профилактика COVID-19 у лиц, находящихся в очаге заражения	1. Гидроксихлорохин: 1-й день: 400 мг 2 раза с интервалом 12 ч, далее по 400 мг 1 раз в неделю в течение 8 недель. 2. Мефлохин: 1-й и 2-й дни: 250 мг 2 раза с интервалом 12 ч, 3-й день: 250 мг в сутки, далее по 250 мг 1 раз в неделю в течение 8 недель

- Учитывая высокий риск увеличения числа госпитализаций и смертности в группе больных высокого риска развития осложнений в связи с ХНИЗ, целесообразно особое внимание уделить данной группе пациентов. Для дистанционного диспансерного наблюдения больных высокого риска развития осложнений в связи с ХНИЗ целесообразно создать на базе медицинских организаций субъектов Российской Федерации, осуществляющих диспансерное наблюдение, функциональных направлений (отдельных структур), за которыми закрепляются врачи-терапевты, врачи общей практики (семейные врачи), врачи-кардиологи, непосредственно осуществляющие диспансерное наблюдение с использованием телемедицинских технологий, с нормативом прикрепления 2000—3000 тыс. больных на одного врача.
- При проведении дистанционного консультирования целесообразно использовать чек-листы, однако вопросы могут быть дополнены с учетом клинической ситуации.
- Коррекция назначенного лечения (лекарственной терапии) осуществляется дистанционно, включая выписку электронного рецепта на лекарственные препараты.
- Выполнение плановых исследований следует отложить, если в этом нет острой необходимости.
- Периодичность дистанционного диспансерного наблюдения определяется индивидуально, зависит от течения заболевания, необходимости коррекции терапии, но частота диспансерных осмотров должна быть не реже частоты, обозначенной в «Порядке проведения диспансерного наблюдения за взрослыми», утвержденном приказом Минздрава России от 29.03.19 №173н.
- По результатам дистанционного консультирования должна заполняться «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (форма №030/у).
- Если у пациента возникла необходимость в получении дополнительной консультации у участкового врача, он должен сообщить об этом в колл-центр или регистратуру соответствующего учреждения, оказывающего первичную медико-санитарную помощь.

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

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

1. Высокий риск осложненного течения COVID-19 у пациента или проживающих вместе с ним лиц — независимо от тяжести течения заболевания:

- 1.1. Наличие у пациента хронической сердечной недостаточности (ХСН), СД, БА, ХОБЛ, а также иных хронических бронхолегочных заболеваний.
- 1.2. Возраст пациента старше 65 лет.
- 1.3. Беременность.
- 1.4. Невозможность отселения проживающих совместно с пациентом лиц, относящихся к вышеперечисленным группам риска (лица в возрасте старше 65 лет, а также лица, страдающие хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, беременные женщины).
2. Тяжелое/среднетяжелое состояние пациента:
 - 2.1. Угнетение сознания (нарушение или замедление глазодвигательных, двигательных, речевых реакций) или сильное эмоциональное возбуждение².
 - 2.2. Появление или усиление выраженности одышки при физической нагрузке.
 - 2.3. Температура тела >38 °С.
 - 2.4. ЧДД >22 уд/мин.
 - 2.5. Систолическое АД <90 мм рт.ст. или диастолическое АД <60 мм рт.ст.
 - 2.6. Олигурия или анурия (диурез <0,5 л/сут).
 - 2.7. Уровень насыщения крови кислородом SpO₂ <93—95%.
 - 2.8. Подтвержденная посредством компьютерной томографии (КТ) пневмония (рентгенологические признаки очаговой инфильтрации легочной ткани в отсутствие терапевтической альтернативы)³.
 - 2.9. СРБ сыворотки крови >10 мг/л.
3. Острые состояния, в частности:
 - 3.1. Подозрение на острый коронарный синдром (ОКС).
 - 3.2. Подозрение на тромбоэмболию легочной артерии (ТЭЛА).
 - 3.3. Подозрение на расслоение аорты.
 - 3.4. Подозрение на инсульт.
 - 3.5. Жизнеугрожающие тахи- и брадиаритмии.
 - 3.6. Гипертонический криз.
- Решение о необходимости госпитализации пациента принимается врачом на основании комплекса клинико-эпидемиологических данных. В сомнительных случаях приоритет отдается госпитализации пациента.

²У пациентов с тяжелой формой COVID-19 могут отмечаться другие симптомы поражения центральной и периферической нервной системы (головная боль, головокружение, атаксия, эпилептические приступы, гипосмия, офтальмопатия, невралгии, миалгии).

³Отсутствие характерных клинико-лабораторных признаков (лихорадка, кашель с мокротой, очаговая крепитация/мелкопузырчатые хрипы в легких, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука, лейкоцитоз >10·10⁹/л и/или палочкоядерный сдвиг >10%) не исключает диагноз пневмонии. Тем не менее необходима проверка терапевтической альтернативы, в частности ТЭЛА, требующей маршрутизации пациента в специализированные отделения.

- К признакам COVID-19 легкой степени тяжести, не требующей обязательной госпитализации, относятся температура тела ниже 38 °С, кашель, слабость, боли в горле в отсутствие хотя бы одного критерия среднетяжелого или тяжелого течения.
- Маршрутизация пациентов по поводу обострений и осложнений сердечно-сосудистых, в том числе неврологических, и эндокринных заболеваний осуществляется в профильные отделения с соблюдением правил организации медицинской помощи в условиях пандемии COVID-19.
- Плановую госпитализацию во время пандемии COVID-19 целесообразно отложить.

Порядок действий в случае принятия решения о госпитализации:

1. Получить согласие пациента на госпитализацию.
2. Вызвать бригаду скорой медицинской помощи.
3. Сообщить диспетчеру о случае COVID-19 и решении о госпитализации пациента.
4. Сообщить руководителю медицинской организации о случае COVID-19 и решении о госпитализации.
5. При тяжелом состоянии больного дожидаться приезда бригады скорой помощи.

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

3.2.1. Особенности ведения пациентов с ССЗ, находящихся на амбулаторном лечении по поводу COVID-19, в том числе после выписки из стационара, а также диспансерное наблюдение в условиях пандемии COVID-19 [1]

- Пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) чаще инфицируются SARS-CoV-2, особенно пожилого и старческого возраста.
- Наличие ССЗ ассоциировано с более высоким риском осложнений при присоединении инфекции.
- Целесообразно организовать наблюдение пациентов с ССЗ в кабинетах высокого риска, помощь в которых может оказывать врач-кардиолог или врач-терапевт, обладающий широким опытом ведения пациентов с кардиологической патологией.
- Наблюдение пациентов с АГ с высоким риском развития осложнений рекомендуется проводить с использованием дистанционных технологий, в том числе дистанционного мониторинга артериального давления.
- Необходимо рассмотреть более широкое внедрение выписки электронных рецептов, а также воз-

можность расширения круга лиц, получающих бесплатное лекарственное обеспечение.

- У пациентов с COVID-19 могут развиваться нарушения системы гемостаза вследствие прокоагулянтного эффекта воспаления, что повышает риск тромботических осложнений и определяет необходимость использования антитромботических препаратов [2].

У всех пациентов с COVID-19 рекомендуется определять уровень D-димера в крови, протромбинового времени, фибриноген и выполнять развернутый общий анализ крови с оценкой количества тромбоцитов в динамике. Предлагается считать, что у больных COVID-19 уровень D-димера в крови, в 3–4 раза превышающий верхнюю границу нормы, указывает на повышенный риск тромбоза глубоких вен нижних конечностей (ТГВ) или ТЭЛА, при этом следует рассмотреть целесообразность госпитализации, даже если пока нет других тяжелых проявлений COVID-19 [3]. Международное общество специалистов по тромбозу и гемостазу рекомендует врачам-терапевтам включать в схему терапии профилактическую дозу низкомолекулярных гепаринов (НМГ) (или нефракционированный гепарин, или фондапаринукс) у всех пациентов, которые требуют госпитализации в связи с COVID-19-инфекцией, в отсутствие противопоказаний (активное кровотечение и количество тромбоцитов $>25 \cdot 10^9/\text{л}$) [4]. После выписки из стационара пациентам с сохраняющимися факторами риска ТГВ/ТЭЛА (в частности, при наличии ограниченной подвижности, венозных тромбоэмболических осложнений в анамнезе, активного злокачественного новообразования, тяжелой ХСН, ожирения, а также повышенного уровня D-димера при выписке, как минимум в 2 раза превышающего верхнюю границу нормы) может быть рекомендовано продлить до 45 дней применение профилактических доз антикоагулянтов (эноксапарин 40 мг подкожно, или ривароксабан 10 мг 1 раз в сутки, или апиксабан 2,5 мг 2 раза в сутки) [5].

Если больные COVID-19 не были госпитализированы и находятся на амбулаторном лечении, то с учетом особенностей патогенеза COVID-19 им также должна проводиться профилактика ТГВ/ТЭЛА при высоком риске венозных тромбоэмболических осложнений и низком риске кровотечений (если, конечно, пациенты не получают антикоагулянты по другим показаниям). Для определения показаний к профилактике ТГВ/ТЭЛА в таких случаях можно использовать шкалу PADUA, предназначенную для госпитализированных нехирургических больных (табл. 2) [6].

В амбулаторных условиях следует рассматривать прежде всего подкожное введение профилактических доз НМГ, можно обсуждать также применение ривароксабана 10 мг 1 раз в сутки или апиксабана 2,5 мг 2 раза в сутки, хотя их эффективность при COVID-19 не изучалась. Всем пациентам с COVID-19, которые

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

Критерии целесообразности госпитализации пациента с диагностированными COVID-19 и ХНИЗ	Есть/нет
ХСН	
СД	
Хронические респираторные заболевания (БА, ХОБЛ и др.)	
Возраст старше 65 лет	
Беременность	
Проживание совместно с пациентом лиц из вышеперечисленных групп риска (при невозможности их отселения)	
Угнетение сознания или сильное эмоциональное возбуждение	
Появление/усиление одышки при физической нагрузке	
Температура тела $>38^{\circ}\text{C}$	
ЧДД >22 уд/мин	
САД <90 мм рт.ст. или ДАД <60 мм рт.ст.	
Олигурия или анурия (диурез $<0,5$ л/сут)	
SpO_2 $<93-95\%$	
Подтвержденная посредством КТ пневмония	
СРБ сыворотки крови >10 мг/л	
Острое состояние/обострение ХНИЗ, требующее госпитализации вне зависимости от наличия COVID-19	

Примечание. Наличие хотя бы одного критерия из перечисленных является показанием к рассмотрению вопроса о госпитализации пациента. Окончательное решение принимается врачом на основании комплекса клинико-эпидемиологических данных.

лечатся дома, необходимо рекомендовать избегать длительного постельного режима.

- Пациенты, инфицированные COVID-19, должны продолжить лечение, назначенное по поводу ССЗ. Обращаем внимание, что в настоящее время нет доказательств рисков, ассоциированных с приемом сердечно-сосудистых препаратов и вероятностью заражения коронавирусной инфекцией. Вместе с тем может потребоваться коррекция терапии в связи с кардиотоксическими эффектами противовирусных препаратов и возможными лекарственными взаимодействиями (табл. 3).
- Необходимо учитывать, что ХЛХ и ГХЛХ могут способствовать удлинению интервала QT на ЭКГ, особенно при одновременном приеме с препаратом, удлиняющим QT или способствующим повышению концентрации ХЛХ или ГХЛХ, следствием чего может быть развитие **желудочковой тахикардии «пируэт» с трансформацией в фибрилляцию желудочков**. В связи с этим врач-терапевт должен осуществлять мониторинг QT у всех пациентов, имеющих ССЗ, которым назначен ХЛХ или ГХЛХ. ЭКГ выполняется перед началом лечения, контроль 1 раз в 5 дней. **Для оценки риска удлинения интервала QT терапевт должен использовать шкалу риска Tisdale JE (табл. 4) [7].**
- Более опасной является комбинация ГХЛХ с азитромицином, т.к. может повышать риск возникновения тяжелых аритмий из-за синергетического воздействия препаратов на продолжительность интервала QT. Учитывая высокие риски и необходимость ежедневного контроля ЭКГ, не следует назначать комбинацию ГХЛХ с азитромицином пациентам с ССЗ и COVID-19 в амбулаторных условиях. Крайне осторожно следует применять

ГХЛХ и с левофлоксацином, моксифлоксацином, ципрофлоксацином, кларитромицином, что также связано с аддитивным влиянием препаратов на интервал QT и риском развития желудочковой тахикардии «пируэт» [7].

- Рекомендовано отложить любое исследование, которое напрямую не повлияет на выбор тактики ведения пациента.
- Решение о выполнении исследования должно основываться на индивидуальной оценке риска с учетом клинического статуса пациента. Предпочтительно выполнять исследования дистанционно. По возможности печать ЭКГ осуществлять с внутреннего монитора.
- Не рекомендовано рутинное выполнение ЭхоКГ в условиях пандемии COVID-19. Проводить только по показаниям, при условии, что результаты исследования обеспечат клиническую пользу.

3.2.2. Стабильная ишемическая болезнь сердца

Пациенты с хронической ИБС составляют группу риска тяжелого течения COVID-19 и смерти, а также обострения ранее стабильного течения ИБС. Оптимальным является наблюдение таких пациентов в кабинете высокого риска.

Тактика ведения в амбулаторных условиях:

- У пациентов с ИБС высок риск разрыва атеросклеротической бляшки при вирус-индуцированном воспалении, поэтому рекомендуется продолжить прием препаратов, стабилизирующих бляшки (статины, антиагреганты, блокаторы ренин-ангиотензиновой системы, бета-адреноблокаторы).
- При коронавирусной инфекции положительный клинический эффект статинов связан с их pleiotropic действием (снижением выраженности вос-

Таблица 2. Шкала Padua оценки риска венозных тромбоэмболических осложнений

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

Примечание. При сумме баллов >4 риск венозных тромбоэмболических осложнений считается высоким и показана их профилактика антикоагулянтами. ИМТ — индекс массы тела

Таблица 3. Применение лекарственных препаратов для лечения ССЗ с учетом назначения противовирусных препаратов (адаптировано из The Liverpool Drug Interaction Group [7])

Препарат	Лопинавир + ритонавир	Хлорохин (ХЛХ)	Гидроксихлорохин (ГХЛХ)
Блокаторы рецепторов к ангиотензину (БРА)			
Валсартан	Не желательно (↑)	Разрешен	Разрешен
Кандесартан	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Ирбесартан	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Лосартан	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Телмисартан	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Олмесартан	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ)			
Каптоприл	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Эналаприл	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Фозиноприл	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Периндоприл	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Лизиноприл	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Рамиприл	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Трандолаприл	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Квинаприл	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Беназеприл	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Блокаторы кальциевых каналов			
Амлодипин	Не желательно (↑♥)	Разрешен	Разрешен
Дилтиазем	Не желательно (↑♥)	Разрешен	Разрешен
Фелодипин	Не желательно (↑♥)	Разрешен	Разрешен
Никардипин	Не желательно (↑♥)	Разрешен	Разрешен
Нифедипин	Не желательно (↑♥)	Разрешен	Разрешен
Нитрендипин	Не желательно (↑♥)	Разрешен	Разрешен
Дилтиазем	Не желательно (↑♥)	Разрешен	Разрешен
Лерканидипин	Запрещен (↑)	Разрешен	Разрешен
Лацидипин	Не желательно (↑♥)	Разрешен	Разрешен
Бета-адреноблокаторы			
Бисопролол	Не желательно (↑♥)	Разрешен	Разрешен
Карведилол	Не желательно (↓↑♥)	Разрешен	Разрешен
Метопролол	Не желательно (↑♥)	Не желательно	Не желательно
Небиволол	Не желательно (↑♥)	Не желательно	Не желательно
Пропранолол	Не желательно (↑♥)	Не желательно	Не желательно
Диуретики			
Индапамид	Не желательно (↑)	Разрешен	Разрешен
Эплеренон	Запрещен (↑)	Разрешен	Разрешен

Окончание таблицы см. на след. странице

Таблица 3. Применение лекарственных препаратов для лечения ССЗ с учетом назначения противовирусных препаратов (адаптировано из The Liverpool Drug Interaction Group [7]) (Окончание)

Препарат	Лопинавир + ритонавир	Хлорохин (ХЛХ)	Гидроксихлорохин (ГХЛХ)
Хлорталидон	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Гидрохлортиазид	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Фуросемид	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Торасемид	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Спиринолактон	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Антиангинальные препараты			
Изосорбида диниат	Не желательно (↑)	Разрешен	Разрешен
Ивабрадин	Запрещен (↑)	Не желательно (♥)	Не желательно (♥)
Ранолазин	Запрещен (↑)	Не желательно (♥)	Не желательно (♥)
Альфа-адреноблокаторы			
Доксазозин	Не желательно (↑)	Разрешен	Разрешен
Празозин	Не желательно (↑)	Разрешен	Разрешен
Теразозин	Не желательно (↑)	Разрешен	Разрешен
Гиполипидемические препараты			
Симвастатин	Запрещен (↑)	Разрешен	Разрешен
Ловастатин	Запрещен (↑)	Разрешен	Разрешен
Аторвастатин	Не желательно (↑490%)	Разрешен	Разрешен
Розувастатин	Не желательно (↑108%)	Разрешен	Разрешен
Эволокумаб	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Эзетимиб	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Питавастатин	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Правастатин	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Фенофибрат	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Гемфиброзил	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Антиаритмические препараты			
Амиодарон	Запрещен (↑♥)	Запрещен (↑♥)	Запрещен (↑♥)
Бепридил	Запрещен (↑♥)	Запрещен (↑♥)	Запрещен (↑♥)
Дизопирамид	Запрещен (↑♥)	Не желательно (♥)	Не желательно (♥)
Дофетилид	Запрещен (↑♥)	Не желательно (♥)	Не желательно (♥)
Флекаинид	Запрещен (↑♥)	Запрещен (↑♥)	Запрещен (↑♥)
Лидокаин	Не желательно (↑)	Разрешен	Разрешен
Мексилетин	Не желательно (↑)	Запрещен (↑♥)	Запрещен (↑♥)
Пропафенон	Не желательно (↑)	Не желательно (♥)	Не желательно (♥)
Хинидин	Не желательно (↑)	Не желательно (♥)	Не желательно (♥)
Антикоагулянты			
Апиксабан	Запрещен (↑♥)	Разрешен	Разрешен
Ривароксабан	Запрещен (↑♥)	Разрешен	Разрешен
Эдоксабан	Не желательно (↑)	Не желательно (↑)	Не желательно (↑)
Дабигатран	Не желательно (↓)	Не желательно (↑)	Не желательно (↑)
Варфарин	Не желательно (↓)	Разрешен	Разрешен
Дальтепарин	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Эноксапарин	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Фондапаринукс	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Гепарин	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Антиагреганты			
Клопидогрел	Запрещен (↓)	Разрешен	Разрешен
Тикагрелор	Запрещен (↑)	Разрешен	Разрешен
Аспирин	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Прасургрел	Разрешен	Разрешен	Разрешен
Другие препараты			
Дигоксин	Не желательно (↑♥)	Не желательно (↑)	Не желательно (↑)
Сакубитрил- Валсартан	Не желательно (↑♥)	Разрешен	Разрешен
Стрептокиназа	Разрешен	Разрешен	Разрешен

Примечание. Запрещен — препараты не должны использоваться совместно; не желательно — потенциальное взаимодействие, которое может потребовать регулировки доз или тщательный мониторинг; ↑↓ — потенциальное повышение или снижение эффекта препарата; ♥ — один или оба препарата могут вызвать удлинение интервалов PR и/или QT на ЭКГ.

Таблица 4. Оценка риска пролонгации QTc, связанной с препаратами

Фактор риска	Баллы
Возраст ≥ 68 лет	1
Женский пол	1
Петлевой диуретик	1
$K^+ \leq 3,5$ мэкв/л	2
Исходный QTc ≥ 450 мс	2
Острый инфаркт миокарда	2
QTc-продолжающие препараты (по 3 балла за каждый препарат)	3
Сепсис	3
ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка	3

Примечание. До 6 баллов — риск считается низким, 7–10 баллов — риск умеренный, 11 и больше баллов — риск высокий.

паления, риска тромбообразования, восстановлением функции эндотелия, иммуномодулирующим действием), поэтому в рекомендациях по лечению COVID-19 отмечается важность применения статинов у пациентов, инфицированных SARS-CoV-2. Необходимо продолжить прием статинов пациентам с COVID-19, которым они были назначены ранее, или возобновить прием статинов пациентам, имеющим показания для назначения этих препаратов.

- При назначении противовирусных препаратов (лопинавир/ритонавир, ХЛХ, ГХЛХ) необходимо оценить прием всех рекомендованных препаратов с учетом риска лекарственных взаимодействий, при необходимости провести коррекцию терапии (табл. 2, 3).
- Продолжить прием аспирина, который разрешен к применению в сочетании как с ХЛХ, ГХЛХ, так и с лопинавиром/ритонавиром. При необходимости назначения ингибитора Р2У12 на период противовирусной терапии препаратом выбора является прасугрел [5, 7].
- В связи с отсутствием достоверных данных о длительности сохранения более высокого риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с ССЗ, перенесших COVID-19, следует определить следующую кратность диспансерного наблюдения: 1 раз в месяц в течение 3 мес, далее 1 раз в 3 месяца до года.

3.2.3. Артериальная гипертензия

Тактика ведения пациентов в амбулаторных условиях:

- Коррекция АГ у больных COVID-19 проводится, исходя из общих клинических рекомендаций.
- Следует избегать избыточного снижения АД, особенно $< 110/70$ мм рт.ст.
- Поскольку не установлен целевой уровень АД для больных COVID-19, следует использовать стандартные целевые уровни АД для пациентов с учетом возраста и коморбидной патологии.

— В связи с важностью применения статинов у пациентов, инфицированных SARS-CoV-2, продолжить прием статинов пациентам с АГ, которым они были назначены по соответствующим показаниям (высокий или очень высокий риск). Пациентам с COVID-19 при наличии показаний назначить статины, если они не были назначены ранее. При назначении статинов учитывать межлекарственные взаимодействия с противовирусными препаратами (табл. 3).

- Учитывая накопленный опыт дистанционного наблюдения больных артериальной гипертензией, являющейся главным фактором развития инфарктов, инсультов и других сердечно-сосудистых осложнений, целесообразно предоставление больным высокого риска развития осложнений в связи с АГ персональных медицинских изделий (телемедицинских тонометров), обеспечивающих беспроводную передачу данных о результатах диагностики в медицинскую организацию. Предоставление пациенту телемедицинского тонометра может быть обеспечено посредством курьерской доставки, с привлечением волонтеров, а также медицинскими работниками при оказании больному медицинской помощи при обострении заболеваний (при обращении в медицинскую организацию, при оказании медицинской помощи на дому, при выписке из стационара, при оказании скорой помощи). Рекомендации по проведению дистанционного наблюдения больных артериальной гипертензией представлены в «Методических рекомендациях по организации дистанционного наблюдения больных артериальной гипертензией (г. Москва, 2019 г., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России).

3.2.4. Сердечная недостаточность

Общие рекомендации по тактике ведения [1]:

- Пациенты с ХСН составляют группу риска тяжелого течения COVID-19 и осложнений, поэтому оптимальным является организация наблюдения таких пациентов в кабинете высокого риска.
- Необходимо учитывать, что лихорадка любого происхождения существенно влияет на водно-солевой обмен и увеличивает нагрузку на сердце.
- Лечебная тактика в случае появления лихорадки:**
- Парацетамол является предпочтительным жаропонижающим.
- Необходимо ежедневно контролировать объем выпитой и выделенной жидкости и массу тела пациента, измерять АД сидя и стоя.
- Резкое сокращение приема жидкости ($< 1,5$ л) при лихорадке у больного ХСН нецелесообразно, од-

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

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Жалобы на боли за грудиной или в области сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, интенсивность, длительность, частоту, иррадиацию боли. Оценить динамику. Оценить необходимость выполнения ЭКГ Коррекция терапии*
Жалобы на одышку	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить выраженность одышки. Оценить динамику. Коррекция терапии*
Жалобы на приступы учащенного сердцебиения, перебои в работе сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, длительность, частоту аритмии Оценить необходимость выполнения ЭКГ Коррекция терапии*
Другие жалобы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить, какие
АД (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
ЧСС	Повышено/понижено	Коррекция терапии*
Переносимость лекарственной терапии	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышена/понижена	Коррекция терапии*
Приверженность приему препаратов	Хорошая	Продолжить терапию
	Побочные эффекты	Уточнить, какие. Коррекция терапии, если необходима
Пациент получает противовирусные препараты по поводу COVID-19	Высокая	Продолжить терапию
	Средняя Низкая	Выяснить причину, провести беседу, повысить мотивацию
На фоне противовирусной терапии жалобы на ощущение сердцебиения, боли и дискомфорт в области сердца, эпизоды слабости и головокружения, синкопальные состояния	Нет	Продолжить терапию
	Да	Внеочередной контроль ЭКГ, показана госпитализация
Выполнение рекомендаций по немедикаментозным методам лечения (диета, физическая активность)	Да	Продолжить лечение
	Нет	Уточнить причину, дать рекомендации

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

нако употреблении объема более 2 л может привести к нарастанию застоя.

- При значительном потоотделении, одышке целесообразно увеличить употребление жидкости, а дозу диуретика корректировать в зависимости от выраженности застоя или гиповолемии.
- Повышение объема потребляемой жидкости и/или возрастающая доза диуретиков могут способствовать развитию гипонатриемии, поэтому рекомендовано контролировать содержание натрия в крови.

Тактика в случае нарастания одышки у больного ХСН при подозрении на инфекцию COVID-19 [1]:

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

Необходимы:

- тщательный сбор эпидемиологического анамнеза;

— выявление лихорадки и оценка респираторных симптомов (ринит, увеличение частоты дыхательных движений, кашель, хрипы);

— рентгенография легких в двух проекциях, или ультразвуковое исследование легких, или КТ органов грудной клетки;

— оценка маркеров воспаления (С-реактивного белка) и развернутого клинического анализа крови (лимфоцитопения или лейкоцитоз);

— ЭхоКГ.

Оценка уровня NT-proBNP

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

- NT-proBNP ≥ 2000 пг/мл — наивысший риск; приоритет для очного осмотра и госпитализации;

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

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
АД (оценить в динамике по данным дневника пациента или удаленного мониторинга АД для лиц очень высокого риска)	В целевом диапазоне Повышено/понижено	Продолжить терапию Коррекция терапии*
ЧСС	В целевом диапазоне Повышена/понижена	Продолжить терапию Коррекция терапии
Жалобы на боли в области сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, интенсивность, длительность, частоту, иррадиацию боли. Оценить необходимость выполнения ЭКГ. Коррекция терапии*
Жалобы на приступы учащенного сердцебиения, перебои в работе сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, длительность, частоту аритмии. Оценить необходимость выполнения ЭКГ. Коррекция терапии*
Другие жалобы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить, какие
Переносимость лекарственной терапии	Хорошая	Продолжить терапию
	Побочные эффекты	Уточнить, какие. Коррекция терапии, если необходима
Приверженность приему препаратов	Высокая	Продолжить терапию
	Средняя	Выяснить причину, провести беседу, повысить мотивацию
	Низкая	
Пациент получает противовирусные препараты по поводу COVID-19	Нет	Продолжить терапию
	Да	Оценить возможные лекарственные взаимодействия с препаратами, применяемыми для лечения АГ, при необходимости — коррекция терапии
На фоне противовирусной терапии жалобы на ощущение сердцебиения, боли и дискомфорт в области сердца, эпизоды слабости и головокружения, синкопальные состояния	Нет	Продолжить терапию
	Да	Внеочередной контроль ЭКГ, показана госпитализация
Выполнение рекомендаций по немедикаментозным методам лечения (диета, физическая активность)	Да	Продолжить лечение
	Нет	Уточнить причину, дать рекомендации

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

— $400 \leq \text{NT-proBNP} < 2000$ пг/мл — пациенты с промежуточным риском, могут нуждаться в заочном консультировании и проведении ЭхоКГ по возможности.

Лекарственная терапия при стабильном течении ХСН:

- Необходимо продолжить прием всех рекомендованных препаратов. В настоящее время нет доказательств о рисках применения иАПФ и БРА при инфицировании SARS-CoV-2.
- Не обоснована отмена базовой медикаментозной терапии (иАПФ или антагонистов рецепторов неприлизина (АРНИ), или БРА) в комбинации с бета-адреноблокаторами, антагонистами минералокортикоидных рецепторов и диуретиками при необходимости) у больного стабильной ХСН или у пациента с легкими формами COVID-19 (без поражения легких). Возможна коррекция терапии на период назначения про-

тивовирусных препаратов с учетом риска лекарственных взаимодействий и побочных эффектов (табл. 3, 4).

3.2.5. Фибрилляция и (или) трепетание предсердий

Общие рекомендации по тактике ведения пациентов с COVID-19 и фибрилляцией предсердий (ФП) или трепетанием предсердий (ТП):

- При выборе противовирусных препаратов в связи с COVID-19 пациентам с ФП или ТП необходимо учитывать, что сочетание лопинавира/ритонавира запрещено с такими антиаритмическими препаратами, как амиодарон, флекаинид, а также нежелательно применение с пропafenоном и бета-адреноблокаторами. Применение дигоксина нежелательно ни с лопинавиром/ритонавиром, ни с ХЛХ и ГХЛХ. Назначение ХЛХ и ГХЛХ разрешено с би-

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

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Жалобы на боли в области сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, интенсивность, длительность, частоту. Оценить динамику. Оценить необходимость выполнения ЭКГ
Жалобы на одышку	Нет	Продолжить терапию
	При нагрузке В покое	Оценить динамику Коррекция терапии*
Жалобы на приступы учащенного сердцебиения, перебои в работе сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, длительность, частоту аритмии. Оценить необходимость выполнения ЭКГ. Коррекция терапии*
Ортопноэ	Нет	Продолжить терапию
	Да	Коррекция терапии*
В каком положении больной находится в постели	Горизонтально	Продолжить терапию
	С приподнятым головным концом (2 подушки)	Оценить динамику. Коррекция терапии*
	Сидя	Коррекция терапии*
Изменился ли за последнюю неделю вес	Нет	Продолжить терапию
	Увеличился	Уточнить вес, оценить признаки застоя
Отеки на голенях и/или стопах	Нет	Продолжить терапию
	Да	Коррекция терапии с учетом выраженности отеков
Температура	Нет	Продолжить терапию
	Да	Подозрение на COVID-19, тестирование
Респираторные симптомы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Подозрение на COVID-19, тестирование
Другие жалобы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить, какие
АД (оценить в динамике по данным дневника пациента)	>120 мм рт.ст.	Продолжить терапию
	100—120 мм рт.ст.	Коррекция терапии*
	<100 мм рт.ст.	Коррекция терапии*, оценить показания для госпитализации
ЧСС	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышена/понижена	Коррекция терапии*
Переносимость лекарственной терапии	Хорошая	Продолжить терапию
	Побочные эффекты	Уточнить, какие. Коррекция терапии, если необходима
Приверженность приему препаратов	Высокая	Продолжить терапию
	Средняя	Выяснить причину, провести беседу, повысить мотивацию
	Низкая	
Пациент получает противовирусные препараты ХЛХ или ГХЛХ по поводу COVID-19	Нет	Продолжить терапию
	Да	Мониторинг интервала QT на ЭКГ перед началом лечения, контроль 1 раз в 5 дней. Оценить риск удлинения интервала QT по шкале риска Tisdale JE (табл. 4)
Выполнение рекомендаций по немедикаментозным методам лечения (диета, физическая активность)	Да	Продолжить лечение
	Нет	Уточнить причину, дать рекомендации

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

сопрололом и карведилолом, в связи с этим следует пересмотреть терапию для контроля ритма или контроля ЧСС на период лечения COVID-19 (табл. 3).
— При назначении противовирусной терапии пациентам, исходно получающим пероральные

антикоагулянты (ПОАК), терапевт должен заменить их на НМГ в лечебных дозах в связи со значимыми лекарственными взаимодействиями ПОАК с противовирусными препаратами (табл. 3).

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

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Жалобы на приступы учащенного сердцебиения	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер и длительность аритмии. Оценить необходимость выполнения ЭКГ. Коррекция терапии*
Жалобы на одышку	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить выраженность одышки. Оценить динамику. Коррекция терапии*
Жалобы на боли в области сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, интенсивность, длительность, частоту. Оценить динамику. Оценить необходимость выполнения ЭКГ. Коррекция терапии*
Другие жалобы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить, какие
АД (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышено/понижено	Коррекция терапии*
Сохраняется ли синусовый ритм (оценить при персистирующей или пароксизмальной формах ФП)	Да	Продолжить терапию
	Нет	Оценить необходимость выполнения ЭКГ или суточного ЭКГ мониторингования. Коррекция терапии*
ЧСС	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
	Повышена/понижена	Коррекция терапии*
Частота пульса (для пациентов с постоянной формой ФП)	Соответствует ЧСС	Продолжить терапию
	Меньше, чем ЧСС	Оценить наличие и выраженность дефицита пульса. Коррекция терапии при необходимости*
Переносимость лекарственной терапии	Хорошая	Продолжить терапию
	Побочные эффекты	Уточнить, какие. Коррекция терапии, если необходима
Приверженность приему препаратов	Высокая	Продолжить терапию
	Средняя	Выяснить причину, провести беседу, повысить мотивацию
	Низкая	
Пациент получает противовирусные препараты по поводу COVID-19	Нет	Продолжить терапию
	Да	Оценить возможные лекарственные взаимодействия с препаратами, применяемыми для лечения ФП или ТП, коррекция терапии при необходимости*
Пациент получает противовирусные препараты ХЛХ или ГХЛХ по поводу COVID-19	Нет	Продолжить терапию
	Да	Мониторинг интервала QT на ЭКГ перед началом лечения, контроль 1 раз в 5 дней. Оценить риск удлинения интервала QT по шкале риска Tisdale JE (табл. 4)

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

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

— Необходимо учитывать возможные лекарственные взаимодействия антиаритмических препаратов с противовирусными препаратами и антибиотиками, применяемыми для лечения COVID-19, что в свою очередь может быть ассоциировано с развитием тахи- и/или брадиаритмий (табл. 4). В связи с этим на период противовирусной терапии в большинстве случаев требуется коррекция терапии.

— Если применение антиаритмических препаратов нежелательно с противовирусными препаратами (возможно повышение концентрации антиаритмиков в крови), но не запрещено (табл. 3), то при необходимости совместного применения терапию антиаритмическими препаратами следует начинать с $1/2$ терапевтической дозы и контролировать АД, ЧСС и параметры ЭКГ пациента.

— Эксперты рекомендуют избегать сочетания антиаритмических препаратов IA, IC, III класса с такими антибактериальными препаратами, как азитромицин, кларитромицин, эритромицин, ципрофлоксацин, левофлоксацин,

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

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Жалобы на приступы учащенного сердцебиения, перебои в работе сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, длительность и частоту аритмии. Оценить динамику симптомов. Оценить необходимость выполнения ЭКГ. Коррекция терапии*
Жалобы на одышку	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить выраженность одышки. Оценить динамику. Коррекция терапии*
Жалобы на боли в области сердца	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, интенсивность, длительность, частоту. Оценить динамику. Оценить необходимость выполнения ЭКГ. Коррекция терапии*
Другие жалобы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить, какие
АД (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
ЧСС	Повышено/понижено	Коррекция терапии*
	В целевом диапазоне	Продолжить терапию
Переносимость лекарственной терапии	Повышена/понижена	Коррекция терапии*
	Хорошая	Продолжить терапию
Приверженность приему препаратов	Побочные эффекты	Уточнить, какие. Коррекция терапии, если необходима
	Высокая	Продолжить терапию
Пациент получает противовирусные препараты по поводу COVID-19	Средняя	Выяснить причину, провести беседу, повысить мотивацию
	Низкая	Продолжить терапию
Пациент получает противовирусные препараты ХЛХ или ГХЛХ по поводу COVID-19	Нет	Продолжить терапию
	Да	Оценить возможные лекарственные взаимодействия с препаратами, применяемыми для лечения аритмии
На фоне противовирусной терапии жалобы на ощущение сердцебиения, боли и дискомфорт в области сердца, эпизоды слабости и головокружения, синкопальные состояния	Нет	Продолжить терапию
	Да	Мониторинг интервала QT на ЭКГ перед началом лечения, контроль 1 раз в 5 дней. Оценить риск удлинения интервала QT по шкале риска Tisdale JE (табл. 4)
	Нет	Продолжить терапию
	Да	Внеочередной контроль ЭКГ, показана госпитализация

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

моксифлоксацин, офлоксацин, метронидазол, пиперациллин, так как эти препараты способствуют удлинению интервала QT, что связано с повышением риска развития ЖТ по типу «пируэт» [7].

3.3. Диспансерное наблюдение пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения

Тактика ведения пациентов в амбулаторных условиях:

— С целью вторичной профилактики рекомендовано продолжить терапию антигипертензивными препаратами, антиагрегантами, стати-

нами с контролем достижения целевого диапазона АД, показателей липидного профиля (ХС-ЛНП).

— Пациентам с COVID-19 на период назначения противовирусных препаратов необходимо провести коррекцию терапии с учетом риска лекарственных взаимодействий и побочных эффектов (табл. 3, 4).

— Следует избегать избыточного снижения АД, особенно < 110/70 мм рт.ст.

— Поскольку не установлен целевой уровень АД для больных COVID-19, следует использовать стандартные целевые уровни АД с учетом возраста и перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения.

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

3.4.1. Общие положения

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

Необходимо минимизировать посещение пациентами медицинских организаций для уменьшения риска заражения COVID-19, в том числе для проведения диспансерного наблюдения:

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

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

В условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки целесообразно организовать диспансерное наблюдение дистанционно. Цель проведения дистанционного диспансерного наблюдения — мониторинг состояния здоровья пациента, выявление признаков декомпенсации, обострения заболевания, коррекция терапии.

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

медицинской организации первичного звена здравоохранения, оказании медицинской помощи в плановой, неотложной или экстренной форме.

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

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

3.4.2. Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)

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

- Действия в отношении пациента определяются регламентирующими документами Минздрава России, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации.
- При оценке степени тяжести течения COVID-19 следует учитывать, что у пациентов с тяжелой ХОБЛ при наличии дыхательной недостаточности показатели насыщения крови кислородом может быть изначально низкими ($SpO_2 \leq 93\%$), таким образом, риск тяжелого течения COVID-19 у пациентов с ХОБЛ тяжелого течения может рассматриваться при $SpO_2 \leq 88\%$.
- Все данные должны быть внесены в медицинскую карту. При последующем наблюдении оценивается респираторный статус пациента, уделяя особое внимание оценке новой или ухудшающейся одышке.
- Диспансерное наблюдение пациентов с ХОБЛ, перенесших COVID-19, осложненной пневмонией, осуществляется в соответствии с рекомендациями диспансерного наблюдения за пациентами с COVID-19 и пневмонией.
- Частота наблюдения определяется риском развития тяжелого течения (табл. 5), тяжестью респираторных симптомов, адекватностью пациентов и возможностями системы здравоохранения.
- Для большинства пациентов консультация рекомендуется на 4-е, 7-е и 10-е сутки от момента появления клиническим симптомов и первичной консультации.
- Для пациентов с высоким уровнем риска тяжелого течения заболевания рекомендуется повторная (и возможно последующие) консультация в течение 24 ч. К таким пациентам относятся:

1. Пациенты в возрасте ≥ 65 лет, у которых есть один или несколько дополнительных факторов риска тяжелого течения заболевания (табл. 5).

Чек-лист амбулаторного (дистанционного) наблюдения за пациентами, перенесшими острые нарушения мозгового кровообращения в условиях пандемии COVID-19

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
АД (оценить в динамике по данным дневника пациента)	В целевом диапазоне Повышено/понижено	Продолжить терапию Коррекция терапии*
ЧСС	В целевом диапазоне Повышена/понижена	Продолжить терапию Коррекция терапии
Жалобы на головные боли, головокружение	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить характер, длительность, частоту. Коррекция терапии*
Другие жалобы	Нет	Продолжить терапию
	Да	Уточнить, какие
Нарушения двигательной функции	Нет	Продолжить терапию
	Да	Оценить динамику
Нарушение речи	Нет	Продолжить терапию
	Да	Оценить динамику
Нарушение памяти	Нет	Продолжить терапию
	Да	Оценить динамику
Переносимость лекарственной терапии	Хорошая	Продолжить терапию
	Побочные эффекты	Уточнить, какие. Коррекция терапии, если необходима
Приверженность приему препаратов	Высокая	Продолжить терапию
	Средняя	Выяснить причину, провести беседу
	Низкая	
Пациент получает противовирусные препараты по поводу COVID-19	Нет	Продолжить терапию
	Да	Оценить возможные лекарственные взаимодействия с применяемыми препаратами
Пациент получает противовирусные препараты ХЛХ или ГХЛХ по поводу COVID-19	Нет	Продолжить терапию
	Да	Мониторинг интервала QT на ЭКГ перед началом лечения, контроль 1 раз в 5 дней. Оценить риск удлинения интервала QT по шкале риска Tisdale JE (табл. 4)
Выполнение рекомендаций по немедикаментозным методам лечения (диета, физическая активность)	Да	Продолжить лечение
	Нет	Уточнить причину, дать рекомендации

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

2. Любой пациент с умеренной или тяжелой одышкой на момент первоначальной оценки.

3. Пациент, который не может достоверно сообщить об ухудшении симптомов (субъективное мнение врача — при первичной консультации).

— При каждой дистанционной консультации рекомендуется оценивать респираторный статус пациента, уделяя особое внимание новым или ухудшающимся проявлениям одышки и гипоксемии. При их наличии/ухудшении требуется решать вопрос личного консультирования и потенциальной госпитализации.

— Очная консультация рекомендуется в тех случаях, когда у пациента есть жалобы, свидетельствующие о серьезных состояниях или осложнениях, которые не улучшились с момента первичного дистанционного консультирования. Например, есть подозрения, что у пациента развивается тяжелая внебольничная пневмония (например, появились продуктивный кашель, которого не было; дискомфорт в области грудной клетки, бо-

ли похожие на плевральные), обострение астмы или ХОБЛ (например, усиление одышки, кашля, хрипов), симптомы легочной эмболии (например, усиление одышки, кровохарканье), сердечной недостаточности (усиление одышки, появление/усиление отеков ног, ортопноэ) или острого перикардита (например, боль в груди).

Лечение ХОБЛ:

Пациенты с ХОБЛ должны продолжать регулярную терапию.

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

В соответствии с «Временными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции» (версия 6) имеются риски неблагоприятного лекарственного взаимодействия при этиотропной терапии COVID-19 и некоторых ИГКС (табл. 6).

В инструкции по применению лопинавира/ритонавира также имеется информация по взаимодействию с салметеролом: концентрации могут увеличиваться ввиду ингибирования СYP3A лопинавиром + ритонавиром. Комбинированное применение может увеличить риск развития нежелательных явлений со стороны сердечно-сосудистой системы, связанных с применением салметерола (который входит в состав комбинированных препаратов с флютиказоном), включая удлинение интервала QT, учащение сердцебиения и синусовую тахикардию. В связи с этим совместное применение препарата лопинавир + ритонавир и салметерола противопоказано.

- При лечении COVID-19 у пациентов с ХОБЛ следует мониторировать возможное возникновение побочных эффектов препаратов терапии ХОБЛ.
- Кислородотерапия при необходимости должна проводиться согласно стандартным рекомендациям.
- При развитии у пациента обострения ХОБЛ лечение проводится в зависимости от тяжести обострения. Вопрос усиления бронхолитической терапии, назначения ГКС и/или антибиотиков решается в зависимости от типа обострения и наличия критериев инфекционного обострения ХОБЛ. Госпитализация пациента показана при наличии тяжелого обострения.
- Необходимо информировать пациентов о симптомах COVID-19 и необходимости при их появлении (например, лихорадки, сухого кашля или миалгии), не начиная самостоятельно прием пероральных кортикостероидов и/или антибиотиков, вызвать врача на дом для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения пациента.
- Профилактический прием антибактериальных препаратов для снижения риска от COVID-19 не показан.
- Пациенты могут продолжать использование небулайзера, так как аэрозоль поступает из жидкости в распылительной камере и не повышает риск инфицирования окружающих и оборудования.
- Необходимо предупредить пациентов как можно чаще мыть руки и регулярно промывать ма-

ски для лица, мундштуки, пикфлоуметры жидкостью для мытья посуды или следовать инструкциям производителя.

- Необходимо предупредить пациентов о запрете использования ингаляторов другими членами семьи с целью профилактики распространения COVID-19.

3.4.3. Бронхиальная астма

Бронхиальная астма (БА), по мнению экспертов, не является высоким фактором риска для развития COVID-19. Однако тяжелая и неконтролируемая БА увеличивает риск тяжелого течения COVID-19. При пандемии COVID-19 пациенты с БА должны продолжить прием всех лекарственных препаратов для контроля БА, в том числе ингаляционные и системные глюкокортикостероиды, генно-инженерные биологические препараты. Это минимизирует риск обострений и, как следствие, контактов с медицинским персоналом и посещений медицинских организаций, что снижает риск инфицирования COVID-19.

В соответствии с «Временными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции» (версия 6) имеются риски неблагоприятного лекарственного взаимодействия при этиотропной терапии COVID-19 и некоторых ИГКС (табл. 6).

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

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

- Действия в отношении пациента определяются регламентирующими документами Минздрава России, органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации.
- При оценке степени тяжести течения COVID-19 следует учитывать, что у пациентов с тяжелой БА при наличии дыхательной недостаточности насы-

Таблица 5. Стратификация риска тяжелого течения COVID-19

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

шение крови кислородом изначально может быть низким ($SpO_2 \leq 93\%$).

- Диспансерное наблюдение пациентов с БА, перенесших COVID-19, осложненную пневмонией, осуществляется в соответствии с рекомендациями диспансерного наблюдения за пациентами с COVID-19 и пневмонией.
- При развитии у пациента обострения БА лечение проводится в зависимости от тяжести обострения. Вопрос усиления бронхолитической терапии, назначения СГКС решается в зависимости от тяжести обострения БА. Госпитализация пациента показана при наличии тяжелого обострения.
- Необходимо предупредить пациентов не начинать короткий курс пероральных ГКС и/или антибиотиков при появлении симптомов COVID-19 (например, лихорадки, сухого кашля или миалгии). В этом случае необходимо вызвать врача на дом для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения пациента.
- Пациенты могут продолжать использование небулайзера, т.к. аэрозоль поступает из жидкости в распылительной камере и не повышает риск инфицирования окружающих и оборудования.
- Необходимо предупредить пациентов как можно чаще мыть руки и регулярно промывать маски для лица, мундштуки, пикфлоуметры жидкостью для мытья посуды, следуя инструкциям производителя.
- Необходимо предупредить пациентов о запрете использования ингаляторов другими членами семьи с целью профилактики распространения COVID-19.

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

3.5.1. Предиабет

За пациентами с ранними нарушениями углеводного обмена должно быть установлено диспансер-

ное наблюдение, основной задачей которого является нормализация массы тела и уровня гликемии с целью предотвращения развития сахарного диабета 2-го типа. Кратность наблюдения и частота обследований не увеличиваются в период пандемии новой коронавирусной инфекции и проводятся, согласно графику диспансерных приемов. В отсутствие жалоб у пациента, если в соответствии с графиком диспансерного наблюдения наступил срок проведения перорального глюкозо-толерантного теста (ПГТТ), определения уровня гликированного гемоглобина (HbA_{1c}), — целесообразно перенести исследование на более поздний срок и провести его после снятия эпидемиологических ограничений. Возможно осуществление телефонного визита, в рамках которого необходимо провести опрос о состоянии пациента и информирование о необходимых мерах профилактики и алгоритме действий в случае появления симптомов ОРВИ (табл. 7).

При планировании алгоритма проведения диспансерного приема пациентов с предиабетом, находящихся на диспансерном наблюдении, можно условно разделить на две группы: 1) пациенты на диетотерапии; 2) пациенты, помимо немедикаментозных методов лечения, принимающие метформин. Пациентам первой группы необходимо дать рекомендации относительно ужесточения рекомендаций по питанию в условиях самоизоляции, исключения из рациона продуктов с высоким содержанием добавленных сахаров, жира и простых углеводов и строгого соблюдения рекомендуемой калорийности суточного рациона. С пациентами второй группы также необходимо провести беседу по поводу питания, но, кроме того, обязательно проинформировать их о необходимости отменить метформин под контролем лечащего врача, в случае тяжелого течения ОРВИ с подозрением на COVID-19 или подтвержденной новой коронавирусной инфекции.

Как известно, состояния, связанные с риском развития дегидратации и полиорганной недостаточности, в том числе тяжелые инфекционные заболевания, являются противопоказанием к применению метформина. Кроме того, препарат следует отменить

Таблица 6. Применение лекарственных препаратов для лечения ХОБЛ и БА с учетом назначения противовирусных препаратов (адаптировано из The Liverpool Drug Interaction Group [5])

Препарат	Лопинавир + ритонавир	Хлорохин (ХЛХ)	Гидроксихлорохин (ГХЛХ)
	Глюкокортикостероиды для местного применения		
Будесонид	Запрещено	Разрешено	Разрешено
Флутиказон	Запрещено	Разрешено	Разрешено
	Системные глюкокортикостероиды		
Триамцинолон	Запрещено	Разрешено	Разрешено

Примечание. Это связано с конкурентным взаимодействием с рецептором СYP3A4: Учитывая, что метаболизм лопинавира/ритонавира, триамцинолона, будесонида и флутиказона протекает с использованием цитохрома P450 3A, может наблюдаться повышение концентрации глюкокортикостероидов (ГКС) в плазме крови. Таким образом, совместное применение препарата лопинавир + ритонавир и указанных ГКС не рекомендуется, кроме случаев, когда потенциальная польза лечения превышает риск развития системных эффектов ГКС. Следует рассматривать снижение дозы ГКС с тщательным контролем местных и системных эффектов или переключение на ГКС, которые не являются субстратом СYP3A4 (например, беклометазон).

Чек-лист опроса пациента с ХОБЛ

Вопрос	Ответ	Алгоритм действий
Оценка текущего состояния		
Определение степени одышки по шкале mMRC		
1.1. Вы чувствуете одышку только при сильной физической нагрузке?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — 0
1.2. Вы задыхаетесь, когда быстро идете по ровной местности или поднимаетесь по пологому холму?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — 1-я степень
1.3. Из-за одышки Вы ходите по ровной местности медленнее, чем люди того же возраста, или у Вас останавливается дыхание, когда Вы идете по ровной местности в привычном для Вас темпе?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — 2-я степень
1.4. Вы задыхаетесь после того, как пройдете примерно 100 м, или после нескольких минут ходьбы по ровной местности?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — 3-я степень
1.5. У Вас слишком сильная одышка, чтобы выходить из дому, или Вы задыхаетесь, когда одеваетесь или раздеваетесь?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — 4 степень
2. Необходимо оценивать одышку и в момент общения с пациентом. Говорит он длинными предложениями, без затруднений. Или речь его фразами, или отдельными словами — т.е. одышкой не позволяет пациенту закончить предложение. Или можно услышать хрипы, которые есть у пациента при выраженной бронхиальной обструкции.	ДА/НЕТ	При ответе ДА — выяснение причин, опрос на наличие симптомов COVID-19, решение вопроса о наличии обострения/исключение других причин
3. При оценке степени одышки — уточнить, не произошло ли усиления ее за последний день, неделю		
4. Вы так затаили дыхание, что не можете сказать больше, чем несколько слов?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — исключение других причин, <i>усиление терапии</i>
5. Вы дышите тяжелее или быстрее, чем обычно, когда вообще ничего не делаете?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — исключение других причин, <i>усиление бронхолитической терапии</i>
6. Вы так больны, что перестали заниматься всеми своими обычными повседневными делами?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — исключение других причин, <i>усиление терапии</i>
7. Ваше дыхание быстрее, медленнее или такое же, как обычно?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — исключение других причин, <i>усиление терапии</i>
8. Что Вы могли сделать вчера, Вы не можете сделать сегодня?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — исключение других причин, <i>усиление терапии</i>
9. Сегодня Вы задыхаетесь больше, чем вчера? Какие действия сегодня вызывают одышку, а вчера Вы их выполняли без нее?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — может свидетельствовать об обострении
Оценка кашля		
10. Изменился ли характер кашля, его интенсивность?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — может свидетельствовать об обострении
11. Кашель стал чаще? С чем это связано?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — может свидетельствовать об обострении
Оценка хронической продукции мокроты		
12. Мокроты столько же, как обычно?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — увеличение количества мокроты может свидетельствовать об обострении
13. Она отходит легко?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — затруднение отхождения мокроты может свидетельствовать об обострении
14. Какого цвета мокрота? Светлая, желтая, зеленая?	описание	Усиление гнойности мокроты свидетельствует о возможном бактериальном воспалении. Следует уточнить другие признаки обострения решить вопрос о необходимости назначения антибактериальных препаратов
15. Сколько раз Вы использовали ингалятор? Это чаще, чем обычно?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — уточнить правильность техники ингаляции, при необходимости <i>усиление бронхолитической терапии</i>
16. Это чаще, чем обычно?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — <i>усиление бронхолитической терапии</i>
17. Как Вы считаете, с чем это связано: ухудшение погоды, простуда..?		Исключение триггеров, <i>усиление бронхолитической терапии</i>
18. Следует подумать об обострении заболевания при усилении одышки, усилении кашля. Затруднения в отхождении мокроты, усилении гнойности мокроты — изменения в состоянии больного, выходящие за рамки ежедневных колебаний.	ДА/НЕТ	Во всех случаях при выявлении риска обострения необходимо проводить опрос на наличие симптомов COVID-19 и уточнять эпидемиологический анамнез, т.к. симптомы обострения ХОБЛ имеют сходство с симптомами COVID-19 для определения дальнейшей тактики ведения пациентов. Усиление бронхолитической терапии, рассматривается необходимость назначения ГКС и антибактериальной терапии

Чек-лист опроса пациента с БА

Вопрос	Ответ	Алгоритм действий
Определение уровня контроля над бронхиальной астмой		
Вы испытываете дневные симптомы?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — уточнить частоту и длительность приступа, использование бронхолитика короткого действия для снятия симптомов, как быстро купируется приступ*
Вы просыпаетесь ночью из-за приступов удушья?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — уточнить частоту и длительность приступа, использование бронхолитика короткого действия для снятия симптомов, как быстро купируется приступ*
Сколько раз за день Вы пользовались ингалятором для купирования приступов удушья?		Использование короткодействующих бронходилататоров более 2 раз в неделю свидетельствует об отсутствии контроля БА*
Испытываете ли Вы ограничение физической активности?	ДА/НЕТ	При ответе ДА — уточнить, изменилась ли степень физической активности за последние дни и связано ли это с БА или другими причинами
При наличии 1–2 вышеперечисленных признаков имеет место недостаточный контроль БА. Необходимо усилить базисную терапию и ГКС		
У Вас усилилась одышка за последние дни	НЕТ/ДА	При ответе НЕТ — продолжить терапию. При ответе ДА — выяснить характер и выраженность одышки — усилить терапию
Вы стали чаще пользоваться ингалятором	НЕТ/ДА	При ответе НЕТ — продолжить терапию. При ответе ДА — уточнить правильность техники ингаляции, исключить сопутствующие заболевания — усилить терапию
Как Вы считаете, с чем это связано: ухудшение погоды, простуда, стрессовая ситуация, контакт с аллергеном...?	НЕТ/ДА	При ответе НЕТ — усиление терапии. При ответе ДА — устранение триггеров
Оценка кашля		
Наличие продукции мокроты	НЕТ/ДА (выяснить характер мокроты (слизистая, гнойная), объем)	При ответе ДА — решение вопроса о антибактериальной терапии
Температура		
Повышение температуры	НЕТ/ДА	При ответе ДА — тактика ведения пациента с подозрением на COVID-19
Самоконтроль ПСВ (пикфлоуметрия)		
Снижение показателей ПСВ ниже должных	НЕТ/ДА	При ответе ДА — усилить терапию
Суточный разброс показателей ПСВ более 20%	НЕТ/ДА	При ответе ДА — усилить терапию
Лекарственная непереносимость	Хорошая	Продолжить терапию
	Побочные эффекты	Уточнить, какие. Коррекция терапии, если необходимо
Пациент получает противовирусные препараты по поводу COVID-19	НЕТ ДА	Продолжить терапию Оценить возможные лекарственные взаимодействия с препаратами, применяемыми для лечения БА

Примечание. * — возможно, требуется коррекция терапии.

в условиях развивающейся тканевой гипоксии (на фоне анемии, дыхательной недостаточности), которая является характерным проявлением COVID-19. На фоне приема метформина в указанных ситуациях возрастает риск развития лактат-ацидоза. По имеющимся на сегодняшний день данным, выраженное повышение лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в период течения новой коронавирусной инфекции является одним из признаков неблагоприятных исходов заболевания, соответственно, прием метформина при тяжелом течении COVID-19 целесообразно прекра-

тить с целью снижения рисков развития острой метаболической декомпенсации [1].

Основная масса пациентов с нарушениями углеводного обмена (более 90%) страдают ожирением. Лица с ожирением, особенно с морбидным ожирением (ИМТ >40 кг/м²), находятся в группе риска развития тяжелых осложнений COVID-19. Пациенты данной категории имеют массу сопутствующих заболеваний со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, оказание помощи таким пациентам имеет целый ряд сложностей (в том числе трудности в реали-

Таблица 7. Вариант опроса (на диспансерном приеме/телефонном визите/аудиоконтроле) о состоянии незараженно-го пациента с предиабетом и ожирением в условиях пандемии COVID-19

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Есть ли жалобы на сухость во рту, жажду, учащенное мочеиспускание?	Нет	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности.</p> <p>Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений.</p> <p>Напомнить основные меры профилактики заражения COVID-19.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, в случае необходимости</p>
	Есть	<p>Рекомендовать проведение биохимического анализа крови (глюкозы плазмы натощак, гликированный гемоглобин, ПГТТ) и консультацию по результатам обследования, с целью исключения манифестации СД 2-го типа</p>
Осведомлен ли пациент об основных мерах профилактики и симптомах COVID-19, а также тактике поведения при заражении?	Нет	<p>Дать информацию (в том числе памятки) по ключевым мерам профилактики, необходимости самоизоляции и предоставить алгоритм действий в случае появления симптомов заболевания</p>
	Да	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности.</p> <p>Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, в случае необходимости</p>
Принимает ли пациент метформин?	Нет	<p>Дать рекомендации по питанию. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона</p>
	Да	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности.</p> <p>Проинформировать пациента, что в случае заражения COVID-19 важно сообщить лечащему врачу о приеме метформина. Врач, оценив состояние пациента, должен будет принять решение о временном прекращении приема препарата или о продолжении прежней тактики терапии</p>
Достаточно ли препарата у пациента, принимающего метформин?	Нет	<p>Рекомендовать пациенту обратиться в колл-центр/регистратуру поликлиники и оставить заявку на получение препаратов или купить препарат в достаточном количестве, с целью минимизации посещения общественных мест и ЛПУ в условиях пандемии</p>
	Да	<p>Рекомендовать продолжить лечение по прежней схеме, не менять ее самостоятельно и четко зафиксировать дату, когда будет необходимо оставить заявку на получение препарата или приобрести его в аптеке.</p> <p>Осведомить пациента о необходимости проинформировать лечащего врача о приеме препарата при возникновении ОРВИ с подозрением на COVID-19 тяжелого течения или подтвержденной новой коронавирусной инфекции</p>
Принимает ли пациент агонисты рецепторов ГПП-1, или сибутрамин, или орлистат для лечения ожирения?	Нет	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности, с целью предотвращения набора массы тела в период пандемии.</p> <p>Напомнить основные меры профилактики заражения COVID-19</p>
	Да	<p>Осведомить пациента о необходимости проинформировать лечащего врача о приеме препарата при возникновении ОРВИ с подозрением на COVID-19 тяжелого течения или подтвержденной новой коронавирусной инфекции</p>

зации и более низкая эффективность проницаемости пациента на ИВЛ). Рекомендательный режим самоизоляции, постоянное пребывание в ограниченном пространстве резко снижает уровень физической активности, что может стать причиной прогрессирования ожирения. Очень важным аспектом в этот период является соблюдение рекомендаций по системе здорового питания, особенно следует контролировать количество и качество потребляемой пищи, соблюдать энергетический баланс в рационе [2]. При осуществлении диспансерного наблюдения, вне зависимости от основного заболевания (любого ХНИЗ), врач должен обратить внимание пациента с избыточной массой тела и ожирением на режим питания с целью не допустить увеличения массы тела в условиях самоизоляции.

3.5.2. Сахарный диабет 2-го типа

Основной целью диспансерного наблюдения при СД 2-го типа является достижение целевых показателей гликемии, нормализация массы тела, раннее выявление, предотвращение развития и прогрессирования поздних осложнений заболевания.

В условиях пандемии новой коронавирусной инфекции пациентам с СД 2-го типа следует уделять особое внимание. СД любого типа не повышает риск инфицирования COVID-19, однако является одним из ведущих факторов риска тяжелого течения и развития серьезных осложнений новой коронавирусной инфекции, таких как острый респираторный дистресс-синдром и полиорганная недостаточность. Поэтому

Таблица 8. Мониторинг больных СД 2-го типа, согласно клиническим рекомендациям [3] и в условиях пандемии COVID-19

Показатель	Частота обследования, согласно рекомендациям [3]	Частота обследования в условиях пандемии COVID-19
	1. Самоконтроль гликемии	
1.1. В дебюте заболевания	Не менее 4 раз в сутки	Не менее 4 раз в сутки, при тяжелом течении COVID-19 до 6—8 раз в сутки
1.2. При недостижении целевых уровней гликемического контроля		
	1.3. В дальнейшем — в зависимости от вида сахароснижающей терапии:	
1.3.1. На интенсифицированной инсулинотерапии	Не менее 4 раз в сутки	Не менее 6—8 раз в сутки
1.3.2. На пероральной сахароснижающей терапии и/или арГПП-1 и/или базальном инсулине	Не менее 1 раза в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю	Не менее 2—3 раз в сутки + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю
1.3.3. На готовых смесях инсулина	Не менее 2 раз в сутки в разное время + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю	Не менее 4 раз в сутки + 1 гликемический профиль (не менее 4 раз в сутки) в неделю
1.3.4. На диетотерапии	Не менее 1 раза в неделю в разное время суток	Не менее 1 раза в сутки в разное время
2. HbA _{1c}	1 раз в 3 мес	1 раз в 3 мес
3. Непрерывное мониторирование глюкозы	По показаниям	По показаниям
4. Анализ мочи на кетоны	По показаниям	При тяжелом течении инфекции и глюкозе плазмы натощак более 13—15 ммоль/л
5. Общий анализ крови	1 раз в год, по показаниям — чаще	Решается индивидуально. Если есть возможность и отсутствует экстренная необходимость в обследовании/консультации, целесообразно проведение обследования/консультации в более поздние сроки, с целью минимизации посещения ЛПУ в условиях пандемии
6. Общий анализ мочи	2 раза в год, по показаниям — чаще	
7. Микроальбуминурия	2 раза в год, по показаниям — чаще	
8. Биохимический анализ крови (белок, общий холестерин, ХС-ЛВП, ХС-ЛНП, триглицериды, билирубин, АСТ, АЛТ, мочевая кислота, мочевины, креатинин, калий, натрий, расчетная СКФ)	Не менее 1 раза в год (при отсутствии изменений), по показаниям — чаще	
9. Контроль АД	При каждом посещении врача. При наличии АГ — самоконтроль 2—3 раза в сутки	При наличии АГ — самоконтроль 2—3 раза в сутки
10. Осмотр ног	Самостоятельно и при каждом посещении врача	Самостоятельно и при каждом посещении врача
11. Оценка чувствительности стоп	Не реже 1 раза в год, по показаниям — чаще	Не реже 1 раза в год, по показаниям — чаще
12. ЭКГ	1 раз в год, по показаниям — чаще	Решается индивидуально. Если есть возможность и отсутствует экстренная необходимость в обследовании/консультации, целесообразно проведение обследования/консультации в более поздние сроки, с целью минимизации посещения ЛПУ в условиях пандемии
13. ЭКГ (с нагрузочными тестами при наличии >2 факторов риска)	1 раз в год	
13. Консультация кардиолога	1 раз в год, по показаниям — чаще	
14. Осмотр офтальмолога (офтальмоскопия с широким зрачком)	1 раз в год, по показаниям — чаще	
15. Консультация невролога	По показаниям	
16. Рентгенография грудной клетки	1 раз в год	

данной категории пациентов, наряду со строгим контролем гликемии, особенно важно соблюдать все меры профилактики и, по возможности, не выходить из дома в период самоизоляции. У пациента должен быть адекватный запас сахароснижающих препаратов и тест-полосок для самоконтроля, а также контакты специалиста, к которому он может обратиться за помощью при необходимости.

По данным Российского федерального регистра, около 50% пациентов с СД не достигают целевых значений гликированного гемоглобина. Хроническая гипергликемия оказывает неблагоприятное влияние на иммунитет и значительно повышает риск развития осложнений при инфекционных заболеваниях. В условиях

недостаточной компенсации диабета течение COVID-19 особенно опасно высоким риском летального исхода, поэтому все внимание должно быть направлено на профилактику инфицирования и нормализацию показателей гликемии. Необходимо увеличить кратность самоконтроля гликемии и более внимательно относиться к рациону питания. Врач на диспансерном приеме должен предоставить пациенту с СД памятки и информационные материалы с рекомендациями по профилактике COVID-19 и алгоритму действий в случае возникновения симптомов простудного заболевания, сообщить пациенту номер телефона для связи в случае необходимости. Увеличивать кратность диспансерных приемов в период пандемии COVID-19 нет необходимости. В от-

Таблица 9. Вариант опроса (на диспансерном приеме/телефонном визите/аудиоконтроле) о состоянии незараженного пациента с СА 2-го типа в условиях пандемии COVID-19

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
В норме ли показатели среднесуточной гликемии, согласно данным самоконтроля?	Да	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона, а также соблюдение питьевого режима.</p> <p>Дать рекомендации/напомнить об общих мерах профилактики заражения COVID-19.</p> <p>Рекомендовать более частое измерение уровня гликемии, в зависимости от вида сахароснижающей терапии и ведение дневника самоконтроля (табл. 8).</p> <p>Рекомендовать ежедневно измерять температуру и при первых симптомах ОРВИ позвонить /вызвать на дом врача.</p> <p>Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений и по возможности не посещать ЛПУ в период пандемии.</p> <p>Рекомендовать пациенту проверить наличие достаточного количества сахароснижающих препаратов.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, получить сахароснижающие препараты, тест-полоски и другие расходники, в случае необходимости</p>
Осведомлен ли пациент об основных мерах профилактики и симптомах COVID-19, а также тактике поведения при заражении?	Есть	<p>Рекомендовать исследование уровня гликированного гемоглобина, биохимического анализа крови и провести коррекцию сахароснижающей терапии, согласно общепринятым рекомендациям [3]</p>
	Нет	<p>Дать информацию (в том числе памятки) по ключевым мерам профилактики, необходимости самоизоляции и предоставить алгоритм действий в случае появления симптомов заболевания</p>
	Да	<p>Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона, а также соблюдение питьевого режима.</p> <p>Напомнить об общих мерах профилактики заражения COVID-19.</p> <p>Рекомендовать более частое измерение уровня гликемии, в зависимости от вида сахароснижающей терапии и ведение дневника самоконтроля (табл. 8).</p> <p>Рекомендовать ежедневно измерять температуру и при первых симптомах ОРВИ позвонить /вызвать на дом врача.</p>
		<p>Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений и по возможности не посещать ЛПУ в период пандемии.</p>
		<p>Рекомендовать пациенту проверить наличие достаточного количества сахароснижающих препаратов.</p> <p>Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, получить сахароснижающие препараты, тест-полоски и другие расходники, в случае необходимости</p>
Достаточно ли у пациента сахароснижающих препаратов, тест-полосок для глюкометра, игл для шприц-ручек/инсулиновых шприцев? Тест-полосок для измерения каетоурии?	Нет	<p>Рекомендовать пациенту обратиться в колл-центр/регистратуру поликлиники по месту жительства и оставить заявку на получение препаратов или попросить родственников купить в аптеке препараты и расходники в достаточном количестве, с целью минимизации посещения общественных мест и ЛПУ в условиях пандемии</p>
	Да	<p>Рекомендовать продолжить лечение по прежней схеме, не менять ее самостоятельно, получить или приобрести в аптеке лекарственные средства и расходники заблаговременно и четко зафиксировать дату, когда будет необходимо оставить новую заявку на получение препарата и расходных материалов</p>

Продолжение таблицы см. на след. странице

Таблица 9. Вариант опроса (на диспансерном приеме/телефонном визите/аудиоконтроле) о состоянии незараженного пациента с СА 2-го типа в условиях пандемии COVID-19 (Продолжение)

Список вопросов	Варианты ответа	Алгоритм действий
Принимает ли пациент метформин?	Нет	Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона, а также соблюдение питьевого режима.
Принимает ли пациент препараты сульфонилмочевины?		Дать рекомендации/напомнить об общих мерах профилактики заражения COVID-19.
Принимает ли пациент агонисты рецепторов ГПП-1?		Рекомендовать более частое измерение уровня гликемии, в зависимости от вида сахароснижающей терапии и ведение дневника самоконтроля (табл. 8).
Принимает ли пациент ингибиторы НГЛТ-2?		Рекомендовать ежедневно измерять температуру и при первых симптомах ОРВИ позвонить/вызвать на дом врача.
Находится ли пациент на базис-болюсной инсулинотерапии?	Да	Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений и по возможности не посещать ЛПУ в период пандемии.
	Нет	Рекомендовать пациенту проверить наличие достаточного количества сахароснижающих препаратов. Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, получить сахароснижающие препараты, тест-полоски и другие расходники, в случае необходимости
		Проинформировать пациента, что в случае заражения COVID-19 важно сообщить лечащему врачу о схеме лечения СД. Врач в зависимости от состояния пациента должен будет принять решение о временном прекращении приема препарата или о продолжении прежней тактики сахароснижающей терапии
		Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона, а также соблюдение питьевого режима.
		Дать рекомендации/напомнить об общих мерах профилактики заражения COVID-19.
		Рекомендовать более частое измерение уровня гликемии и ведение дневника самоконтроля (табл. 8).
		Рекомендовать ежедневно измерять температуру и при первых симптомах ОРВИ позвонить/вызвать на дом врача.
		Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений и по возможности не посещать ЛПУ в период пандемии.
		Рекомендовать пациенту проверить наличие достаточного количества сахароснижающих препаратов. Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, получить сахароснижающие препараты, тест-полоски и другие расходники, в случае необходимости
	Да	Дать рекомендации по питанию и образу жизни в условиях самоизоляции. С особым акцентом на строгий подсчет хлебных единиц, ограничение простых углеводов, жиров и калорийности рациона, а также соблюдение питьевого режима.
		Дать рекомендации/напомнить об общих мерах профилактики заражения COVID-19.
		Рекомендовать измерение уровня гликемии не менее 6 раз в сутки и ведение дневника самоконтроля.
		Рекомендовать ежедневно измерять температуру и при первых симптомах ОРВИ позвонить/вызвать на дом врача.
		Рекомендовать проведение планового обследования позднее, в период снятия эпидемиологических ограничений.
		Рекомендовать пациенту проверить наличие достаточного количества инсулина, тест-полосок к глюкометру и на кетонурию, а также игл к шприц-ручкам/инсулиновым шприцев.
		Сообщить пациенту номера телефонов, по которым он может связаться с врачом, получить инсулины и расходные материалы, в случае необходимости.
		Осведомить пациента о симптомах гипогликемии и о необходимости иметь под рукой средства для ее купирования (сок, сахар, мед и др.).
		При повышении уровня гликемии более 13–15 ммоль/л, рекомендовать использование тест-полосок для выявления кетонурии, увеличение количества потребляемой жидкости в рационе (не менее 150–200 мл каждый час) и коррекция доз инсулина под контролем лечащего врача

Окончание таблицы см. на след. странице

Таблица 9. Вариант опроса (на диспансерном приеме/телефонном визите/аудиоконтроле) о состоянии незараженного пациента с СД 2-го типа в условиях пандемии COVID-19 (Окончание)

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

существование жалоб целесообразно отложить плановые визиты к узким специалистам (офтальмолог, невролог и др.) до снятия эпидемиологических ограничений (табл. 8). Врач, осуществляющий диспансерное наблюдение (терапевт, врач общей практики, эндокринолог), должен осведомить пациента о симптомах декомпенсации СД и его осложнений, при которых необходимо обратиться за медицинской помощью.

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

В случае если возникли симптомы ОРВИ, пациент должен обязательно сообщить об этом своему лечащему врачу. При подтверждении наличия новой коронавирусной инфекции, согласно временным методическим рекомендациям Минздрава России (версия 6, 28.04.2020), больные СД даже при легких проявлениях COVID-19 подлежат госпитализации. Правила ведения пациента с СД и COVID-19 практически не отличаются от правил ведения пациента с СД и другим инфекционным заболеванием. Важным аспектом является контроль гликемии и коррекция сахароснижающей терапии. Целесообразно увеличить частоту и проводить измерения гликемии каждые 3–4 ч (вести дневник самоконтроля), пить больше воды и перейти на частое дробное питание маленькими порциями [5]. В случае легкого или бессимптомного течения COVID-19 и стабильных показателей уровня глюкозы коррекция сахароснижающей терапии не требуется.

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

В случае необходимости, при повышении гликемии более 13 ммоль/л, целесообразно временно назначить пациенту инсулинотерапию (базисную, ба-

зис-болюсную) по традиционной схеме инициации [5]. Профилактическая отмена пероральных сахароснижающих препаратов для амбулаторных пациентов и перевод их на инсулинотерапию без каких-либо симптомов ОРВИ и в отсутствие подтвержденного COVID-19 не рекомендуется. Пациентам СД 2-го типа, которые в момент инфицирования уже находились на инсулинотерапии, на фоне развития симптомов COVID-19 и приема противовирусных препаратов может понадобиться значительное увеличение доз инсулина (до >1 ед/кг массы тела). Данной группе пациентов рекомендовано измерять уровень гликемии каждые 1–3 ч, показатели фиксировать в дневник. Кроме того, пациенты на инсулинотерапии должны быть осведомлены о признаках гипогликемии и всегда иметь под рукой средства для ее купирования (сок, сахар, мед и др.). При повышении уровня гликемии более 13–15 ммоль/л рекомендовано использование тест-полосок для выявления кетонурии, увеличение количества потребляемой жидкости (несладкой) и коррекция доз инсулина под контролем лечащего врача.

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

4. Особенности диспансерного наблюдения пациентов, перенесших COVID-19

4.1. Общие вопросы

Выписка из стационара может не означать, что пациент полностью выздоровел. Исходя из данных литературы, 45–50% пациентам с COVID-19, получавшим лечение в стационаре, не требуется дополнительного

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

- Диагностика, амбулаторное лечение, диспансерные осмотры по профилю других заболеваний и госпитализация у пациентов со злокачественным новообразованием (ЗНО) осуществляется в соответствии с «Временными клиническими рекомендациями по диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции», утвержденными Минздравом России.
- Рекомендовано строгое соблюдение всех мер профилактики инфицирования SARS-CoV-2 пациентами с ЗНО, совместно проживающими лицами, медицинскими работниками и др.
- Учитывая восприимчивость пациентов с ЗНО к COVID-19, необходимо минимизировать число очных контактов пациентов с ЗНО с врачами и посещениями медицинских организаций. Рекомендовано использование технологий удаленного консультирования: дистанционные консультации с использованием телемедицинских технологий, телефонные звонки.
- Целесообразно рассмотреть перенос на более поздний срок всех плановых диагностических процедур для контроля эффективности терапии в случае отсутствия явных признаков прогрессирования или ургентных ситуаций.
- С целью своевременной диагностики COVID-19 перед оперативным вмешательством или курсом химиотерапии/лучевой терапии у пациентов с ЗНО целесообразно тщательное выяснение клинико-эпидемиологических данных, в том числе для выявления возможных контактов с инфицированными SARS-CoV-2, и извещение врача-онколога в случае выявления вероятной/подтвержденной COVID-19.

лечения после выписки. 40–45% пациентов будут нуждаться в какой-либо медицинской и/или социальной помощи, и 5–10% пациентов потребуются длительная интенсивная реабилитация. Две трети пациентов будут нуждаться в психологической помощи и поддержке.

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

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

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

4.2. Критерии выписки пациента с COVID-19 из стационара

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

- исчезновение лихорадки (температура тела менее 37,2 °С);
- отсутствие признаков нарастания дыхательной недостаточности при сатурации на воздухе >96%;
- уменьшение уровня СРБ до уровня менее 2 норм;
- уровень лейкоцитов выше $3,0 \cdot 10^9/\text{л}$.

4.3. Транспортировка больных коронавирусной инфекцией из стационара

Транспортировка больных коронавирусной инфекцией из стационара при наличии двух отрицательных анализов на коронавирус SARS-CoV-2, взятых с интервалом не менее 1-го дня, осуществляется любым доступным транспортом. При выписке пациента без двух отрицательных анализов, его транспортировка осуществляется санитарным транспортом до места самоизоляции. При отсутствии у пациента условий для самоизоляции, рассматривается вопрос о выписке пациента в медицинский обсерватор или другие медицинские организации, обеспечивающие условия изоляции на необходимый срок.

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

4.4. Экспертиза временной нетрудоспособности при COVID-19

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

Социальные критерии определяют трудовой прогноз при конкретном заболевании, конкретной должности пациента и условиях его труда — отражают все, что связано с профессиональной деятельностью больного: характеристику преобладающего напряжения (физического или нервно-психического), организацию, периодичность и ритм работы, нагрузку на отдельные органы и системы, наличие неблагоприятных условий труда и профессиональных вредностей.

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

Если условия труда и/или трудового процесса превышают гигиенические нормативы (3 класс условий труда), и/или периодичность работы требует значительного физического и эмоционального напряжения (ночные смены, работы в условиях эмоциональных перегрузок) и/или в неблагоприятных микроклиматических условиях (повышенная влажность, повышенная или пониженная температура в помещении и др.) — пациент может приступать к труду после

полного восстановления работоспособности. В связи с этим сроки временной нетрудоспособности зависят от тяжести заболевания, его осложнений, а также условий труда пациента.

Средние сроки временной нетрудоспособности при пневмонии определяются стандартами оказания медицинской помощи. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 09.11.12 г. №741н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи, при пневмонии тяжелой степени тяжести с осложнениями», в частности, сроки временной нетрудоспособности составляют 20 дней. Однако в настоящее время нет данных о сроках восстановления трудоспособности при пневмонии, вызванной новой коронавирусной инфекцией, в связи с этим решение этого вопроса зависит от комплексной оценки медицинских и социальных критериев утраты трудоспособности, и при превышении средних сроков, регламентированных стандартами оказания медицинской помощи, должно быть обосновано, с указанием причин, решением врачебной комиссии медицинской организации.

Учитывая тяжелое течение пневмоний у части пациентов, длительное лечение в условиях отделения реанимации с проведением искусственной вентиляции легких в некоторых случаях может не произойти полного восстановления трудоспособности. В этих случаях при выявлении признаков стойкой утраты трудоспособности после проведения всех лечебных и реабилитационных мероприятий показано направление на медико-социальную экспертизу.

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

4.5. Медицинская помощь на амбулаторном этапе

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

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

1. Восстановлена ли трудоспособность (больничный лист открыт или закрыт).

2. Состояние пациента — общее самочувствие, наличие кашля, одышки, повышение температуры тела, толерантность к физической нагрузке.

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

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

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

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

Комплексная оценка после перенесенного COVID-19 должна включать:

1. Оценку наличия и выраженности одышки, оценку потребности в терапии, в том числе в кислородотерапии.

2. Оценку и коррекцию вентиляционной функции легких и дыхательной недостаточности.

3. Симптоматическое лечение или паллиативную помощь, когда это необходимо.

4. Рассмотрение необходимости в реабилитации.

5. Оценку психосоциального статуса и последующее решение вопросов в случае необходимости. В некоторых странах рассматривается возможность размещения одиноких пациентов, пациентов с проблемами с жилищными условиями и выписанных из стационара в контролируемых учреждениях интернатного типа.

6. Оценку наличия тревоги/депрессии и коррекцию.

7. Оценки риска тромбоэмболии легочной артерии.

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

— Легочный фиброз, васкулит и легочная гипертензия — наиболее серьезные и потенциально ограничивающие жизнь пациента.

- Ранее не диагностированные, но существовавшие респираторные заболевания.
- Респираторные заболевания, существовавшие до COVID-19 и осложнившиеся или нет перенесенной COVID-19 пневмонией.

4.7. Респираторная реабилитация

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

Британское торакальное общество (BTS) 04.05.20 обновило рекомендации по наблюдению за пациентами с клинично-рентгенологическим диагнозом пневмонии COVID-19 (лабораторные исследования в данных рекомендациях не рассматриваются). Предлагается там, где это возможно, применять дистанционные технологии с целью снижения ожидаемой нагрузки на службы системы здравоохранения после вспышки COVID-19. Отсутствие надежной доказательной базы означает, что в консультации со своим пациентом врач может и должен, когда это необходимо, использовать персонализированный подход к пациенту, даже если это будет отклонением от рекомендаций. Эксперты считают, что процесс восстановления после COVID-19, вероятно, будет у разных групп пациентов неоднородным, а иногда непредсказуемым.

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

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

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

Рекомендуются два алгоритма диспансерного наблюдения в зависимости от тяжести перенесенной COVID-19 и наличия осложнений (рис. 1 и рис. 2).

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

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

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

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

* — при выявлении патологии — проведение КТ легких.

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

- При отсутствии жалоб и патологических изменений по результатам исследований дальнейшее диспансерное наблюдение осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава России №173н с определением сатурации и проведением рентгенографии легких.
- При выявлении на КТ легких патологических изменений (признаков интерстициальных болезней легких, васкулита) рекомендуется направление к специалисту (пульмонологу).
- При отсутствии патологических изменений на КТ легких, но наличии у пациента жалоб или изменений в результатах других исследований, рекомендуется провести дифференциальный диагноз с другими заболеваниями/состояниями.

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

1. Пациенты, у которых при выписке из стационара патологических изменений на КТ и рентгенографии легких не определяется, наблюдаются в соответствии с Приказом Минздрава России №173н с определением сатурации и проведением рентгенографии легких (рис. 2).

2. В том случае, если в процессе стационарного лечения выявлено подозрение на злокачественный процесс в легких, рекомендуется провести повторную рентгенографию органов грудной клетки через 6 нед после выписки, при необходимости направить пациента на КТ легких и проконсультировать с онкологом.

3. Если при выписке из стационара у пациента сохранялись изменения на рентгенограмме или КТ лег-

ких, рекомендуется визуализирующее исследование (рентгенография легких, КТ) **через 8 нед** после последнего КТ легких и/или рентгенографии органов грудной клетки. Рекомендуется организация дистанционного направления пациента на исследование.

3.1. Если **патологии не выявлено**, пациенту даются рекомендации при появлении симптомов болезни обратиться к врачу. Диспансерное наблюдение пациента, перенесшего пневмонию, осуществляется в течении года в соответствии с приказом Минздрава России №173н с определением сатурации и проведением рентгенографии легких.

3.2. Если **патологические изменения** выявлены на рентгенограмме легких:

— проведение спирографии (запись и последующее клиническое консультирование специалистом может быть выполнено дистанционно)*;

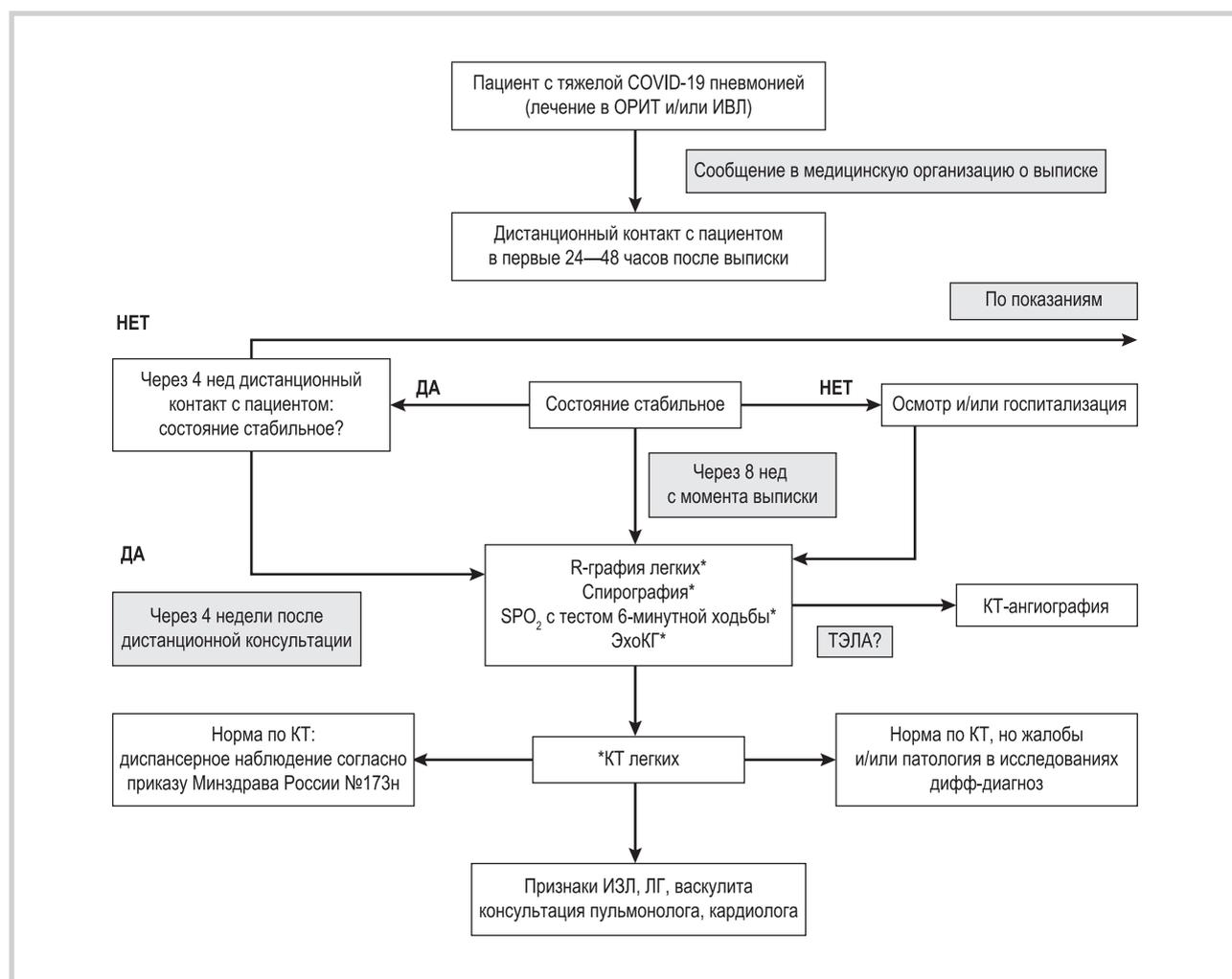


Рис. 1. Алгоритм диспансерного наблюдения пациента с тяжелой COVID-19 пневмонией (адаптировано из British Thoracic Society Guidance on Respiratory Follow Up of Patients with a Clinico-Radiological Diagnosis of COVID-19 Pneumonia. <https://brit-thoracic.org.uk/quality-improvement/guidelines/>)

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

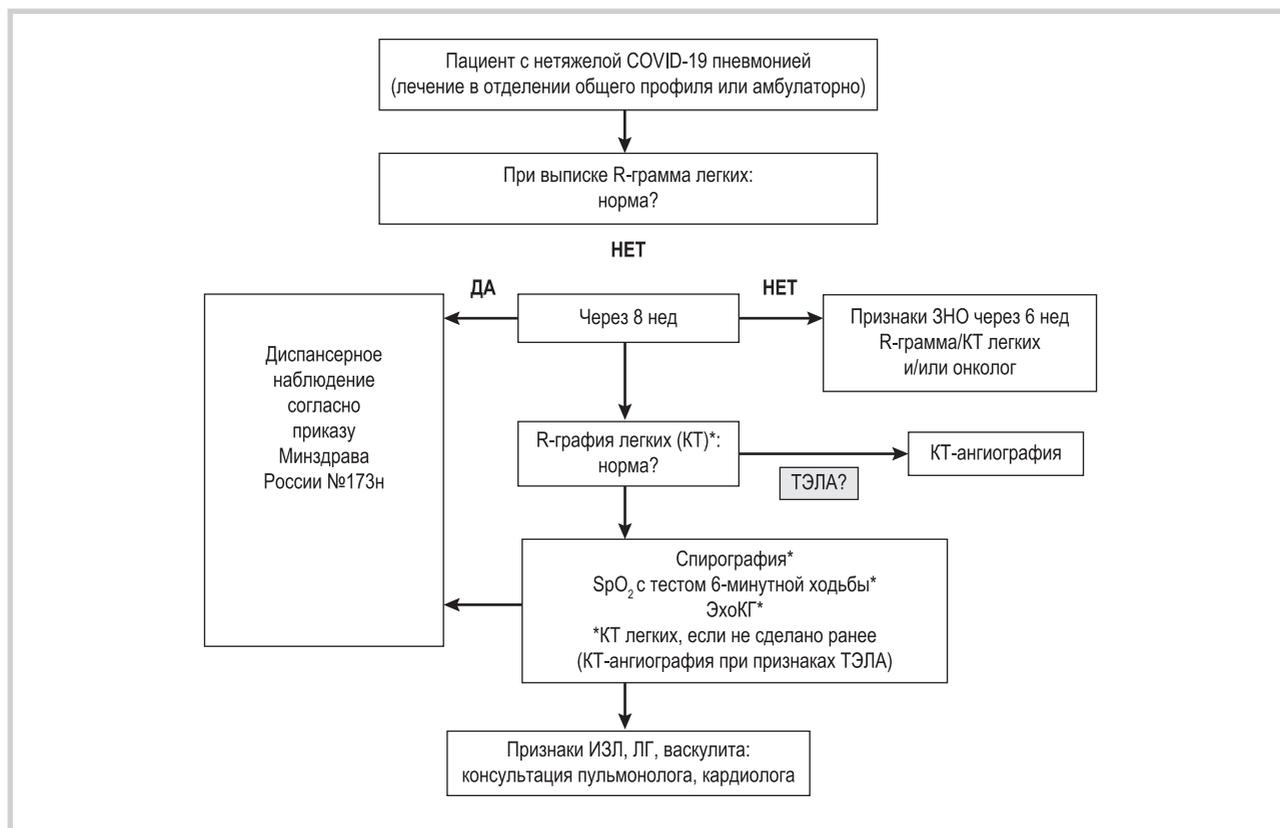


Рис. 2. Алгоритм диспансерного наблюдения пациента с нетяжелой COVID-19 пневмонией (в том числе, получавших лечение амбулаторно) (адаптировано British Thoracic Society Guidance on Respiratory Follow Up of Patients with a Clinico-Radiological Diagnosis of COVID-19 Pneumonia. <https://brit-thoracic.org.uk/quality-improvement/guidelines/>).

ИЗЛ — интерстициальные заболевания легких; ЛГ — легочная гипертензия; ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии; ЭхоКГ — эхокардиография.

- измерение насыщения крови кислородом (сатурация) в покое и при нагрузке (возможно проведение теста с 6-минутной ходьбой с определением сатурации до и после теста)*;
- ЭхоКГ*;
- при подозрении на ТЭЛА рекомендуется сразу выполнить КТ-ангиографию легочных артерий;
- при подозрении на интерстициальные болезни легких — КТ высокого разрешения;
- * — при выявлении патологии провести КТ легких, если до этого была проведена рентгенография легких.

В том случае, если на КТ легких выявлены патологические изменения (признаки интерстициальных

заболеваний легких, легочных васкулитов, легочной гипертензии) рекомендуется направление к специалисту (пульмонологу, кардиологу).

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

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

5. Заключение

Организация и клинические аспекты проведения диспансерного наблюдения пациентов с ХНИЗ в условиях пандемии COVID-19 в первую очередь требу-

ют организации дистанционного консультирования с использованием телемедицинских технологий. Необходимо обратить внимание на возможные межле-

карственные взаимодействия в случае развития у пациента COVID-19. Наблюдение пациентов, перенесших COVID-19, по-прежнему не имеет большой доказательной базы для разного вида вмешательств и проводится исходя из клинической характеристики и тяжести инфекционного процесса. Опыт дистанци-

онного диспансерного наблюдения пациентов с использованием персональных медицинских изделий и телемедицинских технологий целесообразно далее тиражировать и предусмотреть соответствующие мероприятия в региональных программах модернизации первичного звена здравоохранения.

6. Список литературы

РАЗДЕЛ «ВВЕДЕНИЕ»

1. J Formos Med Assoc. 2009;108(5):386-394.

РАЗДЕЛ «ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ COVID-19»

1. Временные методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», версия 6 (28.04.20).
2. Методические рекомендации Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека МР 3.1. 0173-20 «Профилактика инфекционных заболеваний. Организация противоэпидемических мероприятий в период пандемии COVID-19» (утверждены 21.04.20).
3. Рекомендации по использованию и обработке защитной одежды и средств индивидуальной защиты при работе в контакте с больными COVID-19 (подозрительными на заболевание) либо при работе с биологическим материалом от таких пациентов. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 09.04.20 №02/6475-2020-32.
4. Interim guidance «Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19)», WHO, 19 March 2020.
5. Приказ Минздрава России от 19.03.2020 №198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

РАЗДЕЛ «ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19»

1. Шляхто Е.В., Конради А.О., Арутюнов Г.П., Арутюнов А.Г., Баутин А.Е., Бойцов С.А. и др. Руководство по диагностике и лечению болезней системы кровообращения в контексте пандемии COVID-19. *Российский кардиологический журнал*. 2020;25(3):3801. <https://doi.org/10.15829/1560-4071-2020-3-3801>
2. Thachil J, Tang N, Gando S, et al. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. 2020; jth.14810. [Epub ahead of print]. <https://doi.org/10.1111/jth.14810>

3. Thachil J, Tang N, Gando S, et al. ISTH interim guidance on recognition and management of coagulopathy in COVID-19. *J Thromb Haemost*. 2020. <https://doi.org/10.1111/jth.14810>
4. Hunt B, Retter A, McClintock C. Practical guidance for the prevention of thrombosis and management of coagulopathy and disseminated intravascular coagulation of patients infected with COVID-19. <https://thrombosisuk.org/downloads/T&H%20and%20COVID-ID.pdf>. 2020
5. Арутюнов Г.П., Козиолова Н.А., Тарловская Е.И., Арутюнов А.Г., Григорьева Н.Ю., Джунусбекова Г.А. и др. Согласованная позиция экспертов Евразийской ассоциации терапевтов по некоторым новым механизмам патогенеза COVID-19: фокус на гемостаз, вопросы гемотрансфузии и систему транспорта газов крови. *Кардиология*. 2020;60(5):4-14.
6. Barbar S, Noventa F, Rossetto V, et al. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical patients at risk for venous thromboembolism: the Padua Prediction Score. *J Thromb Haemost*. 2010;8:2450-2457. <https://doi.org/10.1111/j.1538-7836.2010.04044.x>
7. The Liverpool Drug Interaction Group. Liverpool COVID-19 Interactions. Detailed recommendations for interactions with experimental COVID-19 therapies. 2020. [Internet] <https://www.cov-id19-druginteractions.org/>
8. Методические рекомендации по организации дистанционного наблюдения больных артериальной гипертензией (Москва, 2019 г., ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр кардиологии» Минздрава России).

РАЗДЕЛ «ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19»

1. COVID-19 rapid guideline: severe asthma. NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng166>
2. COVID-19 rapid guideline: community-based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng168>
3. Глобальная инициатива по астме (GINA). Глобальная стратегия лечения и профилактики астмы. По состоянию на 27 марта 2020. www.ginasthma.org
4. Lupia T, Scabini S, Mornese Pinna S, et al. 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak: A new challenge. *J Glob Antimicrob Resist*. 2020;21:22.

5. https://www.uptodate.com/contents/an-overview-of-asthma-management?sectionName=ADVICE%20RELATED%20TO%20COVID-19%20PANDEMIC&topicRef=127759&anchor=H1664899454&source=see_link#H1664899454
6. По состоянию на 27 марта 2020 г. <https://college.acaai.org/acaai-statement-covid-19-and-asthma-allergy-and-immune-deficiency-patients-3-12-20>
7. COVID-19 rapid guideline: managing suspected or confirmed pneumonia in adults in the community. NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng165>
8. COVID-19 rapid guideline: community-based care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) NICE guideline [NG168]. Published date: 09 April 2020. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng168>

РАЗДЕЛ «ОКАЗАНИЕ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПРЕДИАБЕТОМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19»

1. Stefan R Bornstein, et al. *Practical recommendations for the management of diabetes in patients with COVID-19*. Published online April 23, 2020. www.thelancet.com/diabetes-endocrinology [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30152-2](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30152-2)
2. Ryan DH, Ravussin E, Heymsfield S. COVID-19 and the Patient with Obesity — The Editors Speak Out. *Obesity Research Journal*. 2020. <https://doi.org/10.1002/oby.22808>.
3. Клинические рекомендации «Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом». Под ред. Дедова И.И., Шестаковой М.В., Майорова А.Ю. 9-й выпуск, 2019.
4. Рекомендации Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ). <https://gae-org.ru/rukovodstvo-dlya-lyudey-s-saharnym-diabetom-pri-koronavirusnoy-infekcii-mezhdunarodnyy-opyt>
5. Эндокринопатии и COVID-19. Неотложные состояния, их профилактика и лечение. Методические рекомендации НМИЦ эндокринологии, 21.04.20. <https://www.endocrincentr.ru/obshchaya-informaciya-0>

РАЗДЕЛ «ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «ТЕРАПИЯ» ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19»

1. You B, Ravaud A, Canivet A, et al. The official French guidelines to protect patients with cancer against SARS-CoV-2 infection. *Lancet Oncol*. 2020;21(5):619-621. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30204-7)
2. Временные практические рекомендации Российского общества клинической онкологии по оказанию онкологической помощи в условиях пандемии COVID-19. <https://rosoncweb.ru/standarts/COVID-19/>
3. Шляхто Е.В. и др. Методические рекомендации, алгоритмы действия медицинских работников на различных этапах оказания помощи, чек-листы и типовые документы, разработанные на период наличия и угрозы дальнейшего распространения новой коронавирусной инфекции в Санкт-Петербурге. Версия 1 от 17.04.20.

РАЗДЕЛ «ОСОБЕННОСТИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19»

1. Временные методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)», версия 6 (28.04.20).
2. British Thoracic Society Guidance on Respiratory Follow Up of Patients with a Clinico-Radiological Diagnosis of COVID-19 Pneumonia. <https://www.nice.org.uk/covid-19>
3. <https://www.nice.org.uk/covid-19>
4. Joint statement on the role of respiratory rehabilitation in the COVID-19 crisis: the Italian position paper. Italian Thoracic Society (ITS -AIPO), Association for the Rehabilitation of Respiratory Failure (ARIR) and the Italian Respiratory Society (SIP/IRS) <https://ers.app.box.com/s/825awayvk17hh670yxbmzfvcw5medm1d>

7. Список использованных сокращений

COVID-19 — инфекция, вызванная новым коронавирусом SARS-CoV-2
 СРБ — С-реактивный белок
 NT-proBNP — N-терминальный промозговой натрийуретический пептид
 Р-графия — рентгенография
 SARS-CoV — коронавирус, вызвавший вспышку тяжелого острого респираторного синдрома
 SARS-CoV-2 — новый коронавирус, вызвавший вспышку инфекции в 2019—2020 гг.
 SpO₂ — уровень насыщения крови кислородом
 АГ — артериальная гипертензия
 АД — артериальное давление
 АЛТ — аланинаминотрансфераза

АРНИ — антагонисты рецепторов неприлизина
 АСТ — аспаргатаминотрансфераза
 БА — бронхиальная астма
 ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения
 ГКС — глюкокортикостероиды
 ГКС — глюкокортикостероиды
 ГПП-1 — глюкагоноподобный пептид-1
 ГХЛХ — гидроксихлорохин
 ДАД — диастолическое артериальное давление
 ЖТ — желудочковая тахикардия
 ЗНО — злокачественные новообразования
 иАПФ — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
 ИБС — ишемическая болезнь сердца

ИВЛ — искусственная вентиляция легких
ИГКС — ингаляционные глюкокортикостероиды
ИЗЛ — интерстициальные заболевания легких
ИМТ — индекс массы тела
ИФА — иммуноферментный анализ
КТ — компьютерная томография
ЛГ — легочная гипертензия
ЛДГ — лактатдегидрогеназа
ЛПУ — лечебно-профилактическое учреждение
МЕ — международная единица
Минздрав России — Министерство здравоохранения Российской Федерации
НГЛТ-2 — натрий-глюкозные котранспортеры типа 2
НМГ — низкомолекулярный гепарин
ОКС — острый коронарный синдром
ОРВИ — острая респираторная вирусная инфекция
ПГГТ — пероральный глюкозотолерантный тест
ПОАК — пероральные антикоагулянты
ПСВ — пиковая скорость выдоха
ПЦР — полимеразная цепная реакция
РНК — рибонуклеиновая кислота
Роспотребнадзор — Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

САД — систолическое артериальное давление
СГКС — системные глюкокортикостероиды
СД — сахарный диабет
СИЗ — средства индивидуальной защиты
СКФ — скорость клубочковой фильтрации
ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания
ТВГ — тромбоз глубоких вен
ТП — трепетание предсердий
ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии
УФБИ — ультрафиолетовое бактерицидное излучение
ФП — фибрилляция предсердий
ХЛХ — хлорохин
ХНИЗ — хронические неинфекционные заболевания
ХОБЛ — хроническая обструктивная легочная болезнь
ХС-ЛВП — холестерин липопротеидов высокой плотности
ХС-ЛНП — холестерин липопротеидов низкой плотности
ХСН — хроническая сердечная недостаточность
ЧДД — частота дыхательных движений
ЭКГ — электрокардиограмма
ЭхоКГ — эхокардиография

8. Состав рабочей группы

Драпкина Оксана Михайловна — директор ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, проф., д.м.н., член-корр. РАН, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России
Дроздова Любовь Юрьевна — руководитель лаборатории поликлинической терапии ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, к.м.н., главный внештатный специалист по медицинской профилактике Минздрава России
Бойцов Сергей Анатольевич — генеральный директор ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава России, академик РАН, проф., д.м.н, главный внештатный специалист кардиолог Минздрава России Центрального, Уральского, Сибирского и Дальневосточного федеральных округов
Булгакова Елена Сергеевна — заместитель руководителя отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
Иванова Екатерина Сергеевна — руководитель отдела координации профилактики и укрепления общественного здоровья в регионах ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, главный внештатный специалист по медицинской профилактике ЦФО, к.м.н.
Куняева Татьяна Александровна — заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ Республики

Мордовия «Мордовская республиканская центральная клиническая больница», доцент кафедры амбулаторно-поликлинической терапии с курсом общественного здоровья и организации здравоохранения, главный специалист терапевт-пульмонолог Министерства здравоохранения Республики Мордовия, главный терапевт ПФО, к.м.н
Лавренова Евгения Александровна — врач-эндокринолог, научный сотрудник отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России
Самородская Ирина Владимировна — главный научный сотрудник отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, д.м.н.
Чесникова Анна Ивановна — профессор кафедры внутренних болезней №1 ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н., проф., главный внештатный специалист терапевт ЮФО
Шепель Руслан Николаевич — помощник директора по региональному развитию, руководитель отдела организационно-методического управления и анализа качества медицинской помощи ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, главный внештатный специалист-терапевт ЦФО Минздрава России