



МІНІСТЭРСТВА  
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ  
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

ПРИКАЗ

11.11.2020 № 1195

г. Мінск

г. Минск

Об изменении приказов Министерства  
здравоохранения Республики Беларусь  
от 5 июня 2020 г. № 615 и  
от 15 апреля 2020 г. № 433

На основании подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 года № 1446, в соответствии с практикой применения приказов Министерства здравоохранения от 5 июня 2020 г. № 615 «Об оказании медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19» (далее – приказ № 615) и от 15 апреля 2020 г. № 433 «Об организации оказания медицинской помощи пациентам с внебольничной пневмонией с нетяжелым течением, не связанной с инфекцией COVID-19 и пациентам с инфекцией COVID-19 в амбулаторных условиях» (далее – приказ № 433)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. В приказе Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 615 изложить в новой редакции, утвержденные этим приказом:

Рекомендации (временные) об организации оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 (прилагаются);

Инструкцию о порядке организации эпидемиологического расследования случаев инфекции COVID-19, медицинского наблюдения и оказания медицинской помощи контактам I и II уровней по инфекции COVID-19 (прилагается).

2. В приказе Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 433:

подпункты 2.1 и 2.2 пункта 2 признать утратившими силу;

в приложении 2 к этому приказу:

пункты 3, 7, 8, 15-17, 19, подпункты признать утратившими силу;

пункт 18 изложить в следующей редакции:

«18. Врач медицинской (контактной) бригады:

заполняет Информированное согласие на проведение контролируемого амбулаторного лечения пациента с инфекцией COVID -19 согласно приложению 1;

предоставляет пациенту Памятку для пациентов по профилактике гриппа, ОРВИ, коронавирусной инфекции согласно приложению 2.».

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра Богдан Е.Л. и заместителя Министра – Главного государственного санитарного врача Республики Беларусь Тарасенко А.А.

Заместитель Министра



Б.Н. Андросюк

УТВЕРЖДЕНО  
Приказ Министерства  
здравоохранения  
Республики Беларусь  
*11.11.2020 № 1195*

РЕКОМЕНДАЦИИ (временные)  
об организации оказания медицинской  
помощи пациентам с инфекцией COVID-19

1. Настоящие Рекомендации (временные) об организации оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 (далее – Рекомендации) подготовлены на основании практического опыта оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 в части диагностики, лечения и маршрутизации пациентов, в том числе с учетом рекомендаций ВОЗ, зарубежных научных публикаций и материалов.

**2. Формы клинического течения инфекции COVID-19 по степени тяжести:**

**2.1. бессимптомная форма**

Бессимптомная форма характеризуется отсутствием жалоб; могут отмечаться признаки заболевания в виде рентгенологических изменений органов грудной клетки, незначительные изменения показателей лабораторных исследований крови;

**2.2. легкая форма**

**Острая респираторная вирусная инфекция** (поражение только верхних отделов дыхательных путей) с температурой тела ниже 38,5 °С, слабостью, anosмией, наличием лихорадочно-интоксикационного и катарального синдромов (кашель сухой или со скудной мокротой, заложенность носа или ринорея, боли в горле, конъюнктивит и т.д.) без признаков нарушения функции внутренних органов;

**2.3. среднетяжелая форма**

**Острая респираторная вирусная инфекция** с температурой тела выше 38,5 °С, кашлем, выраженной слабостью и лихорадочно-интоксикационным синдромом.

**Нетяжелая пневмония** с поражением нижних дыхательных путей без дыхательной недостаточности и признаков нарушения функции внутренних органов, подтвержденная методами лучевой диагностики (рентгенография, компьютерная томография) сохранением сознания, отсутствием заторможенности, ЧД не более 22 в минуту, ЧСС более 55 и менее 110 ударов в 1 мин; отсутствием боли в грудной клетке и кровохарканья, процентом сатурации кислорода (далее – SpO<sub>2</sub>) не менее 95% (по данным пульсоксиметрии); систолическим артериальным давлением выше 90 мм рт.ст.; содержанием лейкоцитов в общем анализе

крови более  $4,0 \times 10^9/\text{л}$  или менее  $20,0 \times 10^9/\text{л}$ ; лимфоцитов более  $1,0 \times 10^9/\text{л}$ ;

#### **2.4. тяжелая форма**

**Тяжелая пневмония** с поражением нижних дыхательных путей, подтвержденная методами лучевой диагностики (рентгенография, компьютерная томография (далее – КТ)), с признаками дыхательной недостаточности, снижением уровня сознания, выраженной слабостью, одышкой, ЧД более 22/мин;  $\text{SpO}_2 < 93\%$ , индекс оксигенации (далее –  $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2$ )  $< 300$  мм рт.ст.; прогрессирующим изменением в легких по данным КТ, рентгенографии; нестабильной гемодинамикой (систолическое АД менее 90 мм рт.ст. или диастолическое АД менее 60 мм рт.ст., диурез менее 20 мл/час); содержание лактата артериальной крови  $> 2$  ммоль/л;  $\text{qSOFA} > 2$  балла.

**Острый респираторный дистресс-синдром (далее – ОРДС)** – появление или усугубление дыхательной недостаточности в течение 5-7 дней от начала заболевания, двусторонние затемнения при рентгенологическом исследовании легких и снижение индекса оксигенации ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$  мм рт.ст.):

**легкий ОРДС:**  $200$  мм рт. ст.  $< \text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  и  $\leq 300$  мм рт. ст. (с положительным давлением на выдохе или с постоянным положительным давлением в дыхательных путях  $\geq 5$  см  $\text{H}_2\text{O}$  или без вентиляции);

**умеренный ОРДС**  $100$  мм рт.ст.  $< \text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  и  $\leq 200$  мм рт. ст. (с положительным давлением на выдохе  $\geq 5$  см  $\text{H}_2\text{O}$  или без вентиляции);

**тяжелый ОРДС:**  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 100$  мм рт. ст. (с положительным давлением на выдохе  $> 5$  см  $\text{H}_2\text{O}$  или без вентиляции).

#### **3. Факторы, отягчающие течение инфекции COVID-19:**

возраст пациентов старше 55 лет;

наличие хотя бы одного из перечисленных сопутствующих заболеваний:

морбидное ожирение ( $\text{ИМТ} \geq 40$ );

сахарный диабет;

хроническая кардиоваскулярная патология с сердечной недостаточностью;

хроническая патология легких (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких, бронхоэктатическая болезнь, муковисцидоз и т.д.);

злокачественные новообразования;

заболевание, лечение которого осуществляется с использованием иммуносупрессивных, глюкокортикоидных лекарственных средств;

трансплантация солидных органов или костного мозга,

туберкулез, вирусные гепатиты;

онкогематологические и системные заболевания соединительной ткани.

**4. Осложнения инфекции COVID-19:** сепсис и септический шок; тромбоэмболия легочной артерии; острый инфаркт миокарда; дыхательная (гипоксемия), сердечно-сосудистая, почечная, печеночная недостаточность, полиорганная недостаточность; тромбоцитопения; нарушение сознания.

#### **5. Порядок обследования пациентов на инфекцию COVID-19 при госпитализации**

5.1. За 2-5 дней до планируемой госпитализации врач общей практики (врач терапевт участковый, врач-педиатр участковый, врач-специалист):

собирает эпидемиологический анамнез;

оценивает наличие клинической симптоматики инфекции;

организует выполнение ПЦР исследования: беременной женщине для оказания акушерско-гинекологической помощи; пациенту и лицу, осуществляющему уход за пациентом, при планируемой госпитализации с целью проведения плановых хирургических и интервенционных вмешательств при отсутствии клинической симптоматики инфекции;

рекомендует пациенту и лицу, осуществляющему уход за пациентом контролировать и регистрировать температуру тела;

предупреждает о необходимости ограничения контактов с целью минимизации риска заражения.

5.2. При поступлении в приемном отделении оценивается наличие клинической симптоматики инфекции, эпидемиологический анамнез, результаты мониторинга температуры тела пациента и лица, осуществляющего уход за пациентом.

Лабораторная диагностика на инфекцию COVID-19 (определение анти-SARS-CoV-2 антител (иммуноглобулинов) или определение антигена-SARS-CoV-2) проводится по усмотрению врача.

5.3. Окончательное решение о госпитализации принимается в приемном отделении больничной организации с учетом наличия или отсутствия клинической картины инфекционного заболевания.

**6. Обязательной госпитализации пациентов с инфекцией COVID-19 с сортировкой на уровне приемного отделения (направление в общесоматическое отделение или в отделение анестезиологии и реанимации) подлежат пациенты со следующими заболеваниями:**

6.1. пневмонией с инфекцией COVID-19 (или подозрением на инфекцию COVID-19);

## 6.2. осложненным/тяжелым течением инфекции COVID-19.

7. Пациентам со среднетяжелой формой инфекции COVID-19, без факторов, отягчающих ее течение, может осуществляться **оказание медицинской помощи на дому** при обеспечении динамического наблюдения медицинскими работниками амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения.

Критерии определения показаний для госпитализации пациентов изложены в приложении 4 к Рекомендациям.

**8. Немедленному направлению в отделения анестезиологии и реанимации, без помещения в общесоматическое отделение подлежат пациенты с:**

SpO<sub>2</sub> ниже 88% при дополнительной подаче кислорода через носовые канюли (или лицевую маску) 5 л/мин;

одышкой 30 и более дыханий в мин. в покое при температуре тела до 38<sup>0</sup>С;

нарушением сознания, поведения (возбуждение);

PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> менее 250;

индекс SpO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> менее 315 при отсутствии возможности выполнения артериальной газометрии (свидетельствует о наличии ОРДС);

олигурией (0,5 мл/кг/ч);

систолическим артериальным давлением менее 80 мм рт. ст.

**Порядок ведения пациентов с инфекцией COVID-19 в отделениях анестезиологии и реанимации больничных организаций здравоохранения осуществляется в соответствии с приложением 1 к настоящим Рекомендациям.**

**Критерии готовности пациентов к снятию с ИВЛ и порядок снятия с ИВЛ осуществляется в соответствии с приложением 2 к настоящим Рекомендациям.**

**9. Лабораторные и инструментальные исследования, проводимые пациентам с инфекцией COVID-19 в стационарных условиях.**

**9.1. Среднетяжелая форма:**

общий анализ крови;

общий анализ мочи с обязательным определением удельного веса мочи;

биохимический анализ крови (СРБ, глюкоза, мочевины, креатинин, Na, K, Cl, ЛДГ, КФК, общий белок, альбумин, АЛТ, АСТ, билирубин);

анализ крови на прокальцитонин (в случае подозрения на вторичные бактериальные осложнения при наличии возможности, при

10.2. По показаниям допускается назначение ЛС, не указанных в Рекомендациях (офф-лейбл), если это обосновано международными клиническими рекомендациями и руководствами по лечению коронавирусной инфекции. В этом случае назначение ЛС осуществляется врачебным консилиумом в установленном порядке с получением письменного информированного согласия пациента или его законного представителя.

10.3. Лечение сопутствующих заболеваний и осложнений осуществляется в соответствии с утвержденными Министерством здравоохранения клиническими протоколами. При оказании медицинской помощи пациенту с коронавирусной инфекцией допускается применение по жизненным показаниям ЛС, не зарегистрированных в Республике Беларусь на момент утверждения приказа, исключительно в случаях, указанных в части второй статьи 8 Закона Республики Беларусь от 20 июля 2006 г. № 161-З «О лекарственных средствах».

10.4. Порядок ведения пациентов с инфекцией COVID-19 на амбулаторном этапе изложен в приложении 4 к настоящим Рекомендациям.

10.5. Перечень ЛС, которые рекомендуются для назначения пациенту с инфекцией COVID-19 врачом общей практики (участковым терапевтом, врачом-специалистом) медицинской бригады в амбулаторных условиях, включает:

при повышении температуры выше 38,5С – парацетамол 500 мг (не более 3,0 г в сутки);

при подозрении на бактериальную инфекцию – одно из следующих противомикробных лекарственных средств или их комбинацию в течение 7-10 дней:

Амоксициллин/клавулановая кислота 875/125 мг, по 1 таб. 2 раза в сутки; или 500мг/125мг по 1 табл. 3 раза в день;

или Азитромицин 500 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней;

или Кларитромицин 500 мг, по 1 таб. 2 раза в сутки;

или Цефуроксим аксетил 500 мг, по 1 таб. 2 раза в сутки;

или Левофлоксацин 750 мг, по 1 таб. 1 раз в сутки;

с целью антиагрегантной терапии пациентам, которые не получали до заболевания COVID-19 антикоагулянтные и антиагрегантные препараты – ацетилсалициловая кислота (при отсутствии противопоказаний), таблетки 75мг 1 раз в день;

фамотидин (при отсутствии противопоказаний) 20мг 1 раз в день.

муколитики (ацетилцистеин) – по показаниям.

10.6. Антибактериальная терапия назначается только в случае подозрения на бактериальную инфекцию.

В качестве стартовой терапии используются защищенные аминопенициллины, цефалоспорины II и III поколений, макролиды и респираторные фторхинолоны (цефалоспорины III поколения и респираторные фторхинолоны должны использоваться преимущественно при оказании медицинской помощи пациентам в стационарных условиях).

Повторные курсы антибактериальной терапии назначаются только при наличии убедительных клинико-лабораторных и инструментальных данных, свидетельствующих о наличии бактериальной инфекции.

При появлении симптомов, характерных для антибиотико-ассоциированной диареи, оптимальна отмена антибактериальной терапии (применение антибиотиков продолжается только при наличии клинических и диагностических признаков бактериальной инфекции, потенциально угрожающей жизни пациента).

10.7. Выписка антибактериальных ЛС пациентам с инфекцией COVID-19 в сочетании с бактериальной инфекцией или подозрении на неё осуществляется на бесплатной основе на полный курс лечения.

**10.8. При лечении на дому пациента с COVID-19 ассоциированной пневмонией, лекарственные средства Гидроксихлорохин или Хлорохина фосфат не назначаются.**

**11. Лечение пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми формами инфекции COVID-19.**

**11.1. При лечении пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми формами внебольничной пневмонии с инфекцией COVID-19 в стационарных условиях, с учетом сопутствующих заболеваний, назначаются:**

Гидроксихлорохин 200 мг, по 1 таб. 2 раза в сутки 6-10 дней перорально;

антибактериальные лекарственные средства – только при невозможности исключить бактериальный компонент пневмонии на основании клинических и лабораторных данных.

Назначение лекарственных средств Гидроксихлорохина/ Хлорохина фосфат для лечения инфекции COVID-19 осуществляется посредством проведения врачебного консилиума, с информированным согласием пациента или его законных представителей (приложение 7 настоящих Рекомендаций), со строгим контролем безопасности лечения. Необходимо учесть применение у пациента иных лекарственных средств, удлиняющих интервал QT (в том числе, макролидных антибиотиков – кларитромицин, азитромицин и респираторных фторхинолонов – левофлоксацин, моксифлоксацин) и обеспечить контроль показателей калия в биохимическом анализе крови.



Альтернативой Гидроксихлорохину является Хлорохина фосфат 250 мг, по 2 таб. 2 раза в сутки 6 дней, назначаемый в режиме монотерапии (без азитромицина).

До первого приема назначенного лекарственного средства Гидроксихлорохин/Хлорохин пациенту осуществляется ЭКГ с целью контроля за динамикой корригированного интервала QTc и оперативного устранения причин, вызвавших нарушение проводимости.

Продолжительность корригированного интервала QT не должна превышать 480 мс. При превышении значения данного показателя, необходима консультация кардиолога с назначением, при необходимости, бета-адреноблокаторов (например, метопролола, бисопролола и др.). При появлении жалоб на аритмию, другую кардиальную симптоматику выполняется внеочередное ЭКГ исследование. В дальнейшем регистрация ЭКГ осуществляется через 1 сутки и через 5 суток (по показаниям – индивидуально).

При назначении Гидроксихлорохина/Хлорохина в комбинации с другими лекарственными средствами необходим тщательный контроль взаимодействия лекарственных средств.

**11.2. Медицинская помощь пациентам с пневмонией оказывается в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения пневмоний,** утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 5 июля 2012 г. № 768.

**Решение о продолжении или отмене антибиотикотерапии принимается с учетом определения прокальцитонина крови** (< 0,5 нг/мл – низкий риск бактериальной инфекции, системная инфекция маловероятна; от 0,5 до 2 нг/мл – есть риск бактериальной инфекции; для уточнения диагноза повторить измерение в течение 6-24 часов; > 2 нг/мл – высокий риск бактериальной инфекции (чувствительность 85%, специфичность 93%. При уровне прокальцитонина крови  $\geq 0,25$  и < 0,5 нг/мл вопрос о назначении антибиотиков следует решать индивидуально; при < 0,25 нг/мл лечение антибиотиками должно быть прекращено), а также другими данными клинико-диагностических и лабораторных исследований.

Учитывая превалирующее значение *K.pneumoniae* в развитии осложнений, у пациентов, находящихся в стационаре более 48 часов или в отделении интенсивной терапии, сохраняющей чувствительность только к колистиметату натрия, тигециклину или являющейся панрезистентной, оптимальными схемами стартовой эмпирической терапии инфекций являются карбапенем (меропенем, дорипенем, имипенем/циластатин) + колистиметат натрия или карбапенем (меропенем, дорипенем, имипенем/циластатин) + тигециклин или

двойная терапия карбапенемами (меропенем- или дорипенем в сочетании с эртапенемом, используется только в случае панрезистентной клебсиеллезной инфекции, нечувствительной ни к одному из резервных антибактериальных лекарственных средств – колистиметату натрия и тигециклину). При подозрении на полирезистентную грамположительную флору к вышеуказанным схемам (кроме схем, содержащих тигециклин) могут быть добавлены оксазолидиноны (линезолид) или гликопептиды (ванкомицин, тейкоплакин).

**Всем пациентам с пневмонией рекомендовано длительное пребывание в прон-позиции.**

**11.3. У пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми формами внебольничной пневмонии с инфекцией COVID-19,** вследствие частого использования антибактериальных лекарственных средств и наличия выраженной сопутствующей патологии высок риск развития диареи, вызванной *Clostridium difficile* (далее – *Cl.difficile*).

При установлении (при невозможности лабораторного подтверждения – обоснованном подозрении) диагноза диареи, вызванной *Cl.difficile* необходимо:

отменить все ранее назначенные антибактериальные лекарственные средства (при наличии возможности, исходя из имеющейся у пациента иной патологии);

оценить необходимость продолжения использования лекарственных средств, снижающих кислотность желудочного сока (ингибиторы H<sub>2</sub>-рецепторов, блокаторы протонной помпы, антациды);

не использовать препараты, угнетающие перистальтику ЖКТ, в том числе лоперамид;

восполнять теряемую пациентом жидкость и электролиты (пероральная регидратация солевыми растворами в минимальном объеме от 2,0 л в сутки дробно) с оценкой в динамике продолжающихся потерь жидкости (перспирация, рвота, диарея и т.д.) для определения объема дополнительной регидратации (ориентировочно по 200 мл жидкости дополнительно на каждый акт дефекации);

начать лечение индуцированной диареи, вызванных *Cl.difficile*:

при первом эпизоде инфекции (нетяжелом течении): ванкомицин (перорально 250 мг 4 раза в день 10 дней) или тейкопланин (перорально 200 мг 2 раза в день 10 дней). В качестве альтернативной терапии в случае недоступности или наличия аллергических реакций на вышеуказанные лекарственные средства может быть использован метронидазол (перорально 500 мг 3 раза в день 10 дней);

при тяжелом течении: ванкомицин (перорально или в назогастральный зонд 500 мг 4 раза в сутки) или тейкопланин

(перорально или в назогастральный зонд 400 мг 2 раза в сутки) и метронидазол (внутривенно 500 мг 3 раза в сутки) в течение 10-14 дней. При неэффективности назначенной схемы в течение 3-5 дней лечения показана консультация врача-инфекциониста для уточнения диагноза и коррекции проводимой терапии;

при развитии кишечной непроходимости возможно дополнительное введение ванкомицина per rectum в виде удерживающих клизм в дозе 500 мг на 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида каждые 6 часов.

Показаниями к выполнению экстренного хирургического вмешательства являются перфорация толстой кишки и острая кишечная непроходимость.

Излечением считается отсутствие индуцированной диареи в течение 2 последовательных дней после окончания стандартной схемы терапии.

У пациентов молодого возраста с индуцированной нетяжелой диареей, при отсутствии тяжелой и/или множественной сопутствующей патологии, возможна отмена антибактериального лекарственного средства, явившегося причиной диареи, без одномоментного назначения лекарственных средств для лечения *Cl.difficile*.

При этом необходимо обеспечить тщательное наблюдение за состоянием пациента в течение 48 часов. В случае исчезновения / значительного уменьшения симптомов заболевания в указанный период времени назначение специфических антибактериальных лекарственных средств для лечения *Cl.difficile* не требуется. При отсутствии положительной динамики или ухудшении клинического состояния пациента на фоне отмены антибактериального лекарственного средства, вызвавшего диарею, сразу же назначаются лекарственные средства для лечения *Cl.difficile*.

При индуцированной диарее категорически запрещается назначение лекарственных средств, угнетающих моторику желудочно-кишечного тракта (лоперамида) вследствие высокого риска развития токсического мегаколона и септического шока на фоне их применения.

У пациентов с факторами риска развития инфекций, вызванных *Cl.difficile*, в целях снижения риска развития индуцированной диареи возможно профилактическое назначение пробиотиков, одновременно с антибактериальными препаратами (например, *Saccharomyces boulardii*, порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 100мг, капсулы 250мг).

#### **11.4. Гидратационно-инфузионная терапия.**

У пациентов с инфекцией COVID-19 необходимо поддерживать нулевой водной баланс, учитывая, что потребность организма в

жидкости соответствует количеству теряемой жидкости и составляет в среднем 20-30 мл на кг идеальной массы тела в сутки (рассчитывается по формуле Лоренца<sup>1</sup>).

Образующаяся в организме в результате обменных процессов вода составляет около 300 мл, остальное пациент должен получать перорально (питье, прием пищи) и/или с помощью инфузионной терапии. Целевые показатели для пациентов без изогипостенурии составляют: удельный вес мочи 1015-1017, гематокрит 35-45, натрий плазмы крови 135-145 ммоль/л.

Потери жидкости включают: фактический диурез, потоотделение – 500 мл (повышение температуры тела на 1°С свыше 37°С вызывает дополнительную потерю жидкости около 10 мл/кг/сут; усиление потоотделения, лихорадка – до 1000-1500 мл), дыхание – 400 мл (при тахипноэ, ИВЛ дополнительные потери составляют до 500 мл), стул – 100 мл. Соответственно, при развитии диареи, рвоты потери жидкости пропорционально возрастают.

Дефицит интерстициальной жидкости можно рассчитать по формуле:

дефицит жидкости (в литрах) =  $(1 - 40/Ht) \times M \text{ тела (в кг)} \times 0,2$ , где Ht – фактический гематокрит, M – идеальная масса тела, 0,2 – коэффициент объема внеклеточной жидкости.

Восполнение дефицита жидкости следует осуществлять постепенно с учетом наличия сопутствующих заболеваний под контролем ЧСС, АД, диуреза в течение 24-48-72 часов.

У пациентов пожилого возраста, в том числе с сопутствующей кардиальной патологией, стоит проводить коррекцию регидратационной терапии из расчета 20-25 мл/кг/сут, с преимущественным приемом жидкости внутрь. У пациентов с острой и хронической сердечной недостаточностью объем потребляемой жидкости (инфузионная терапия проводится при невозможности энтерального введения) определяется степенью декомпенсации сердечной деятельности.

При 1-й степени – восполнению подлежит фактическая потребность в жидкости, при 2-й степени – 80%, при 3-й степени – 50% от фактической потребности. При олигоурии/анурии восполняются фактические потери жидкости – перспирационные потери (дыхание, потоотделение) +/- диурез.

---

<sup>1</sup> Расчет идеального веса по формуле Лоренца (с учетом пола и роста).  
Идеальный вес для мужчин =  $(\text{рост} - 100) - (\text{рост} - 152) \times 0,2$ .  
Идеальный вес для женщин =  $(\text{рост} - 100) - (\text{рост} - 152) \times 0,4$ .  
Рост учитывается в сантиметрах, вес в килограммах.

**11.5.** Терапию ингибиторами ИЛ-6 рекомендуется инициировать до развития тяжелого поражения легких с целью подавления цитокинового шторма и предотвращения развития полиорганной недостаточности.

**Лекарственное средство Тоцилизумаб** может быть назначен пациентам с:

интерстициальной пневмонией с тяжелой дыхательной недостаточностью;

быстрым угнетением дыхательной функции, которое требует неинвазивной или инвазивной вентиляции легких;

наличием внелегочных дисфункций (например, септический шок или органная/ полиорганная недостаточность);

повышенным уровнем ИЛ-6 или Д-димеров или

быстрым повышением уровня С - реактивного протеина (увеличением в течение суток в три - четыре раза по сравнению с исходным уровнем), резким подъемом температуры с признаками нарастания дыхательной недостаточности после мнимого улучшения (снижение температуры в течение нескольких дней после фебрильной лихорадки). Введение лекарственного средства Тоцилизумаб целесообразно осуществлять на пике температурной реакции, не дожидаясь резкого нарастания дыхательной недостаточности при исключении инфекционных осложнений заболевания, что подтверждается уровнем прокальцитонина крови.

При этом раннее **назначение лекарственного средства Тоцилизумаб** показано в случае нуждаемости пациента во вспомогательной респираторной поддержке кислородом с большим потоком (преимущественно на 8-12 дни от появления первых симптомов) и наличии дополнительных факторов риска тяжелого течения инфекции COVID-19 (сахарный диабет, избыточная масса тела и др.).

**Назначение лекарственного средства Тоцилизумаб не рекомендуется** в случае:

значений АСТ и/или АЛТ выше 5 верхних границ нормы содержания нейтрофилов в общем анализе крови  $< 500$ /мкл; содержания тромбоцитов в общем анализе крови периферической крови  $< 50.000$ /мкл;

сепсиса, вызванного иными патогенами, кроме SARS-CoV-2;

наличия у пациента коморбидных состояний, которые являются прогностически неблагоприятными для его жизни, осложненного дивертикулита или перфорации кишечника, инфекции кожи и мягких тканей, получения пациентом после трансплантации иммуносупрессивной терапии.