



МІНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

21.05.2020 № 557

г. Мінск

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ПРИКАЗ

г. Минск

Об изменении приказов
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь от 24 апреля
2020 г. № 488 и от 20 апреля 2020 г.
№ 453

В соответствии с Положением о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, с целью совершенствования принимаемых мер по своевременной диагностике и лечению пациентов с инфекцией COVID-19

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24 апреля 2020 г. № 488 «Об отдельных вопросах оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19» следующие изменения:

в пункте 8:

из подпункта 8.4 абзацы шестой и седьмой исключить;

дополнить пункт подпунктами 8.6-8.8 следующего содержания:

«8.6 Назначение лекарственного средства Фавипиравир.

Назначение лекарственного средства Фавипиравир рекомендовано пациентам со среднетяжелым течением инфекции COVID-19 и осуществляется посредством проведения врачебного консилиума и при условии информированного согласия пациента или его законных представителей со строгим контролем безопасности лечения.

Режим дозирования лекарственного средства Фавипиравир: 1600 мг 2 раза в сутки первый день, 2-й и последующие дни – 600 мг 2 раза в сутки. Длительность приема 5-7 дней.

Противопоказания к назначению лекарственного средства Фавипиравир: беременность, в том числе подозрение на беременность, период лактации, детский возраст, повышенная чувствительность к компонентам лекарственного средства. Особая осторожность необходима

при гиперурикемии и подагре, пациентам с печеночной недостаточностью.

8.7 Профилактика и лечение тромбозов, коагулопатий и ДВС-синдрома.

Фармакологическая тромбопрофилактика низкомолекулярными гепаринами (далее – НМГ) должна проводиться всем госпитализированным пациентам при отсутствии противопоказаний (активное кровотечение, уровень тромбоцитов $\leq 25 \times 10^9/\text{л}$).

Профилактические дозы НМГ (ежедневное подкожное введение)

Масса тела, кг	Эноксапарин	Далтепарин	Надропарин
< 50	20 мг	2500 ЕД	2850 ЕД
50-90	40 мг	5000 ЕД	5700 ЕД
91-130	60 мг	7500 ЕД	7600 ЕД
131-170	80 мг	10000 ЕД	9500 ЕД
> 170	0,6 мг/кг/сут.	75 ЕД/кг/сут.	86 ЕД/кг/сут.

В случае невозможности применения НМГ (гепарин индуцированная тромбоцитопения) препаратом выбора является фондапаринукс 2,5 мг подкожно 1 раз в сутки.

Коррекция доз НМГ и фондапаринукса при нарушении функции почек

Клиренс креатинина, мл/мин	Эноксапарин	Далтепарин	Надропарин	Фондапаринукс
15-30	Снижение до 20 мг 1р/сут	Не требуется (длительность применения 10 суток)	Снижение на 25-33%	Снижение до 1,5 мг 1 р/сут или введение 2,5 мг 1 раз в 2 суток
<15	–	–	–	При клиренсе креатинина < 20 мл/мин – противопоказан

При наличии у пациента терминальной почечной недостаточности (клиренсе креатинина < 15 мл/мин), являющейся противопоказанием для введения НМГ, назначается нефракционированный гепарин в дозе 5000 МЕ подкожно 2 раза в день.

У пациентов с внезапным ухудшением оксигенации крови, дыхательной недостаточностью, снижением артериального давления исключить возможность развития тромбоза легочной артерии (далее – ТЭЛА, см. Клинический протокол лечения и профилактики венозной тромбозии, утвержденный приказом Министерства

здравоохранения Республики Беларусь от 14 февраля 2011 г. № 150 «Об утверждении некоторых клинических протоколов»).

При уровне D-димеров в 3-4 раза выше верхней границы нормы на момент поступления в стационар (отделение) либо их прогрессивном увеличении на фоне проводимой тромбoproфилактики, развития тромбозов, эпизодов ТЭЛА при отсутствии противопоказаний (активное кровотечение, уровень тромбоцитов $\leq 25 \times 10^9/\text{л}$) назначаются лечебные дозы НМГ или нефракционированного гепарина.

Лечебные дозы НМГ: далтепарин натрия – 100 МЕ/кг через 12 часов подкожно или 200 МЕ/кг подкожно один раз в сутки; надропарин кальция – 86 МЕ/кг болюс, затем 86 МЕ/кг через 12 часов подкожно; эноксапарин натрия 100 МЕ/кг через 12 часов подкожно.

Доза нефракционированного гепарина подбирается индивидуально с контролем по уровню активированного частичного тромбопластинового времени (далее – АЧТВ) или относительным значениям АЧТВ с расчетом $R(\text{АЧТВ}) = \text{Ratio}$ (отношение) АЧТВ, которое представляет собой отношение АЧТВ пациента к АЧТВ контроля.

Целевое значение АЧТВ пациента при внутривенном введении нефракционированного гепарина должно быть в 1,5-2,3 раза больше контрольного (АЧТВ 60-85 сек или $R(\text{АЧТВ})$ 1,5-2,3).

После первого введения болюса нефракционированного гепарина первое контрольное определение АЧТВ осуществляют через 10-15 минут.

При уровне АЧТВ 60-85 сек ($R(\text{АЧТВ}) = 1,5-2,3$) продолжают введение антикоагулянта в выбранном режиме и в назначенной дозе. Повторный контроль осуществляют через 6 часов.

Зарегистрированный дважды подряд с интервалом времени в 6 часов уровень АЧТВ 60-85 сек ($R(\text{АЧТВ}) = 1,5-2,3$) позволяет перейти в режим контроля, выполняемый 1 раз в сутки при стабильном состоянии пациента.

Если уровень АЧТВ ($R(\text{АЧТВ})$) не укладывается в целевой диапазон, проводится коррекция скорости титрования гепарина в соответствии с одной из номограмм.

Номограмма дозирования гепарина по уровню АЧТВ

АЧТВ (сек)	Повторить болюс (МЕ)	Прекратить инфузию (мин)	Коррекция дозы (МЕ/кг/час)	Время следующего измерения АЧТВ
Стартовый болюс 80 МЕ/кг (не более 5000 МЕ), затем инфузия 18 МЕ/кг/час (не более 1250 МЕ/час)				
< 50	5000	0	+ 3 МЕ/кг/час	6 ч.
50 - 59	0	0	+ 3 МЕ/кг/час	6 ч.
60 - 85	0	0	Без изменений	Следующее утро

86 - 95	0	0	- 2 МЕ/кг/час	Следующее утро
96 - 120	0	30	- 2 МЕ/кг/час	6 ч.
> 120	0	60	- 4 МЕ/кг/час	6 ч.

Номограмма для введения нефракционированного гепарина с использованием R(АЧТВ)

R(АЧТВ)	Коррекция дозы
	Стартовый болюс 80 МЕ/кг (не более 5000 МЕ), затем инфузия 18 МЕ/кг/час (не более 1250 МЕ/час)
< 1,2	Болюс 80 МЕ/кг + увеличить инфузию на 4 МЕ/кг/час
1,2 - 1,5	Болюс 40 МЕ/кг + увеличить инфузию на 2 МЕ/кг/час
1,5 - 2,3	Без изменений
2,4 - 3	Уменьшить скорость инфузии на 2 МЕ/кг/час
> 3	Остановить введение на 1 час, затем продолжить, уменьшив скорость введения на 4 МЕ/кг/час

При возможности для оценки антикоагулянтного потенциала системы гемостаза выполняется контроль концентрации антитромбина III.

ДВС-синдром развивается на поздних стадиях заболевания. Диагностика ДВС осуществляется с помощью балльной шкалы. Оценка < 5 баллов означает, что ДВС отсутствует, при необходимости перерасчет повторяют каждые 1-2 дня.

Балльная шкала оценки ДВС

	Параметр	Баллы
Тромбоциты, $\times 10^9/\text{л}$	> 100	0
	50-100	1
	< 50	2
D-димеры	Нет повышения	0
	Умеренное (до 10 раз от верхней границы нормы)	2
	Выраженное (> 10 раз от верхней границы нормы)	3
Фибриноген, г/л	> 1	0
	< 1	1
Удлинение протромбинового времени, сек	< 3	0
	3-6	1
	> 6	2
ДВС устанавливается при наличии ≥ 5 баллов		

При установлении диагноза ДВС-синдрома при наличии гипокоагуляции по данным коагулограммы с критериями МНО > 1,5 или R(АЧТВ) > 1,5 и повышенной кровоточивости назначают:

трансфузии СЗП в начальной дозе 12-15 мл/кг;

при уровне фибриногена $< 1,5$ г/л рекомендуются трансфузии криопреципитата 1 доза на 10 кг веса тела пациента;

трансфузии тромбоцитов – для поддержания уровня тромбоцитов $> 50 \times 10^9$ /л.

Антифибринолитические лекарственные средства при ДВС-ассоциированном с COVID-19 не используются.

8.8 Назначение глюкокортикостероидов.

Глюкокортикоиды могут быть назначены пациентам в отделениях анестезиологии и реанимации и общесоматических отделениях больничных организаций здравоохранения.

В общесоматическом отделении глюкокортикоиды могут быть назначены пациентам с подтвержденной COVID-инфекцией и двухсторонним поражением легких (по результатам КТ грудной клетки или рентгенографии грудной клетки), нуждающимся в подаче кислорода через носовые канюли не менее 5 л/мин в прон-позиции и сохранении SpO₂ не выше 92%.

Предпочтительным является назначение Метилпреднизолона в дозе 0,5 - 1 мг/кг в сутки, разделенной на 2 введения внутривенно (болюсно или титрованием) в течение 3-х суток, с возможностью продления в той же дозе до 7 суток. Возможно назначение Дексаметазона в дозе 8 мг в сутки, разделенной на 2 введения внутривенно титрованием в течение 3-х суток с возможностью продления в той же дозе до 7 суток.

В отделении анестезиологии и реанимации глюкокортикоиды могут быть назначены пациентам с подтвержденной COVID-инфекцией с одним или несколькими признаками:

интерстициальной пневмонией с большим объемом поражения легких по данным компьютерной томографии (среднетяжелая или тяжелая форма пневмонии, Приложение 6) и/или тяжелой дыхательной недостаточностью (SpO₂ 85% и ниже при дыхании воздухом, 90% и ниже в прон-позиции (если это возможно) при подаче кислорода через носовые канюли 5 л/мин; одышка 30 и более дыханий в мин при температуре до 38⁰С; индекс оксигенации менее 250, при отсутствии возможности выполнения артериальной газометрии – индекс SpO₂/FiO₂ менее 315;

прогрессирующим увеличением уровня С-реактивного белка (выше 50 мг/л) на фоне быстрого ухудшения дыхательной функции и/или отрицательной динамики по данным КТ или рентгенографии органов грудной клетки;

наличием внелегочных дисфункций (например, миокардит, гепатит, нефрит, септический шок или органная/полиорганная недостаточность).

Предпочтительным является назначение Метилпреднизолона, который назначается из расчета 250 мг/сутки внутривенно (болюсно или титрованием) 3 дня, далее 125 мг/сутки внутривенно (болюсно или титрованием) с 4 по 6 дни.

Возможно назначение эквивалентных доз Преднизолона (300 мг/сутки внутривенно (болюсно или титрованием) 3 дня, далее 150 мг/сутки внутривенно (болюсно или титрованием) с 4 по 6 дни или Дексаметазона внутривенно капельно (16 мг /сут 3 дня, далее 12 мг/сут с 4 по 6 дни).

В последующем дозы глюкокортикоидов снижаются на 50% каждые 3 суток до полной отмены.

При крайне тяжелом состоянии пациента с угрозой летального исхода в течение суток на основании заключения врачебного консилиума рассмотреть вопрос о проведении пульс-терапии: метилпреднизолон внутривенно титрованием до 1000 мг в сутки на протяжении 3-х суток с последующим снижением дозы на 50% каждые трое суток до полной отмены.»;

пункт 10 изложить в следующей редакции:

«10. Критерии перевода/выписки пациентов с инфекцией COVID-19:

10.1. критерии перевода пациентов с инфекцией COVID-19 из больничной организации здравоохранения для дальнейшего продолжения лечения (долечивания) в выделенные для этих целей больничные организации здравоохранения:

нормальная или субфебрильная (до 37,4⁰С) температура тела в течение 3-х суток до выписки без применения жаропонижающих препаратов;

отсутствие дыхательной недостаточности (одышки, частота дыхания менее 25/мин, SpO₂ ≥ 96% при дыхании атмосферным воздухом);

10.2. критерии выписки пациентов с инфекцией COVID-19 из больничной организации здравоохранения для дальнейшего наблюдения и продолжения лечения в амбулаторных условиях:

возраст ≤ 60 лет (лица пожилого возраста переводятся для долечивания в выделенные больничные организации здравоохранения и выписываются после полного выздоровления);

нормальная или субфебрильная (до 37,4⁰С) температура тела в течение 3-х суток до выписки без применения жаропонижающих препаратов;

отсутствие дыхательной недостаточности (одышки, частота дыхания менее 22/мин, SpO₂ ≥ 96% при дыхании атмосферным воздухом);

снижение С-реактивного белка до менее 2-х значений верхней границы нормы, содержание лейкоцитов в общем анализе крови более $3,0 \times 10^9/\text{л}$;

отсутствие других заболеваний или состояний, требующих пребывания пациента в стационарных условиях;

учитываются результаты лабораторной диагностики (пункт 11.3 рекомендаций).

Возможность перевода/выписки пациента определяется по совокупности указанных критериев.

При выписке пациента для продолжения лечения (долечивания) в амбулаторных условиях обеспечивается преемственность между амбулаторно-поликлинической и стационарной организацией здравоохранения.»;

пункт 11 изложить в следующей редакции:

«11. Порядок проведения тестирования пациентов.

11.1. Забор материала для всех исследований осуществляется по месту госпитализации/самоизоляции пациента, места работы медицинского персонала. Материал для выполнения ПЦР направляется в молекулярно-генетические лаборатории, закрепленные действующими нормативными документами за организацией здравоохранения.

При проведении лабораторного тестирования учесть, что при выполнении ПЦР ранее забранного материала у госпитализированных пациентов, проведение лабораторного исследования на 5-й и более дни не имеет клинико-эпидемиологического значения.

Серологическое исследование выполняется в лаборатории организации здравоохранения, осуществляющей забор биоматериала, при невозможности – в диагностических лабораториях, закрепленных за организацией здравоохранения действующими нормативными документами, а также, при необходимости, в амбулаторных условиях (капиллярная кровь).

Клинико-лабораторные критерии установления диагноза COVID-19.

1. Однократный положительный тест ПЦР.
2. Типичная рентгенологическая симптоматика (по данным компьютерной томографии) и клиническая картина, в том числе, в сочетании с положительным тестом лабораторной диагностики (в т.ч. экспресс – методами¹).
3. Два положительных теста серологической диагностики (в т.ч. экспресс–методами) с интервалом не менее суток.

Для установления диагноза достаточно наличия у пациента одного

¹ Серологическая диагностика COVID-19.

из клинико-лабораторных критериев.

Медицинский работник организации здравоохранения (за исключением организации скорой медицинской помощи) при установлении диагноза COVID-19 направляет в рабочем порядке² экстренное извещение по форме, установленной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 22 декабря 2006 г. № 976 «Об утверждении форм первичной медицинской документации по учету инфекционной заболеваемости», в центр гигиены и эпидемиологии по месту жительства (пребывания) пациента (для иногородних пациентов или при отсутствии у них сведений о месте жительства (пребывания) по месту расположения организации здравоохранения, выявившей случай).

В центрах гигиены и эпидемиологии для регистрации и учета случаев COVID-19 используется Единая информационная система санитарно-эпидемиологической службы (ЕИС-СЭС).

11.2. Лабораторному обследованию на инфекцию COVID-19 подлежат:

Контакты I уровня

Первичное тестирование.

Выполняется ПЦР назофарингеальных мазков на 3-5 сутки от момента контакта:

если «+» - см. Легкие и бессимптомные формы

если «-» - наблюдение.

Повторное тестирование на 13 сутки от момента контакта:

Выполняется серологическая диагностика IgM, IgG к SARS-CoV-2 (далее - экспресс-тест):

если экспресс-тест IgM«-», IgG«-»; IgM«-», IgG «+» – закрытие листка нетрудоспособности на 14-й день от момента контакта;

если экспресс-тест IgM«+», IgG«-» или «+» – см. Легкие и бессимптомные формы.

При отсутствии экспресс-тестов проводится ПЦР на 10-12-й день от момента контакта.

Пациенты с инфекцией COVID-19:

Легкие и бессимптомные формы

Выявление (первичное тестирование): в процессе тестирования контактов, по эпидпоказаниям, а также в иных случаях методами ПЦР диагностики или экспресс-тестирования.

Бессимптомная форма: повторное тестирование* (экспресс-тест) на 14 сутки от момента контакта:

² Рабочий порядок – передача информации о выявленном случае (подозрении на случай) в течение 12 часов с момента выявления случая.

если экспресс-тест IgM«-», IgG«-»; IgM«-», IgG «+» – закрытие листка нетрудоспособности;

если экспресс-тест IgM«+», IgG«-» или «+» – закрытие листка нетрудоспособности на 21 день от момента контакта.

Легкая форма: повторное тестирование* (экспресс-тест) на 14 сутки или после исчезновения клинических симптомов:

если экспресс-тест «-» - закрытие листка нетрудоспособности;

если экспресс-тест «+» - закрытие листка нетрудоспособности на 21 день от момента контакта.

* Если ПЦР при первичном тестировании «+», экспресс-тестирование не проводится.

При проведении серологического тестирования на амбулаторном этапе, в том числе, на внебюджетной основе, применяется следующий порядок наблюдения за пациентом:

при выявлении IgM«-» и IgG«-» или «+» – наблюдение не требуется;

при выявлении IgM«+» и IgG«-» или «+» пациент направляется к врачу-инфекционисту амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения для организации медицинской помощи, в том числе, применения мер по самоизоляции.

Среднетяжелая и тяжелая форма, подозрительные/ вероятные случаи:

выполняется КТ органов грудной клетки и, при наличии типичной рентгенологической картины (Приложение 6 к настоящему приказу), подтверждающей диагноз пневмонии, ассоциированной с инфекцией COVID-19, оказывается необходимая медицинская помощь. Экспресс-тестирование осуществляется на 5-10 сутки от момента госпитализации;

выполняется рентгенографическое исследование органов грудной клетки (при отсутствии возможности проведения компьютерной томографии) и по клиническим показаниям для подтверждения диагноза и начала лечения пневмонии off-label – ПЦР исследование по «Cito!». Исследование с использованием экспресс-теста проводится через 3-5 дней, если ПЦР исследование не проводилось или результат был отрицательным;

выполняется лабораторное исследование с использованием экспресс-теста при отсутствии рентгенологической (КТ органов грудной клетки) картины пневмонии и при наличии клинических признаков инфекции COVID-19 для исключения/подтверждения инфекции COVID-19 (при отсутствии результатов лабораторных исследований ранее).

11.3 Порядок лабораторного исследования при выписке/переводе пациента.

Лабораторное исследование осуществляется исходя из предполагаемой тактики дальнейшего ведения пациентов:

Стратегия 1: перевод для проведения медицинской реабилитации/санаторно-курортного лечения:

в выделенные организации здравоохранения на республиканском уровне оказания медицинской помощи (ГУ Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации, ГУ «Республиканская больница спелеолечения») и организации здравоохранения в областях республики, в соответствии с медицинскими показаниями и противопоказаниями для направления пациентов после перенесенной инфекции COVID-19 на медицинскую реабилитацию в стационарных условиях, утвержденными приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21 апреля 2020 г. № 462 «Об организации проведения медицинской реабилитации пациентам после перенесенной внебольничной пневмонии»;

в санаторно-курортные организации для долечивания лиц из групп риска в порядке, утвержденном приказом Министерства здравоохранения и Министерства труда и социальной защиты от 18 мая 2020 г. № 54/537.

Перевод осуществляется после проведения ПЦР диагностики COVID-19 и получения отрицательного результата исследования.

В выписке из медицинских документов (эпикризе) в обязательном порядке указываются результаты ПЦР диагностики, рекомендованные мероприятия по продолжению приема лекарственных средств, реабилитации и санаторно-курортному лечению.

Стратегия 2: продолжение стационарного лечения (по показаниям, при тяжелом течении болезни) до полного выздоровления или длительности заболевания не менее 21 дня; выписка или перевод на стратегию 3 и 4 проводится после экспресс-тестирования и получения «IgM «-» и/или IgG «+».

Стратегия 3: продолжение стационарного лечения (по показаниям) до полного выздоровления или перевод на долечивание в выделенные организации здравоохранения (COVID-19«+») (лабораторная диагностика при переводе не проводится), откуда в последующем пациент выписывается домой не ранее 21 дня от начала заболевания (суммарно) – при выписке лабораторная диагностика не проводится.

Стратегия 4: перевод на амбулаторное наблюдение, пациент находится на режиме самоизоляции не менее 21 дня суммарно

(лабораторная диагностика при переводе не проводится). После чего пациент допускается к труду (иным социальным видам деятельности) без выполнения лабораторной диагностики вируса.»;

в Приложении 4 к этому приказу пункт 1 Порядка ведения пациента с легкой и бессимптомной формой инфекции COVID-19 на амбулаторном этапе изложить в следующей редакции:

«1.	Пациент моложе 60 лет без сопутствующей патологии или с клинически незначимой сопутствующей патологией без признаков декомпенсации»;
-----	--

1.7 подпункт 11.4 пункта 11 Приложение 5 к Рекомендациям об организации оказания медицинской помощи пациентам с инфекцией COVID-19 «Порядок проведения диагностики и маршрутизации контактных лиц и пациентов с инфекцией COVID-19» признать утратившим силу.

2. Приложение 3 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 20 апреля 2020 г. № 453 «Об отдельных вопросах организации оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19» дополнить абзацем следующего содержания:

«Возможность дезинфекции СИЗ и повторного использования определяется согласно рекомендациям производителя.».

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителей Министра по курации.

Министр

В.С.Караник