

Насоки за поведение при взаимодействия в рамките на здравната ни система при епидемична обстановка с високо контагиозен респираторен агент (SARS-CoV-2)

Настоящият документ е изготвен за ползване единствено от медицинската общност. Целта му е да насочва и съветва. Констатациите и стъпките в документа са препоръчителни, и не следва да заместват или ограничават медиците в тяхната професионална преценка за диагностика и лечение. Разпространението, ползването и интерпретацията на доклада от лица без медицинско образование, може да доведе до сериозни последици за общественото и личното здраве и влече след себе си юридическа отговорност. Медицинският експертен съвет категорично не толерира частично споделяне на материали от доклада с широката общественост. Членовете на медицинския експертен съвет не носят отговорност за начина, по който констатациите и стъпките биват възприети и интерпретирани от обществеността. Този документ е версия 1.6 и според авторите е актуален към понеделник, 06 април 2020 г. Той служи като експертно допълнение към [насоките на МЗ](#) и не ги отменя или променя. Приоритет за изпълнение имат насоките на МЗ.

Подготвен е от [Медицински Експертен Съвет](#) към Министерски Съвет

Съдържание

Колеги с принос към документа	3
Резюме	3
Въведение.....	4
Анализ на епидемиологичната обстановка.....	5
Поведение в доболничната практика	5
За здрави индивиди.....	5
За индивиди/пациенти с медицински проблеми, различни от грипopodobни оплаквания	6
За индивиди/пациенти с медицински оплаквания, съмнителни за респираторна вирусоза (настинка, грип)	6
COVID-19 и бременност	7
Очни прояви при пациенти с covid-19.....	7
Трансмисията на SARS-CoV-2 в детска възраст и клинична характеристика	8
Денталната практика в условията на COVID - 19.....	9
Правни принципи при мерки с цел ограничаване на зараза.....	9
Поведение в болнично заведение	10
Поведение при Пневмония причинена от SARS-CoV-2.....	10
Поведение при лица със сърдечно-съдови заболявания и COVID-19.....	11
Ефекти на SARS-CoV-2 инфекцията върху бъбречните заболявания	11
Лечение на пациенти с covid-19 в интензивните отделения	12
Поведение при работа в неонатологичните звена	12
Проследяване на онкологични пациенти със SARS-CoV-2.....	13

Проследяване на неврологични заболявания в условията на пандемия с COVID-19.....	13
Поведение и проследяване на лица с психиатрични заболявания.....	14
Фармакотерапевтичен алгоритъм за противовирусно лечение при COVID-19.....	14
Поведение в структурите по образна диагностика в условия на COVID -19	16
Поведение при пациенти с индикации за лъчелечение в условия на COVID -19.....	16
Инструкции за работа на клиничните лаборатории в епидемичната COVID-19 обстановка	16
Ръководство за дейности в структури по обща и клинична патология при COVID-19	17
Приложения.....	18
Приложение 1 – Миене на ръце	18
Приложение 2 – Носене на хирургична маска	19
Приложение 3 – Кислородотерапия.....	19
Приложение 4 – Лични предпазни средства	20
Приложение 5 – Подготовка на здравното заведение	20
Приложение 6 – Оценка на степента на неотложност в денталната практика	20
Приложение 7 – Дентална асептика и антисептика.....	21
Приложение 8 - Насоки за осъществяване на процес по информиран избор и съгласие при лица със SARS – COV- 2.....	21

Колеги с принос към документа

Този документ в своята цялост е концепция и изпълнение на Медицинския експертен съвет със своите 16 членове, допълнен и критично ревизиран с експертната професионална подкрепа и съавторство на множество колеги, дружества и институции. Надяваме се в следващите версии този списък много скоро да се разширява още повече. Срещу SARS CoV 2 заедно можем повече.

Благодарности на:

Акад. Иван Миланов	Доц. Христо Хинков	Проф. Людмил Пейчев
Д-р Филип Алексиев	Проф. Дроздстой Стоянов	Проф. Стефка Вълчева-Кузманова
Д-р Добринка Калпачка	Д-р Даниела Иванакоева	Доц. Симеон Монов
Д-р Теодора Сакеларова	Д-р Румен Велев	Доц. Веселин Беловеждов
Акад. Добрин Свиначаров	Проф. Боряна Слънчева	Проф. Мария Цанева
Доц. Юлиан Ананиев	Д-р Камелия Великова	Д-р Цветелина Великова
Д-р Александрина Влахова	Д-р Николай Шарков	Д-р Весела Иванова
Проф. Иво Петров	Доц. Тодор Узунов	Д-р Вергина Матова
Проф. Стоимен Иванов	Д-р Светослав Гачев	Д-р Петър Чипев
Доц. Наталия Чилингирова	Доц. Силвия Димитрова	Проф. Иглика Михайлова
Д-р Росица Кръстева	Д-р Донка Станчева-Забуртова	Доц. Ирен Цочева
Д-р Вера Мегданова-Чипева	Д-р Георги Димов	Д-р Снежина Лазова
Доц. Нина Гачева	Д-р Тодор Кукуванов	Д-р Боряна Нецова
Доц. Наталия Стоева	Д-р Трифон Антонов	Д-р Борислав Миланов
Д-р Константин Даков	Д-р Бисер Ботев	Проф. Татяна Хаджиева
Д-р Веселина Колева	Доц. Румяна Маркова	
Проф. Ива Петкова	Д-р Марияна Мандаджиева	

Резюме

Настоящият доклад е изготвен в максимално кратки срокове въз основа на Правилата за работа на Медицинския експертен съвет с оглед постигане на заложените цели. Заради непознатата досега извънредна обстановка, този доклад, както и всички подобни на него документи по света, подлежи на регулярно осъвременяване и оптимизиране.

Докладът съдържа три основни раздела:

- В първия раздел са разгледани препоръките към извънболничната помощ, като този раздел обхваща поведение, както към здрави лица, така и към контактни, заразноносителни и болни с COVID-19 или друго грипоподобно състояние.
- Във втория раздел са поместени алгоритми и препоръки за поведение в болнични лечебни заведения, разпределени по различни клинични насочености.
- Третият раздел съдържа общи принципи на поведение при вземане на мерки за ограничаване на заразата и оказване на медицинска помощ/ грижа.
- В процеса на анализиране на публикуваните данни в научната литература и изготвяйки Доклада, Медицинският експертен съвет акцентуира върху следното:

Медицинският експертен съвет се обединява около становището, че наложените досега мерки, налагащи физическа и социална изолация, са адекватни. В течение на епидемията същите могат да бъдат преосмислени и при благоприятно ѝ развитие, същите да бъдат преосмислени и олекотени; Диагнозата на инфекцията със SARS-CoV-2 се основава на RT-qPCR тестове, а епидемиологичното проследяване, чрез комбинираното използване на всички останали и налични в страната лабораторни методи, в т.ч. скринингови („бързи“) имунологични или антигенни тестове. Липсата на

единно становище в Европейския съюз относно надеждността на скрининговите „бързи“ тестове ограничава употребата им и налага изчакване докато са налични такива, след което ще се направи всичко необходимо да бъдат доставени и същите ще бъдат включени в епидемиологичното проследяване на населението.

Медицинският експертен съвет е единен в становището си, че за постигане на по-добри резултати в овладяването на епидемията, с по-малко пострадали пациенти и по-висока икономическа целесъобразност, е наложително към предприетите към настоящия момент мерки, да бъдат добавени (надградени) практически изпълними алгоритми, касаещи диагностиката, поведението при различните категории лица (здравни, контактни, високо-рискови и медицински работници в горещата зона), както и лечението на заболяването и усложненията от него;

Препоръките и алгоритмите които предоставяме касаят както извънболничната, така и болничната помощ, но предлагат и

общи принципи на поведение за ограничаване на заразата и оказване на медицинска помощ/грижа.

Медицинският експертен съвет се консолидира около мнението, че щетите от пандемията ще бъдат по-малко, ако се създадат реални възможности на медиците спазването на определени алгоритми и препоръки за адекватна медицинска практика да става в синхрон с препоръките за социална изолация и обучение на населението.

В процеса на работа членовете на Медицинския експертен съвет срещнаха пълна подкрепа от колеги и научни дружества. Част от представените документи са изготвени с безрезервната помощ от асоциирани членове, на които изказваме своята благодарност. Всички членове единодушно смятат, че настоящият доклад представлява систематичен конспект на актуалната научна информация и че с възможността си да бъде надграждан и допълван, би бил полезен като основа на официална платформа за on-line обмяна на опит и информация. (обратно към [съдържанието](#))

Въведение

Настоящият доклад е създаден в изпълнение на функциите на Медицинския експертен съвет, при минимални срокове на координация и съгласуване.

В настоящите условия, предвид кратките срокове и липсата на единен информационен източник, още по-малко на данни основани на доказателства, вярваме, че сме успели да съобразим и комбинираме достатъчно добри практики, които да станат достъпни на цялата медицинска общност. Документът не претендира да е изготвен изцяло по правилата на медицина на доказателствата, тъй като познанието за епидемиологията, диагностиката, протичането и лечението на COVID-19 е недостатъчно. Предложените подходи могат да бъдат променяни в хода на пандемията и при събиране на допълнителни доказателства. Всяка актуализирана версия ще бъде обозначена с датата на въведената промяна.

Липсата на определени клинични специалности, обособени в раздел в настоящия документ, е породено и наложено единствено от желанието ни наличната експертиза да бъде споделена с колегите в максимално кратки срокове. Изготвеният от нас доклад подлежи на разширение и допълнение във всеки момент. Очакваме в най-кратки срокове същият да може да бъде допълнен с липсващите специалности, като това да позволи на колегите ни достъп до информация и улеснение в диагностично-клиничната им работа.

Настоящият доклад не представлява „медицински стандарт“ или „добра медицинска практика“. Изготвен е изцяло с препоръчителен характер и не обвързва със задължения практикуващите лекари и лекарите по дентална медицина.. Поради обстоятелствата част от насоките и данните, които са използвани и споделени, не са базирани на доказателства и подлежат на проверка. Интерпретациите на авторите се базират само и единствено на техен експертен опит, като същият не отменя правото лицата, упражняващи медицинска професия, да имат право на свобода на

действия и решения, съобразно своята професионална квалификация, медицинските стандарти и медицинската етика.

При изготвяне на настоящия доклад експертите се водиха от [Правилата за работа](#) на Медицинския експертен съвет с цел постигне за заложените цели при сформирани на съвета. Медицинският експертен съвет работи безвъзмездно, доброволно, като не е получавал финансиране пряко или косвено за изпълнение на целите си, поставени в Заповед Р-51/23.03.2020г. За да избегнем излишни спекулации и неконструктивни критики, отбелязваме, че всички членове на МЕС са подписали декларация за липса на конфликт на интереси. По правилата за своята работа, приети от Председателя на МЕС към неговия състав могат да се включват и други специалисти извън очертаните в заповедта. МЕС адмира високо активността на колегите, които безкористно оказваха съдействие и подпомогнаха работата на съвета. Всяка помощ и конструктивна критика са радушно приемани от МЕС, като съветът ще продължи да актуализира и допълва информацията в настоящия доклад. (обратно към [съдържанието](#))

Анализ на епидемиологичната обстановка

На 13 декември 2019г е идентифициран седми коронавирус, причинител на епидемия от пневмония в китайската област Ухан, който получава името 2019-nCoV (много често се среща и терминът SARS-CoV-2). СЗО официално преименува заболяването на COVID-19 на 11 февруари 2020. Заболелите пациенти обикновено развиват остро респираторно заболяване, съпътствано от треска, суха кашлица и задух. При най-тежките случаи може да се стигне до бъбречна недостатъчност и смърт. Според СЗО, основен приоритет на стратегията за контрол на епидемията е навременното вземане на проби от пациенти, отговарящи на критериите за съмнителен случай и тяхното изследване чрез тест за намножаване на нуклеинови киселини (NAT), какъвто е RT-PCR. RT-qPCR диагностиката за детекция на COVID-19 (SARS-CoV2) е основният метод и златен стандарт, който се практикува в световен мащаб за откриване на инфекции с този вирус. Чрез Real-time RT-qPCR (RT-PCR) метода се установява наличието или липсата на вирусния геном в изследвания клиничен материал. Задължително се взимат материали от две области - например нос и фаринкс, които се поставят в една обща транспортна среда. Съхраняват се и се транспортират охладени. По литературни данни пробата е позитивна още на 3-ия ден след заразяването и остава положителна до 20-ия ден при по-леко протичане или до смъртта при фатален изход. Заболяване COVID-19 може да се отхвърли само след втори негативен RT-qPCR, но само след изпълнени всички условия за правилно вземане, транспорт и изработване на пробата.

Повече информация можете да откриете в [приложения документ](#) и допълнителни [препоръки](#) за надграждане на поведението.

(обратно към [съдържанието](#))

Поведение в доболничната практика

За здрави индивиди

Миене на ръце – със сапун и вода, не по-кратко от 20 секунди, по [методика описана от СЗО](#)

Физическо дистанциране – необщуване с хора, имащи симптоми на настинка/грип, физическо отстояние не по-малко от 2 метра един от друг, силно ограничаване на всички социални контакти. 25% ограничаване води до 50% снижаване на скоростта на разпространение на респираторни вируси.

Предпазни средства – маски не са необходими за здрави лица, които спазват горните две изисквания. Маски са подходящи за хора, посещаващи лекар, грижещи се за болни или за възрастни роднини.

За лекари, срещащи се с такива пациенти – избягване на срещи със здрави индивиди в условия, при които не знаем какъв е процентът на безсимптомно протичащи и субклинични случаи. Препоръчва се използване на стандартна хирургична маска за среща между пациент и лекар и хигиена на ръцете. Препоръчва се дезинфекция на помещението поне два пъти дневно и поставяне на навлажнена с дезинфекционен разтвор постелка пред кабинета.
(обратно към [съдържанието](#))

За индивиди/пациенти с медицински проблеми, различни от грипopodobни оплаквания

Мерките са идентични на мерките за [здрави индивиди](#).

За индивиди/пациенти с медицински оплаквания, **съмнителни** за респираторна вироза (настинка, грип)

Миене на ръце – със сапун и вода, не по кратко от 30 секунди, по [методика описана от СЗО](#) и ползване на дезинфекционен гел. Това трябва да се извършва при всяко кихане, кашляне или издухване на носа. Кихането, кашлянето и издухването на носа, да става при спазване на респираторен етикет.

Физическо дистанциране – при възможност изолиране в отделна стая в дома. **Карантиниране** и необщуване с хора, освен в краен случай, като при това с физическо отстояние не по-малко от 2 метра един от друг без никакви социални контакти. При ходене навън и посещение на здравно заведение **ЗАДЪЛЖИТЕЛНО** слагане на хирургична маска.

Предпазни средства – хирургичните маски са необходими и следва да са [сложени правилно](#). При обосновано съмнение за болен с Коронавирусна инфекция, следва при преглед да се прилага [респираторна защита](#).

За лекари, срещащи се с такива пациенти – когато симптомите са леки, пациентите следва да се консултират дистанционно (по телефон или телеконференцна система). В случай, че пациент с подобни леки оплаквания ([хрема](#), гърлобол, температура) посети ОПЛ, въпреки изричното нареждане на ЩАБ'а консултациите да са телефонни, се прави [бърз тест](#) но при спазени [изисквания](#) и условие, че бъдат осигурени съответните предпазни средства на ОПЛ. Стандартната хирургична маска е задължителна за пациента. Задължителна е дезинфекция на помещението поне три пъти дневно и поставяне на навлажнена с дезинфекционен разтвор постелка пред кабинета. Носенето на [лични предпазни средства](#) за респираторна защита е задължително.

Тестува се с [бърз тест](#) всеки пациент на входа на болницата/практиката (ако има температура >37°C, кашлица- с или без хракчи, или двете плюс задух). Логистично къде, кой и как ще може да прави това, ще бъде уточнено от националния щаб.

При леки оплаквания [всеки с положителен бърз тест](#) се карантинира докато излезе резултат от PCR, който ако е отрицателен 1-2кратно, карантината се прекратява.

Пациентите с тежки оплаквания (например наличие на пневмония/дихателна недостатъчност) се хоспитализират на база първите показния на бързия тест. Задължително се взема и тест за RT-PCR. Отрицателният бърз тест е основание болният да се хоспитализира в друго, неинфекциозно отделение с цел да не се допусне пренатоварване на инфекциозните звена. При получаване на

резултата от RT-PCR се действа според резултата, като при положителен RT-PCR останалите пациенти в стаята се считат за заразени.

Медицинските лица, дори и при незначимо оплакване (може да е само кашлица или само температура или подобно) трябва да се изследват с RT-PCR.

Описаните стъпки са важни, защото осигуряват защита, пестят време, дават екзактност и насока на действията и не изразходват леглови и материален ресурс, който при пик е решаващ.

Важно е да се прави [оценка на риска за инфектиране](#) със SARS-CoV-19 при контактни лица. Медиците от първата линия следва да бъдат активно насочвани за психологично консултиране при поява на симптоми и проблеми от психологично естество, породени от изключителното психоемоционално и физическо натоварване в работата им. Работата по превенцията на синдрома на професионалното изпепеляване следва да започне незабавно с оглед минимизиране на щетите и максимално запазване на медицинския персонал. Повече информация можете да откриете в [приложения документ](#) (обратно към [съдържанието](#)).

COVID-19 и бременност

Към днешна дата има ограничени данни за клиничното протичане и перинаталните резултати след COVID-19 по време на бременност или през следродилния период. Няма доказателства, че бременните жени са изложени на по-висок риск от усложнено протичане на заболяването, но независимо от това тези пациенти са включени в уязвима група.

Заболяването протича тежко при 2 от 32 жени, диагностицирани с COVID-19, които са настанени в интензивно отделение. В сравнение със SARS и MERS, COVID-19 има по-малка смъртност и по-малък брой жени, които са в критично състояние. 47% от хоспитализираните пациенти с COVID-19 са родили преждевременно, което повишава натоварването в неонаталните отделения и изисква III ниво на неонатология. Към момента на публикуване на този документ няма публикувани данни за жени в първия триместър с COVID-19. При 15 от 32 жени (47%), засегнати от COVID-19, раждането е преждевременно. В проучването на Chen et al. Всички майки (n = 9) са родоразрешени чрез цезарово сечение, две от които са в 36 г.с. В проучването на Zhu et al. седем жени са родоразрешени чрез цезарово сечение и две чрез вагинално раждане. 5 от 9 жени (6/10 бебета) са родили недоносени бебета. При жени, засегнати от COVID-19, които са родили в рамките на 13 дни от началото на заболяването, растежът на плода е малко вероятно да се повлияе в този период от време. Към момента на публикуването няма данни за растежа на плода при трите продължаващи бременности. Засега няма налична патология на плацентата. При шест жени с COVID-19, които са били родоразрешени чрез цезарово сечение и впоследствие са били подложени на тестове, няма данни за COVID-19 в амниотичната течност, в кръвта от пъпната връв, в гърления секрет на новороденото или в кърмата. До момента няма научни публикации за инфектирано новородено бебе до 30 часа след раждането.

Пълната информация можете да откриете в [приложения документ](#)

Нагледна [процедура на действие](#) при жени с COVID-19 и [алгоритми за поведение](#).

При въпроси от страна на майки, можете да ползвате този [ресурс от отговори](#) (обратно към [съдържанието](#)).

Очни прояви при пациенти с covid-19

Поради тежестта на заболяването и изявените сериозни симптоми от страна на дихателната и други системи, високата тежест върху здравните системи на засегнатите държави и други допълнителни фактори, липсват пълни данни за степента на засягане на очите в процеса на протичане на болестта. Единични публикации по темата обаче са категорични, че клиничната проява в очите е ограничена до конюнктивит с характерните му клинични белези.

От 534 пациенти, изследвани в болницата в Tongji, Китай, 25 пациента / 4,68% / са установени с конюнктивна конгестия, и само 3 от тях са показали този симптом като начален за болестта. Оплакванията са продължили между 2 и 10 дни, като основно те са се заключавали в чувство за сухота, намаление на зрението, чувство за наличие на чуждо тяло, сълзене, фотофобия и миалгия. Общо 62% от пациентите, диагностицирани със заболяването са съобщили за предшестваш контакт „ръка-око“. Работата на офталмолога на 40-50 см от пациента и възможността за контаминация на ръцете на лекаря изисква спазването на строги правила при преглед:

1. Използването на прозрачна преграда върху шпалт лампата, която да намали възможността за попадане на пръски върху лицето на изследвания и е еднократна или има възможност за текуща дезинфекция
2. Използване на предпазни очила и ръкавици
3. Избягване на използването на въздушни тонометри, които могат да доведат до диспергиране на вируса посредством въздушната струя. Препоръчително е използването на тонометри с индивидуални консумативи.
4. Рутинна дезинфекция на уредите и помещенията съобразно общите препоръки.
5. Пациенти, които се установяват с фоликуларен конюнктивит и показват характерните за болестта симптоми – кашлица, повишена температура и др., веднага да бъдат насочвани за основен преглед.
6. Отлагането на прегледи и оперативни интервенции и манипулации, които не са в спешен или неотложен порядък. При извършването на такива да се спазват наложените правила за недопускане разпространението на заразата

Повече информация можете да откриете в [приложения документ](#). (обратно към [съдържанието](#))

Трансмисията на SARS-CoV-2 в детска възраст и клинична характеристика

Първият потвърден педиатричен случай на SARS-CoV-2 е докладван в Шензен на 20-ти януари 2020г. Епидемиологичните данни от провинция Хубей са непълни, поради факта че в началото на епидемията са скринирани малък брой деца за SARS-CoV-2. С повишаване броя на контактните възрастни, които в последствие се доказват като инфектирани, се увеличава пропорционално и броят на потвърдените инфектирани деца. С увеличаване на направените диагностични тестове, нараства и пропорцията на леките случаи при деца и млади възрастни. Формирането на така наречена „втора генерация“ инфектирани за кратък период от време е индикатор за високата контагиозност на вируса.

Инкубационният период на SARS-CoV-2 инфекция при децата е 1 до 14 дни, обичайно 3 до 7 дни, като средно той е с два дни по-кратък от този при възрастни.

Клинична картина. Инфектираните със SARS-CoV-2 деца може да бъдат асимптомни или да имат повишена температура, суха кашлица и слабост. Някои пациенти имат симптоми на инфекция на горни дихателни пътища като запушен нос, хрема и гърлобол; при други се съобщават гастроинтестинални симптоми, включително коремен дискомфорт, гадене, повръщане, коремна болка и диария. При децата, за разлика от възрастните, белите кръвни клетки и абсолютният лимфоцитен брой обичайно са нормални без да се установява лимфоцитна деплеция, което говори за по-лека имунна дисфункция след SARS-CoV-2 инфекция. От друга страна, лекото протичане при децата може да се дължи на „трениране“ на имунитет във връзка с редовните имунизации с живи и атенюирани ваксини. Кърмаческата и ранната детска възраст, както и децата с придружаващи хронични заболявания и компрометиран имунитет са най-уязвими към SARS-CoV-2 инфекцията.

Повече информация можете да откриете в [приложения документ](#). (обратно към [съдържанието](#))

Денталната практика в условията на COVID - 19

Пациентите със съмнение или потвърдена инфекция COVID – 19 се препоръчва да бъдат лекувани само при неотложни, потенциално животозастрашаващи състояния, придружени със силна болка и развиваща се инфекция, както и при силно кървене; интра- и екстраорален оток, който може да наруши дишането на пациента; травма, обхващаща лицевите кости.

Пациентите трябва да се лекуват колкото е възможно по-минимално инвазивно при следните състояния:

- остри или хронични екзацербирани пулпити и периодонтити;
- голям кариес или дефектна ресторация, причиняваща болка;
- травми със засягане на твърди и меки тъкани;
- отстраняване на конци;
- ажустирание на протези, когато функцията е невъзможна;
- смяна на временна пломба;
- при налични ортодонтски апарати, улцерирращи оралната лигавица;
- биопсия на абнормални тъкани.

Пациентите с активно фебрилно и респираторно заболяване най-вероятно няма да бъдат приети в денталните практики. Въз основа на въпросник за неотложни състояния (Приложение 1: Оценка на степента на неотложност), клиницистите могат да преценят тежестта на състоянието на пациента и да вземат информирано решение за предоставяне или отлагане на денталната помощ. Определени случаи като дентоалвеоларна травма или прогресираща инфекция на фасциалното пространство, определено налагат [неотложна дентална намеса](#).

Повече информация можете да откриете в [приложения документ](#) (обратно към [съдържанието](#)).

Правни принципи при мерки с цел ограничаване на зараза

Като се вземат предвид социалните, икономическите и медицински последици, разпространението на вируса SARS-CoV-2 в мащаби на пандемия, с конкретните неговите специфики е добре да бъде разгледано както от медицинска, така и от юридическа гледна точка.

Налагането на извънредно положение по смисъла на чл.84, т.12 от Конституцията не дерогира всички граждански права, а само налага ограничения в определени сфери, които ограничения следва да са разумни, пропорционални и целящи предотвратяване или преустановяване на фактора / факторите налагащи решението за извънредно положение. Конституцията ни гарантира, че основните права на гражданите са неотменими. Основните принципи, които да се съблюдават при вземане на мерки за ограничаване на заразата, респ. оказване на медицинска помощ при невоенни кризи са:

1. Преди всичко да не се вреди;
2. Равнопоставеност / равнопоставено третиране;
3. Пропорционалност на взетите мерки / оказаните грижи;
4. Публичност и достоверност на информацията за мерките и грижите;
5. Възможност за защита на права, вкл. съдебен контрол;

Не малко от медикаментите, които се ползват за лечение на COVID-19 не са разрешени за употреба, или нямат проучвания респективно индикация за лечение на това заболяване. Правните принципи при изписване на такива медикаменти можете да намерите [тук](#).

По детайлна информация можете да намерите в [приложения документ](#) (обратно към [съдържанието](#)).

Поведение в болнично заведение

Поведение при Пневмония причинена от SARS-CoV-2

Инфекция на белодробния паренхим, причинена от вирус SARS-CoV-2, която протича с новопоявили се засенчвания на рентгенография на гръден кош при наличие на характерни симптоми (напр. висока температура, кашлица с или без експекторация, задух) и физикални данни (напр. бронхиално дишане, локализирани крепитации). Провеждането на двукратен RT-qPCR на назофарингеални проба и/или храчка за наличие на РНК на SARS-CoV-2 за окончателно поставяне на етиологична диагноза е задължително.

Случаите на COVID-19 с пневмония се класифицират като умерено-тежки, тежки и критични според тежестта на клиничната си изява (NHC, 2020):

1. Умерено-тежка COVID-19 – образни данни за пневмония с висока температура и респираторна симптоматика.
2. Тежка COVID-19 – наличие на тахипнея (дихателна честота ≥ 30 /мин), хипоксемия (кислородна сатурация $\leq 93\%$ в покой) и отношение $PaO_2/FiO_2 \leq 300$ mmHg. При прогресия на образните промени в рамките на 24-48 часа с $>50\%$, случаите на пневмония с третират като тежки.
3. Критична COVID-19 – наличие на дихателна недостатъчност, която налага механична вентилация, шок и недостатъчност на други органи и системи.

Образните промени се виждат по-детайлно на компютър-томографско изследване; те са по-често двустранни и периферно разположени; в ранните стадий се наблюдават по-често промени тип „матово стъкло“, а в късните – консолидация. Най-честата рентгенологична находка при пациентите с COVID-19 са измененията тип „матово стъкло“. При пациентите с по-леко протичане обичайно не се откриват рентгенологични промени на конвенционалната рентгенография на белия дроб, а при близо 18% от пациентите, промени не се регистрират и на КТ на белия дроб.

Пациентите с леко изразени симптоми е добре да си останат у дома.

Медицинска помощ да потърсят само онези с по-изразени симптоми и с по-голяма продължителност и възходяща динамика (нарастване по интензивност). [Антивирусно лечение](#) се прилага според фармакотерапевтичните насоки. Що се отнася до антимикробната терапия, тя трябва да се прилага при доказана бактериална инфекция, в подходяща доза и покриване на възможни/вероятни патогени, до получаване на резултат от микробиологичните проби.

Кортикостероидите са спорни. В началото, при бързо прогресиращ процес или последващо [тежко протичане](#), може да се прилага метилпреднизолон в дневни дози 40-80 мг/ден. Общата денонощна доза е желателно да не надхвърля 2 мг/кг тегло.

Използват се и медикаменти за третиране на различни органни нарушения, които могат да се появят по време на болестта.

Да не се използват антипиретици при телесна температура, която не надвишава 38°! Могат да се използват обичайни антипиретици – най-често парацетамол и ибупрофен.

При повечето хоспитализирани пациенти се подава и [кислород](#) през назална канюла (за ниски концентрации) или маска (при нужда от по високи нива), с таргетни нива на кислородната сатурация при възрастни и деца над 90%, при бременни над 92%, а при деца с тежко протичане над 94%.

Пълен текст на този раздел, можете да откриете в [приложения документ](#).
(обратно към [съдържанието](#))

Поведение при лица със сърдечно-съдови заболявания и COVID-19

Смъртността при коморбидни пациенти е значително по-висока отколкото при общата популация:

- Онкологични пациенти – 5.6%;
- Хипертония – 6.0%;
- ХОББ – 6.3%;
- Диабет – 7.3%;
- ИБС – 10.5%.

Ограничаването на плановата дейност (неспешни прегледи и процедури) се прави с цел да се намали рискът от инфекция/разпространение на COVID-19, протекция на пациентите със ССЗ, както и на екипите, които се грижат за тях. Като цяло, разумно е да се обмисли отлагането на всеки преглед или процедура, които е малко вероятно да повлияят пряко на състоянието на пациентите през следващите няколко месеца.

В съответствие с препоръката на Центровете за контрол и превенция на заболяванията за отлагане на „неотложните амбулаторни посещения“ и „плановите операции при необходимост“ бе направен опит за идентификация на тези прегледи и процедури, които биха могли да бъдат отложени. Цялостният текст на този раздел можете да разгледате в [приложения документ](#) (обратно към [съдържанието](#)).

Ефекти на SARS-CoV-2 инфекцията върху бъбречните заболявания

Няколко проучвания докладват, че SARS-CoV-2 използва същия мембранно свързан ангиотензин-конвертиращ ензим 2 (ACE2) като SARS-CoV, за да има достъп до човешките клетки въпреки че има по-висок афинитет на свързване. ACE2 е карбоксипептидаза, която преференциално премахва карбокси-терминалните хидрофобни или основни аминокиселини. ACE2 отрязва единичен остатък от ангиотензин I, генериращо ангиотензин и единичен остатък от ангиотензин II, за да генерира ангиотензин, чиито вазодилататорен, анти-пролиферативен и анти-фиброзен ефект са противоположни на ефектите на ангиотензин II, генериран от ангиотензин конвертиращ ензим (ACE). Ново проучване докладва, че човешкият бъбрек е специфичен таргет за SARS-CoV-2 инфекцията. Диао и колеги са изследват вирусния нуклеокапсиден протеин *in situ* в бъбреците постмортално и откриват, че има акумулиране на SARS-CoV-2 антигени в бъбречните тубули, предполагащо, че SARS-CoV-2 инфектира директно човешкия бъбрек, което предизвиква остра бъбречна увреда и допринася за вирусното разпространение в тялото. Разликата между по-високият тропизъм към бъбреците на SARS-CoV2 от този на SARS-CoV може да бъде обяснена чрез увеличения афинитет на SARS-CoV-2 към ACE2, позволяващ по-голяма инфекция на бъбреците, които могат да бъдат вирусен резервоар. Допълнителни изследвания в малки групи от COVID-19 пациенти разкриват, че протеинурията и хематурията са чести и се откриват при почти 40% при приемането на пациентите в болница. Компютърната томография на бъбреците показва понижена плътност, предполагащо възпаление и едем. Въпреки че наличните епидемиологични данни потвърждават, че острата бъбречна увреда е един от главните рискови фактори за прогнозата на COVID-19 и че диабетът е главната ренална коморбидност, потенциалното въздействие на COVID-19 върху пациентите, засегнати от други бъбречни състояния като краен стадий бъбречно заболяване и трансплантация, е все още неясно в тази фаза на пандемията.

Пълният текст на преводната обзорна статия можете да откриете в [този документ](#).
(обратно към [съдържанието](#)).

Лечение на пациенти с covid-19 в интензивните отделения

Използват се стандартните общоприети мерки за почистване и дезинфекция на операционни зали и стационарни помещения. SARS-CoA-2 вирусът може да оцелее до 3 часа в аерозолна среда и до 3 дни върху пластмасови и неръждаеми метални повърхности. Съвременните препарати, използвани за почистване на операционните зали след работа, са ефикасни и срещу COVID-19.

- Пациентите с COVID-19 или съмнителни за COVID-19 да не бъдат настанявани в общи помещения с други пациенти, каквито са чакалните и залите за събуждане;
- Пациентите с COVID-19 или съмнителни за COVID-19 да бъдат транспортирани до операционните зали с поставени хирургически маски на лицето;
- За пациенти с COVID-19 или съмнителни за COVID-19 да се използват специално предназначени за целта операционни зали с обозначителни знаци на вратите;
- За пациенти с COVID-19 или съмнителни за COVID-19, по възможност, залите да са с негативно или с неутрално атмосферно налягане.

Аерозолгенериращи процедури - високорискови за дисеминация на коронавируса:

- Ендотрахеална интубация
- Бронхоскопия
- Аспирация на устната кухина с открита аспирационна система
- Инхалационно прилагане на медикаменти
- Мануална вентилация преди интубация
- Поставяне на пациент на апаратна вентилация в позиция по корем
- Разкачане на пациент от апаратна вентилация
- Неинвазивна вентилация с позитивно налягане
- Трахеостомия
- Кардиопулмонална ресусцитация

Екипите, участващи в такива процедури, трябва да са облечени с ЛПО за аерозолгенериращи процедури

Пълният текст на препоръките можете да откриете в [този документ](#).

Бърза връзка към [алгоритъм-а за поведение](#) при вентилиране на COVID-19, както и [лечебни схеми](#) (обратно към [съдържанието](#))

Поведение при работа в неонатологичните звена

Към днешна дата има ограничен брой случаи на бременни жени с клиника на COVID-19. Всички те са били в третия триместър на бременността и почти всички са родили до 7 дни след появата на симптомите. При повечето пациентки са били налице леки или средно тежки грипopodobни оплаквания. Понастоящем вътреутробният трансфер на коронавируса към плода се счита за малко вероятен. Предаването на вируса от майката към новороденото най-вероятно настъпва след раждането. Всички новородени от майки с предполагаема или потвърдена COVID-19 инфекция трябва да бъдат изследвани за COVID-19. Препоръчва се това да стане до 30-тия час от раждането и повторно около 8-10-тия ден.

Повече информация можете да откриете в [приложения документ](#).

(обратно към [съдържанието](#))

Проследяване на онкологични пациенти със SARS-CoV-2

Пациентите със злокачествени заболявания трябва да получават необходимите грижи и лечение без прекъсване, но е наложително да се вземат и всички мерки за тяхната защита от заразяване. Тъй като рискът от заразяване е строго индивидуален, необходимо е той да бъде обсъден за всеки отделен пациент и да бъде оценен спрямо неговото заболяване. Към момента данните за COVID-19 при пациенти с онкологични заболявания са недостатъчни и в голяма степен се базират на националния анализ на SARS-CoV-2 инфектираните пациенти в Китай. Направени са следните изводи: пациенти с онкологични заболяване имат по-висок риск от COVID-19 отколкото такива без и като цяло имат по-лош изход от заболяването. По-често е наблюдавана инфекцията при хора с карцином на белия дроб, при претърпели оперативно лечение или химиотерапия (ХТ) в рамките на предходния един месец, но и при така наречените "cancer survivors" (25% от случаите с онкологични заболявания и корона-вирус). По-тежко е протичането на заболяването сред тези пациенти и по-често имат нужда от механична вентилация (7 [39%] от 18 пациенти срещу 124 [8%] of 1572 пациенти).

Този раздел в изчерпателен вид можете да откриете в [оригиналния документ](#).
(обратно към [съдържанието](#))

Проследяване на неврологични заболявания в условията на пандемия с COVID-19

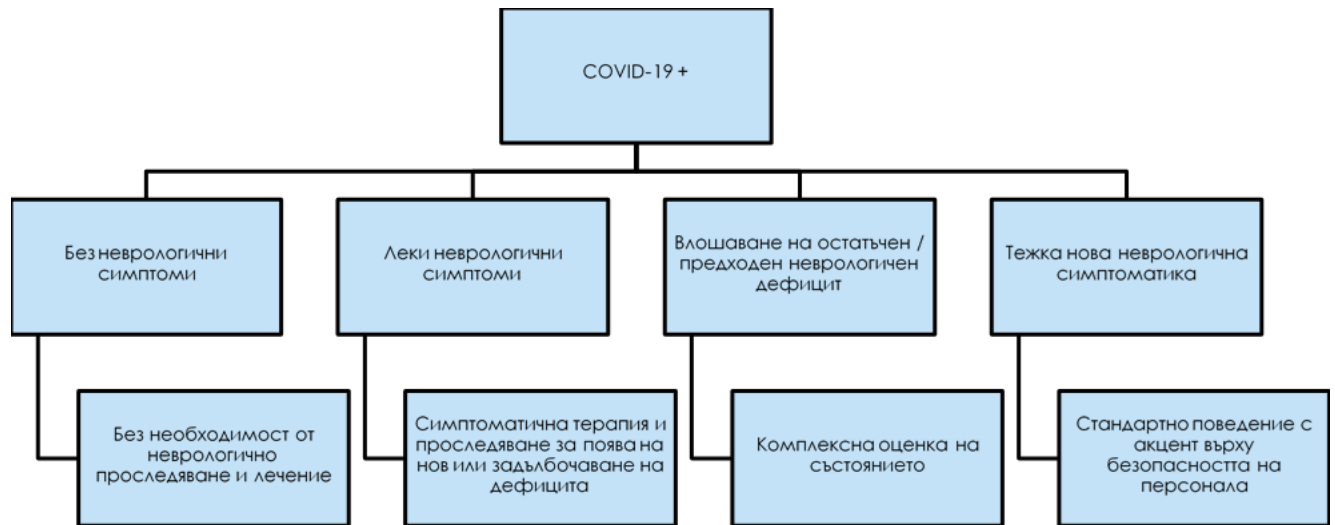
На този етап въздействието на новия корона вирус върху нервната система не е напълно уточнено. Засега е задължително да се имат предвид следните съображения:

- Болните с МС и други аутоимунни неврологични заболявания изискват специално проследяване и налагат някои ограничения в лечението им;
- Всички остри вирусни инфекции, включително COVID-19 могат да компрометират антиепилептичното лечение, особено при тежки форми на епилепсия;
- Инфекцията с корона вирус не трябва да бъде предпоставка за забавяне на лечението на острите исхемични инсулти с акцент върху безопасността на персонала;
- Натрупват се данни (основно експериментални) за директна невротропна инвазия на вируса чрез ЧМН към мозъка. Един от резултатите на тази инвазия може да бъде подтискане на дихателния център, което обуславя тежкото протичане на дихателната недостатъчност при тези болни.

Главоболието, леките промени в съзнанието и вертижната симптоматика са нередки клинични прояви при острите вирусни инфекции. Според относително ранно проучване на китайски автори от м. февруари 2020г., включващо 41 пациента, COVID-19 се проявява в 8% от случаите с цефалгия. Анализ на 1099 пациента с COVID-19 показва наличие на главоболие при 13.6% от тях. Мета-анализ на 10 публикации показва, че вертигото, с или без главоболие, е налично при 12.1% от пациентите с COVID-19. По литературни данни 38.1% от пациентите с COVID-19 са с оплаквания от умора.

Епилептичен пристъп на фона на скорозна обърканост и температура, особено с резидуална огнищна симптоматика, задължително трябва да се третира като суспектен за COVID-19 пациент. Вертиго, умора, остра вяла парапареза и/или леки количествени или качествени промени в съзнанието също могат да бъдат основание неврологът от болница или в доболничната помощ да бъде поканен за консултация. В рамките на епидемиологичната обстановка е редно да се има предвид и COVID-19 като потенциална диференциална диагноза.

Един от основните проблеми при критично болните пациенти е развитието на полиневропатия на критичните състояния (ПКС), която в някои случаи е съчетана с миопатия. Касае се за сериозно състояние, което удължава времето на изкуствена белодробна вентилация (ИБВ) и е свързана с висока смъртност.



Цялостният текст на този раздел можете да разгледате в [приложения документ](#).
(обратно към [съдържанието](#))

Поведение и проследяване на лица с психиатрични заболявания

Тежките психични разстройства се характеризират с наличие на психотични феномени в клиничната картина, както и липса на съзнание за болест и критичност към поведението. Това често налага настаняването на лечение да става по недоброволен ред – с определение на съда за задължително (по Закона за здравето/или принудително по чл. 89 от Наказателния кодекс) лечение. Психиатричните пациенти често имат съпътстваща соматична патология, която нерядко е занемарена поради тяхната социалната неравностойност. Много важен принцип в настоящата ситуация на пандемия е настаняването на пациенти с психично заболяване и съмнение/ установена инфекция с COVID-19 да се преценява при изрично спазване правото на болния да получи адекватна и навременна грижа за всичките си заболявания.

Поради спецификата на този раздел, моля да прочетете [оригиналния документ](#).
(обратно към [съдържанието](#))

Фармакотерапевтичен алгоритъм за противовирусно лечение при COVID-19

На този етап не съществуват ефикасни средства за специфично етиологично лечение и профилактика на SARS-CoV-2 инфекцията. Поддържащата терапия несъмнено е крайъгълният камък на лечението на COVID-19. Понастоящем, въз основа на наличните публикувани данни не може да се препоръча рутинно провеждане на противовирусно лечение в допълнение към поддържащата грижа. Аналогично, по никакъв начин не може да се счита, че определена интервенция носи предимства пред наличните алтернативи, тъй като на практика се касае за експериментални лекарства или за off-label употреба с оскъдни данни за клинична ефективност.

Важно е да се отбележи, че препоръчаните комбинирани схеми, присъстващи в широко обсъжданите Китайски ръководства, са до голяма степен емпирични и не е ясно доколко осигуряват някаква допълнителна полза при лечението на COVID-19 – те се позовават на декларирана “обективна” ефективност, но с малко изключения не представят данните от проучванията и често се реферират единствено на медийни съобщения и мнение на експерти. Получилата широка гласност комбинация на hydroxychloroquine с azithromycin не може да се препоръчва за рутинно

приложение, тъй като е базирана на оскъдни клинични данни, а крие риск от взаимно потенциране на проаритмичните ефекти на двете лекарства.

Предвид оскъдните и до голяма степен противоречиви данни за ефективността на монотерапията и поради несъмнения потенциал на многокомпонентните протоколи да повишават риска от токсичност е малко вероятно комбинациите от няколко лекарства да осигуряват благоприятно съотношение полза/риск, още повече, че много от проучваните средства имат изразен потенциал да взаимодействат. Освен това, предвид генетичния полиморфизъм на много от лекарство-метаболизиращите ензимни системи и сравнително по-високата честота на лоши метаболитори при азиатците, описаните режими на дозиране, особено при лекарства, които не са познати и не се използват в ЕС (favipiravir, umifenovir), следва да бъдат внимателно прецизирани. На този етап няма достатъчно данни за тяхната ефективност, които да оправдаят включването им в терапевтични алгоритми.

Противовирусната терапия трябва да се обмисля само при хоспитализирани пациенти с потвърдена инфекция и тежка форма на заболяването. Данните от досега публикуваните проучвания са противоречиви и изискват верифициране в по-мощни студии с подходящ дизайн. Множеството планирани и провеждащи се рандомизирани изпитвания и особено мощните проучвания, под егидата на СЗО (SOLIDARITY) и Inserm (Discovery) ще позволят изясняване на потенциалната роля на противовирусните средства, както и на някои от предлаганите комбинации, което несъмнено ще даде възможност да се рационализира фармакотерапията, да се преосмислят стратегическите медикаменти и да се прецизират режимите на дозиране и продължителността на лечението.

Поради неотложността на настоящата ситуация и несъмнените логистични, нормативни и етични проблеми, настоящият документ се фокусира върху разработването на прагматичен протокол за фармакотерапия, в светлината на наличните данни и на основата на критичен анализ на публикуваните ръководства и терапевтични алгоритми за прилагане на противовирусно лечение при COVID-19 [пневмония](#).

Настоящият проект за алгоритъм е изграден върху лекарства, които са показали ефективност при предходните коронавирусни епидемии, имат активност при експериментални модели на SARS-CoV-2 инфекция и са били проучени в рамките на обсервационни, нерандомизирани и рандомизирани проучвания и са включени в активните рамена на проучването SOLIDARITY (антималарийните 4-аминохинолини chloroquine и hydroxychloroquine, комбинираният HIV-протеазен инхибитор lopinavir/ritonavir и нуклеозидният аналог remdesivir, който обаче може да се използва само в контекста на проучвания и състрадателна употреба)^{2,5,15-18} (Таблица 1). Поради огромният клиничен опит антималарийните лекарства могат да се разглеждат като средства на пръв избор, освен при критично болните пациенти, при които няма възможност за парентерално приложение и са налице рискове за потенциални усложнения. Hydroxychloroquine се характеризира с по-добър профил на безопасност¹⁹ и според ново проучване по-изразена активност спрямо SARS-CoV-2²⁰ и ако може да бъде осигурен би следвало да бъде предпочитан⁶. Предложеният режим на дозиране (2 x 200 mg) е съпоставим с този от проучването на Gautret и сътрудници⁵, но предвижда натоварваща доза в първия ден (2 x 400 mg), което е оправдано предвид фармакокинетиката на лекарството и е в унисон с публикувано фармакокинетично моделиране и актуалните Белгийски препоръки⁶. Ако се използва chloroquine phosphate еквивалентната поддържаща доза е 2 x 500 mg, но е препоръчително в първия ден да се приеме натоварваща доза (1000 mg при стартиране на лечението, последвани от 500 mg след 12 часа), което е в съгласие с Белгийските и Холандските препоръки⁶, както и с публикувани протоколи за лечение на малария⁸.

Пълният текст на насоките можете да откриете в [този документ](#), както и в следните допълнителни материали

- [Теоретични основи](#) за употреба на противовирусни средства и имуномодулатори при установена COVID-19

- Кратък преглед на [фармакологичната характеристика](#), профилите на безопасност и лекарствените взаимодействия при проучваните средства за лечение на COVID-19 (обратно към [съдържанието](#))

Поведение в структурите по образна диагностика в условия на COVID -19

Конвенционалната рентгенография (КР) на белите дробове и Компютъртомографското (КТ) изследване на гръдния кош са едни от най-често назначаваните изследвания при известно или подозирано страдание на белите дробове. Не се препоръчва използването на конвенционална рентгенография на белите дробове и КТ изследване на гръдния кош като методи за доказване или изключване на заболяване от COVID 19 при асимптомни индивиди. Редица публикации, предимно от китайски учени, извеждат предимствата на КТ изследването при установяване на болестта преди позитивиране на RT-PCR теста. Американският Колеж по Радиология (ACR), Британският Кралски Колеж по Радиология (BCR) и Италианското Радиологично Дружество (ISMIR) категорично застават зад позицията, че на този етап не е препоръчително самостоятелното използване на данните от КТ изследването за целите на скрининг и/или ранно установяване на болестта. Нормалният рентгенографски образ не изключва налично заболяване, било поради факта че болестта протича без развитие на интерстициална пневмония или поради провеждане на изследването преди белодробното засягане. Същевременно, случайно установена образна находка, типична или високо-суспектна за COVID-19 пневмония, може да е първи белег за заболяване и повод за назначаване на диагностичен или повторен/потвърдителен RT-PCR тест. **Негативната находка от конвенционалната рентгенография не отхвърля COVID инфекция**, както и може да се регистрира при леки форми на заболяване. Изразен задух, необясним с нормалния рентгенов образ е показание за провеждане на КТ изследване на белите дробове

Допълнителни данни можете да откриете в [оригиналния документ](#).
(обратно към [съдържанието](#))

Поведение при пациенти с индикации за лъчелечение в условия на COVID -19

Първичният преглед се налага да бъде на място в амбулаторния кабинет. Препоръчва се минимален брой на придружаващи пациента лица. Проследяване на пациентите максимално възможно да се извършва по телефона или чрез мултимедийна връзка. Да се създаде организация за това в отделението

Допълнителни данни можете да откриете в [оригиналния документ](#).
(обратно към [съдържанието](#))

Инструкции за работа на клиничните лаборатории в епидемичната COVID-19 обстановка

Обща организация на работата в лабораторията

- Не трябва да се допуска струпване на пациенти в чакалните на лабораториите.
- Пациентите изчакват на опашка със спазване на дистанция помежду им поне 2 метра. С предимство са бременни, майки с малки деца, трансплантирани пациенти и други, според преценка на лабораторния екип.
- По възможност пациентите изчакват реда си отвън, извън чакалнята на лабораторията.
- Пациентите са екипирани с лични предпазни средства (маски);

- При влизане в лабораторията се осигуряват условия за дезинфекция на ръцете на пациентите с поставяне на дезинфектант на удобно място.
- Чакалните се проветряват често – по 15 минути на всеки час, по възможност се оставя постоянно отворен прозорец.
- Влизането в манипулационните става по един.
- След всеки пациент се извършва дезинфекция на манипулационния стол и където още е необходимо.
- Медицинският екип, отговорен за вземане на биологичния материал, е подготвен и екипиран съгласно препоръките на Националния оперативен щаб (НОЩ) и СЗО.

Допълнителната специфика на този раздел, можете да откриете в [оригиналния документ](#).
(обратно към [съдържанието](#))

Ръководство за дейности в структури по обща и клинична патология при COVID-19

Поради своята професионална дейност патолозите в България попадат в т.нар. индикативен списък на Директива 2000/54/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 18 септември 2000 година относно защита на работниците от рискове, свързани с експозицията на биологични агенти при работа (Седма специална директива по смисъла на член 16, параграф 1 от Директива 89/391/ЕИО)-член 4, параграф 2, т. 4-работа в звена за инспекция след смъртта и т. 5-работа в диагностични лаборатории. Във връзка със създалата се пандемична ситуация и след анализ на оборудването на структурите по обща и клинична патология и обезпечеността с човешки ресурс в страната, предлагаме следните мерки по отношение на рутинната дейност.

- При смърт в резултат на доказана COVID-19 инфекция, не се налага извършване на аутопсия за доказване на заболяването и/или издаване на смъртен акт.
- В случаи на починали извън лечебно заведение, при неясни обстоятелства и съмнителна причина за смърт, аутопсията трябва да се извърши от специалист по съдебна медицина при стриктно спазване на правила за безопасност в съответствие с документи
- Не се препоръчва извършване на интраоперативни изследвания на нефиксирани материали, обработени по метода на замразяване на тъканите (гефрир) при пациенти с COVID-19 инфекция (доказана или суспекция).

Поради тясната специфика на този раздел, моля да се справите и с [оригиналния документ](#).
(обратно към [съдържанието](#))

Приложения

Приложение 1 – Миене на ръце

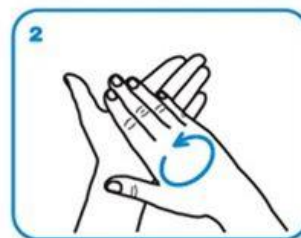
Как да си мием ръцете правилно.



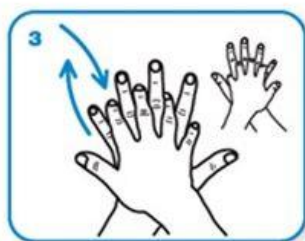
Намокрете ръцете



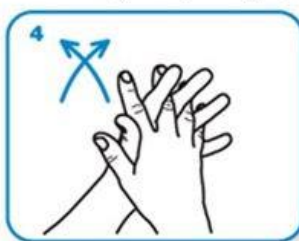
Ползвайте достатъчно течен сапун за целите ръце



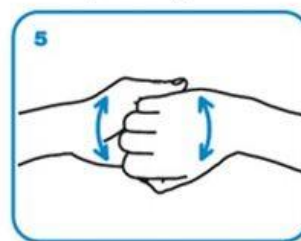
Направете пяна чрез търкане на дланите



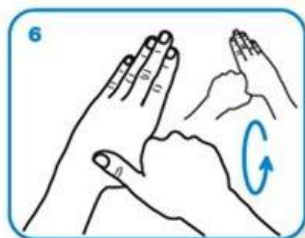
Дясна длан върху лява обратна и последваща смяна



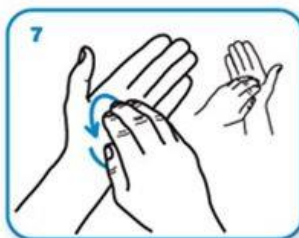
Длан в длан със сключени пръсти



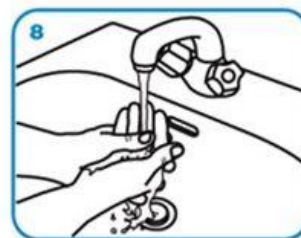
Свити пръсти в кука, сключена ръка срещу друга



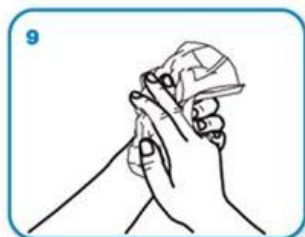
Кръгово търкане на ляв палец в десен юмрук и обратно



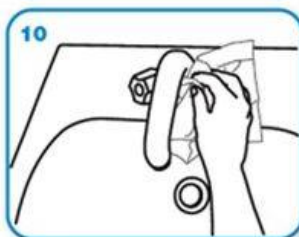
Кръгово търкане напред-назад със свити пръсти на едната ръка в другата и последваща смяна



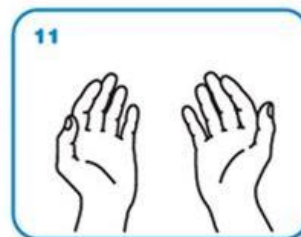
Изплакнете обилно с вода поне 10 секунди



Подсушете добре с еднократна салфетка



Използвайте салфетката, да спрете водата



Ръцете Ви са вече Безопасни ;-)

Превод д-р Ал. Симидчиев: https://www.who.int/gpsc/clean_hands_protection/en/

(обратно към [съдържанието](#))

Приложение 2 – Носене на хирургична маска

Позовавайки се на дългогодишния ни опит искаме да внесем повече яснота – медицинската маска има един единствен правилен начин на поставяне. Бялата страна е обърната към лицето, а цветната – навън. Качествените медицински маски имат 3 слоя:

- **Бял** слой – поставя се към лицето; изработен е от материал, който абсорбира влагата, която се образува в маската при издишване
- **Вътрешен** слой – с вграден филтър *
- **Цветен външен** слой – изработен от водоотблъскващ материал; действа като бариера, не позволява абсорбирането на частици слюнка, кръв и пот в маската

Носенето на маската по неправилен начин намалява нейната ефективност и може да причини значителен дискомфорт при дишане.

(обратно към [съдържанието](#))

Приложение 3 – Кислородотерапия

Кислородът се използва широко в спешната медицина, както в болницата, така и от спешните медицински служби или тези, които оказват модерна първа помощ. В болничната среда кислородът с висок дебит е показан за употреба в реанимация, при голяма травма, анафилаксия, голямо кръвене, шок, активни гърчове и хипотермия. Показан е за всички хора, при които заболяване е причинило ниски нива на кислород, въпреки че в този случай потокът на кислород трябва да бъде умерен, за да се постигнат нива на насищане с кислород, въз основа на пулсова оксиметрия (с целево ниво от 94–96% в повечето или 88–92% при хора с ХОББ). Прекомерната употреба на кислород при тези, които са остро болни, увеличава риска от смърт. [doi:10.1016/S0140-6736(18)30479-3] През 2018 г. препоръките в рамките на Британския медицински журнал са, че кислородът трябва да бъде спряен, ако насищането е по-голямо от 96% и не трябва да се започва, ако е над 90 - 93%. [doi:10.1136/bmj.k4169]

Назална канюла е тънка тръба с две малки дюзи, които стърчат в ноздрите на човека. Той може удобно да осигурява кислород само при ниски дебита, 2–6 литра в минута, като осигурява концентрация от 24–40%. Всеки литър кислород на ротаметъра, увеличава концентрацията над атмосферните 20% приблизително с 3%. Така 3 литра/мин. назално, се считат за 29%. Поради неудобство, назалните щифтове и катетри не са удобни да подават кислород над 3 л/мин.

Обикновената маска за лице, най-често се използва при дебит между 5 и 8 л/мин, с концентрация на кислород за човека между 28% и 50%. По ниската ефективност и недобра възпроизводимост на обикновените маски е поради ниското упълняване с множество отвори. Поради тази причина най-често се ползват по-контролираните маски за навлизане на въздуха, известни още като маски Venturi, които могат точно да доставят предварително определена фиксирана концентрация на кислород в дихателните пътища до 50%. В някои случаи може да се използва частична респираторна маска, която се основава на обикновена маска, но съдържаща резервоарна торбичка, която увеличава предвидената концентрация на кислород до 40–70% кислород при 5–15 л/мин.

Маските без превдишване изтеглят кислород от прикрепени към тях резервоарни торбички, с едностранни клапани, които насочват издишания въздух от маската. При правилно поставяне и използване при дебит 8-10 LPM или по-високи, те доставят близо 100% кислород. Този тип маска е показана при остра дихателна недостатъчност.

Назални щифтове	Обикновена маска	Вентури маска	Маска с резервоар
-----------------	------------------	---------------	-------------------



(обратно към [съдържанието](#))

Приложение 4 – Лични предпазни средства

[Стъпки за поставяне и сваляне на ЛПС](#)

(обратно към [съдържанието](#))

Приложение 5 – Подготовка на здравното заведение

[Препоръки на СЗО](#)

(обратно към [съдържанието](#))

Приложение 6 – Оценка на степента на неотложност в денталната практика

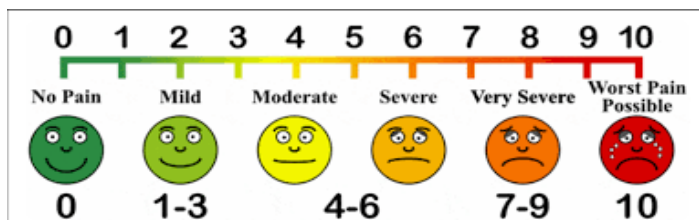
Оценка на степента на неотложност

(Оградете отговора с кръг)

1. Имате ли болка?

Да или Не

2. Каква е степента на болка по скалата от 1 до 10?



0 - няма болка; 1-3 слаба; 4-6 средна; 6 - силна; 7-9 много силна; 10 - непоносимо силна.

3. Кога започна болката?.....

4. Болката, която изпитвате е? пробуждаща; пулсираща; режеща.

5. Кога се появява болката? през деня; през нощта.

6. Болката е спонтанна или се провокира от:

студено; топло; сладко; при натиск.

7. Болката повлиява ли се от аналгетици?

Да или Не

8. Имате ли дентален абсцес?(Подути ли са венците или лицето Ви?)

Да или Не

9. Имате ли температура?

Да или Не

10. Изпитвате ли трудност при преглъщане?

Да или Не

11. Имате ли затруднено отваряне на устата?

Да или Не

8. Претърпели ли сте някаква травма?

Да или Не

· Моля опишете травмата:

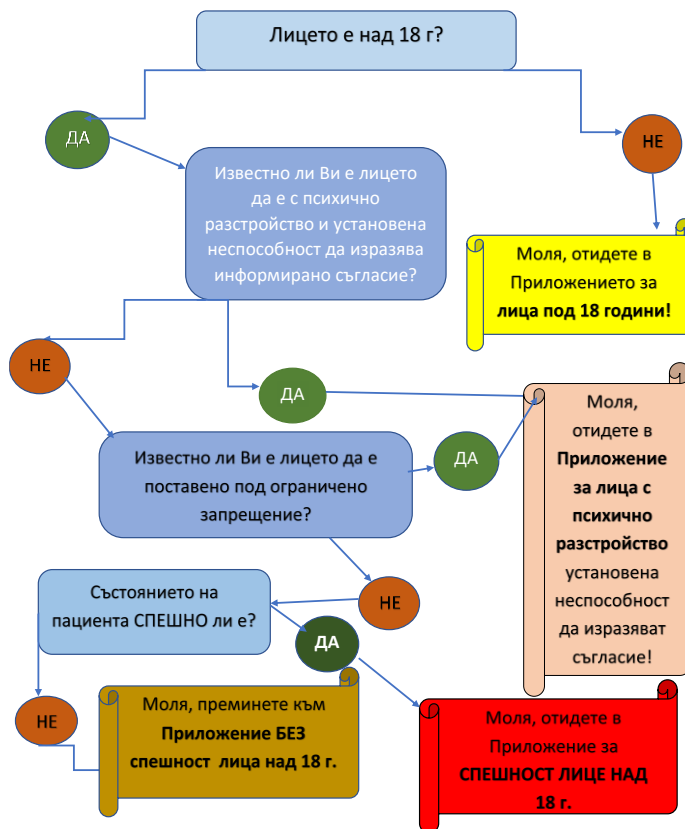
(обратно към [съдържанието](#))

Приложение 7 – Дентална асептика и антисептика

Препоръки на БЗС за [дентална асептика и антисептика](#)

(обратно към [съдържанието](#))

Приложение 8 - Насоки за осъществяване на процес по информиран избор и съгласие при лица със SARS – COV- 2



(обратно към [съдържанието](#))