

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

Този документ е версия 1.1 и според авторите е актуален към вторник, 31 март 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

Резюме	3
Въведение.....	3
Анализ на епидемиологичната обстановка.....	4
Поведение в доболничната практика	4
За здрави индивиди.....	4
За индивиди/пациенти с медицински проблеми различни от грипopodobни оплаквания	4
За индивиди/пациенти с медицински оплаквания съмнителни за респираторна вирусоза (настинка, грип)	4
Трансмисията на SARS-CoV-2 в детска възраст и клинична характеристика	5
Денталната практика в условията на COVID - 19.....	6
Поведение в болнично заведение	6
Поведение при Пневмония причинена от SARS-CoV-2	6
Поведение при лица със сърдечно-съдови заболявания и COVID-19.....	7
Поведение при работа в неонатологичните звена	8
Лечение на пациенти с covid-19 в интензивните отделения	8
Проследяване на неврологични заболявания в условията на пандемия с COVID-19.....	9
Проследяване на онкологични пациенти със SARS-CoV-2.....	10
Поведение и проследяване на лица с психиатрични заболявания.....	10
Инструкции за работа на клиничните лаборатории в епидемичната COVID-19 обстановка	10
Ръководство за дейности в структури по обща и клинична патология при COVID-19	14
Фармакотерапевтичен алгоритъм за противовирусно лечение при COVID-19.....	10
Приложения.....	15
Приложение 1 – Миене на ръце	16
Приложение 2 – Носене на хирургична маска	17
Приложение 3 – Кислородотерапия.....	17
Приложение 4 – Лични предпазни средства	18
Приложение 5 – Подготовка на здравното заведение	18

Приложение 6 – оценка на степента на неотложност в денталната практика.....	18
Приложение 7 – Дентална асептика и антисептика.....	19
Приложение 8.....	19

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.

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 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.

(обратно към [съдържанието](#))

Въведение

Настоящия доклад е създаден в изпълнение 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 компилираме 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. Изготвения от нас доклад подлежи на разширение и допълнение във всеки един момент. Очакваме в най-кратки срокове същия 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.

Настоящия доклад не представлява „медицински стандарт“ или „добра медицинска практика“. Изготвен е изцяло с препоръчителен характер и не обвързва със задължения практикуващите лекари. Част от насоките и данните, които са използвани и споделени, поради обстоятелствата не са базирани на доказателства и подлежат на проверка. Интерпретациите на експертите се базират само и единствено на техен експертен опит, като същия 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 сформирание на съвета. Медицинския експертен съвет работи безвъзмездно, доброволно, като не е получавал финансиране пряко или косвено за изпълнение на целите му, 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, ще продължи актуализира и допълва информацията в настоящия доклад.

(обратно към [съдържанието](#))

Анализ на епидемиологичната обстановка

На 13 декември 2019, е идентифициран новооткритият седми коронавирус, причинител на епидемия от пневмония в китайската област Ухан, който получава името 2019-nCoV / много често се среща и термина 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 размножаване на нуклеинови киселини (NAT), какъвто е RT-PCR. PCR 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 PCR (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, остава положителна до 20-ия ден /при леко протичане/ и до смъртта при фатален изход. Заболяване COVID-19 може да се отхвърли само след втори негативен PCR , но само след изпълнени всички условия за правилно вземане, транспорт и изработване на пробата.

Повече информация можете да откриете в [приложения документ](#).
(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 доколко е % от безсимптомно протичащи и субклинични случаи. Стандартна хирургична маска за среща между пациент и лекар е достатъчна мярка + миене на ръце. Дезинфекция на помещението поне 2 x дневно и навлажнена с дезинф. разтвор постелка пред кабинета

(обратно към [съдържанието](#))

За индивиди/пациенти с медицински проблеми различни от грипозодобни оплаквания

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

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

Миене на ръце – със сапун и вода, не по кратко от 30 секунди, по [методика описана от СЗО](#). 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 къщи. **Карантиниране** и необщуване с хора освен в краен случай, като при това с физическо отстояние не по малко от 2 метра един от друг, никакви социални контакти. При ходене навън и посещение на здравно заведение **ЗАДЪЛЖИТЕЛНО** слагане на хирургична маска.

Предпазни средства – хирургични 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 оплаквания (леки) посети ОПЛ, въпреки изричното нареждане на ЩАБ консултациите да са телефонни, се прави [бърз тест](#) но при спазени [изисквания](#) и условие, че бъдат осигурени съответните предпазни средства на ОПЛ. Стандартна хирургична маска е задължителна за пациента. Дезинфекция на помещението поне 3 x дневно и навлажнена с дезинф. 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 храчки, или двете плюс задух). Логистично къде, кой и как ще може да прави това , ще бъде уточнено от националния щаб.

[Всеки с положителен бърз тест](#) се карантинира (при леки оплаквания) докато излезе резултатът от PCR, който ако е отрицателен 1-2кратно, карантината се прекратява. Останалите- 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. Ако е (-) бързият тест е основание 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 и 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), изследване с RT-PCR. Описаните стъпки са важни, защото осигуряват защита, пестят време, дават екзактност и насока на действията и пестят леглови и материален ресурс, който при пик, ще бъде 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 психо-емоционално 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](#))

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, т.к. в началото на епидемията малък брой деца са скринирани за SARS-CoV-2. С повишаване броя на контактните възрастни, които в последствие се доказват като инфектирани, се увеличава пропорционално и броя на потвърдените инфектирани деца. С увеличаване броя направени 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 ДП 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 деплация, 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:

- силно кървене;
- интра и екстраорален оток, който може да наруши дишането на пациента;
- травма, обхващаща лицевите кости.

Допълнителни неотложни състояния, които се нуждаят от намеса, за да се облекчи силна болка или потенциално развиваща се инфекция. 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 ортодонтични апарати, улцериращи 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](#))

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, локализираны крепитации). Провеждане на двукратен RT-PCR 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 третираат 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 на КТ на бял дроб при пациентите с COVID-19 са измененията тип „матово стъкло“. При пациентите с по-леко протичане обичайно не се откриват рентгенологични промени на конвенционалната задно-предна рентгенография на белия дроб, а при близо 18% от пациентите, промени не се регистрират и на КТ на бял дроб

Пациентите с леко изразени симптоми е добре да си останат у дома. Медицинска помощ да потърсят само онези, които 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, те трябва да се прилагат 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. Цялостния текст на този раздел можете да разгледате в [приложения документ](#). (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 са налице леки или средно тежки грипоподобни 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 на майки с предполагаема или потвърдена COVID-19 инфекция трябва да бъдат изследвани за COVID-19. Препоръчва се това да стане до 30 ч. от раждането и повторно около 8-10-тия ден.

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

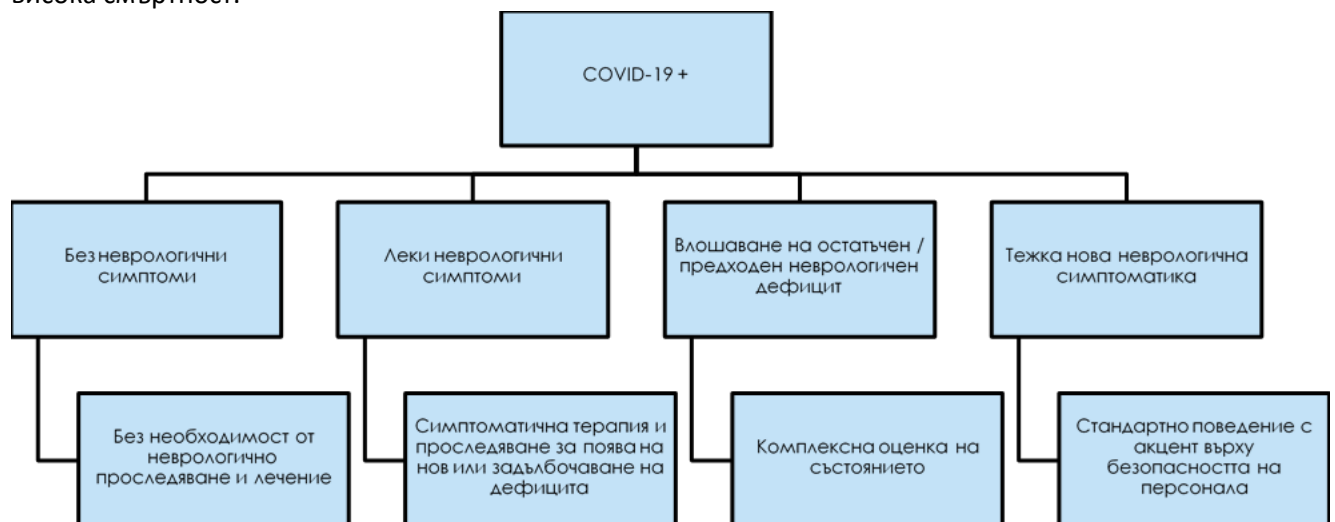
Бърза връзка към [алгоритъм-а за поведение](#) при вентилиране на COVID-19, както и [лечебни схеми](#) (обратно към [съдържанието](#))

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

Въздействието на различните видове коронавируси върху централната и периферната нервна система остава недостатъчно изяснена. При лабораторни модели е установен невротропизъм на някои коронавируси с инвазия през обонятелния нерв и последващо развитие на енцефалит. Предполага се, че коронавируса може да са ко-фактор в образуването на плаките на демиелинизация при множествена склероза.

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. Главоболието трябва да се разглежда освен като симптом на инфекцията, също в контекста на друга нововъзникнала патология (напр. втремозъчен кръвоизлив), която може да утежни/влоши клиничното протичане. Епилептичен пристъп на фона на скорошна обърканост и температура, особено с резидуална огнищна симптоматика задължително трябва да се третира като суспектен за COVID-19 пациент. Вертиго, умора, остра вяла парепареза 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.



Цялостния текст на този раздел можете да разгледате 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 от колкото 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%] от 1572 пациенти).

Този раздел в изчерпателен вид можете да откриете в [оригиналния 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 се справите с [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 крайгълният 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 данни⁵, а крие риск от взаимно потенциране на проаритмичните ефекти на двете лекарства⁶. Противовирусната терапия трябва да се обмисля само при хоспитализирани пациенти с потвърдена инфекция и тежка форма на заболяването. В настоящето изложение са представени най-перспективните проучвани противовирусни средства. Данните от досега публикуваните проучвания са противоречиви и изискват верифициране в по-мощни студии с подходящ дизайн. Множеството планирани и провеждани 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.

Терапевтичен алгоритъм за противовирусно лечение при пациенти с доказана COVID-19. Лечение с противовирусни средства се предвижда само при хоспитализирани пациенти с тежка форма на COVID-19 (дихателна честота $\geq 30/\text{min}$; кислородна сатурация $\leq 93\%$; съотношение $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mmHg}$; рентгенови данни за прогресия на инфилтратите на 24-48 ч. $> 50\%$). При лека форма на заболяването - без задух, без данни за пневмония и без необходимост от артифициално подаване на кислород може да се обмисли лечение с противовирусни средства само ако пациентът е от рискови групи за тежко протичане и повишена смъртност – възраст над 65 години, коморбидности като диабет, тежки органични увреди, коронарнопатии, хипертония, хронични белодробни заболявания⁶.

А. Хоспитализирани пациенти с тежка форма на COVID-19, изискващи артифициално подаване на кислород ($\text{O}_2 < 4 \text{ L/min}$):

- **Hydroxychloroquine:** 2 x 200 mg (на 12 ч.), за предпочитане с храна, в продължение на общо 5 до 10 дни (при ежедневно мониториране на ЕКГ)^{6,13}
- **Алтернативен режим с натоваарваща доза:** 2 x 400 mg (на 12 ч.) в първия ден, след това 2 x 200 mg (на 12 ч.), за предпочитане с храна, в продължение на общо 5 до 10 дни (при ежедневно мониториране на ЕКГ)⁶

При липса може да бъде заменен с chloroquine¹²:

- **Chloroquine phosphate:** в първия ден 1000 mg, последвани от 500 mg след 12 часа; след това 2 x 500 mg (на 12 ч.), за предпочитане с храна (5-10 дни)^{6,14}
- **Chloroquine база:** в първия ден 600 mg, последвани от 300 mg след 12 часа; след това 2 x 300 mg (на 12 ч.), за предпочитане с храна (до 10 дни)⁶
 - Комбинацията с azithromycin (2 x 250 mg в първия ден, последвани от 1 x 250 mg (до 5 дни) не бива да се използва рутинно, но може да се предвиди само след внимателна преценка на потенциалните ползи, страничните ефекти и риска от лекарствени взаимодействия⁶.

- **Противопоказания и специални предупреждения за chloroquine и hydroxychloroquine:** свръхчувствителност, епилепсия, myasthenia gravis, порфирия, ретинопатии, изходни стойности на QT $> 500 \text{ ms}$; **Лекарствени взаимодействия:** amiodarone, flecainide, toxifloxacin и мн. др. (виж приложените данни); **Риск от удължаване на QT-интервала,** което налага внимателно мониториране и внимателно приложение на

други лекарства с подобен потенциал, в т.ч. флуорохинолони и макролиди; Риск от тежка хипогликемия, потискане на контрактилитета на сърцето и кардиомиопатии.

Б. Хоспитализирани пациенти с тежка форма на COVID-19 и слабо изразен остър респираторен дистрес синдром ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 > 200 \text{ mmHg}$):

- **Hydroxychloroquine:** 2 x 200 mg (на 12 ч.), за предпочитане с храна, в продължение на общо 5 до 10 дни (при ежедневно мониториране на ЕКГ)^{6,13}
- *Алтернативен режим с натоварваща доза:* 2 x 400 mg (на 12 ч.) в първия ден, след това 2 x 200 mg (на 12 ч.), за предпочитане с храна, в продължение на общо 5 до 10 дни (при ежедневно мониториране на ЕКГ)⁶

Само при липса може да бъде заменен с chloroquine:

- **Chloroquine phosphate:** в първия ден 1000 mg, последвани от 500 mg след 12 часа; след това 2 x 500 mg (на 12 ч.), за предпочитане с храна (до 10 дни)
- **Chloroquine база:** в първия ден 600 mg, последвани от 300 mg след 12 часа; след това 2 x 300 mg (на 12 ч.), за предпочитане с храна (до 10 дни)⁶

Лечението следва да се провежда при съобразяване с горепосочените противопоказания и специални предупреждения. При бъбречно увреждане може да се предвиди модифициране на режима на дозиране на hydroxychloroquine⁶ като натоварващата доза в първия ден се запази, но се редуцира поддържащата доза, както следва:

- *GFR между 10 и 30 ml/min - 2 x 100 mg*
 - *GFR < 10 ml/min или при пациенти на диализа – 2 x 50 mg*
- **В случай на противопоказания за прилагане на hydroxychloroquine и chloroquine може да се предвиди лечение с комбинирания продукт lopinavir/ritonavir:** 2 x 400/100 mg (т.е. 2 x 2 таблетки от 200/50 mg), в продължение на до 14 дни; *лечението с lopinavir/ritonavir трябва да започне до десетия ден от клиничната изява на симптомите⁶.*

Противопоказания и специални мерки при lopinavir/ritonavir: продуктът е противопоказан при свръхчувствителност към активните съставки и следва да се избягва при пациенти с чернодробни увреждания; асоцииран е с огромен брой клинично значими лекарствени взаимодействия, при които следва да прецени съотношението полза-риск. Предизвиква безсимптомни ЕКГ промени при здрави индивиди, а освен това крие риск от AV-блок. Трябва да се използва с особено внимание при пациенти с повишен сърдечно съдов риск, както и на фона на лечение с лекарства, които удължават QT или PR интервала.

В. Хоспитализирани пациенти с много тежка и критична форма на COVID-19 - средно до тежко изразен остър респираторен дистрес синдром ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200 \text{ mmHg}$):

- **Hydroxychloroquine (диспергирани във вода стрити таблетки през стомашна сонда):** 2 x 400 mg (на 12 ч.) в първия ден, след това 2 x 200 mg (на 12 ч.), за предпочитане с храна, в продължение на общо 5 до 10 дни (при ежедневно мониториране на ЕКГ)^{6,13}

Поради това, че в крайна сметка клиничната ефективност на hydroxychloroquine не е напълно дефинирана, при пациенти с множествени органни увреди (на бъбреците, черния дроб, сърдечна недостатъчност) трябва сериозно да се оцени съотношението полза риск и да се вземе предвид токсикологичния профил на лекарството; използването на chloroquine при критично болните следва да се прецени внимателно предвид по-изразения риск от нежелани лекарствени реакции.

- **Lopinavir/ritonavir:** 2 x 400/100 mg (2 x 2 таблетки от 200/50 mg стрити и диспергирани във вода или под формата на перорален разтвор, през стомашна сонда), в продължение на до 14 дни;

Лечението с lopinavir/ritonavir трябва да започне до десетия ден от клиничната изява на симптомите⁶.

Винаги когато е възможно следва да се предпочита пероралния разтвор, тъй като е установено, че нарушаването на целостта на таблетките и прилагането през сонда крие риск от значително намаляване на бионаличността на лекарството³¹.

- **Парентерално лечение - Remdesivir (състрадателна употреба)³:** натоварваща доза 200 mg (под формата на 30 минутна венозна инфузия) в първия ден, след това 100 mg, веднъж дневно (2-10 дни)⁶

- **Toficizumab**

Някои предварителни китайски и италиански данни и ограничен клиничен опит в други държави показват благоприятен ефект на IL-6 блокиращото анти тяло toficizumab при най-критичните пациенти, страдащи от персистиращо и ексцесивно възпаление (“цитокинова буря”). На този етап обаче този клас лекарства трябва да се използват преди всичко в условията клинични изпитвания или в рамките на международни кохортни проучвания, ако е възможно. При отделни пациенти може да се предвиди терапия с това лекарство на фона на тежко персистиращо възпаление (т.е. повишен IL6, CRP, D димери, феритин, други биомаркеи), но без данни за бактериална суперинфекция/сепсис и остър респираторен дистрес синдром, изискващ механична вентилация. В такива случаи следва да се търси експертиза от специалисти, които имат опит в приложението на това моноклонално анти тяло.

Пълният текст на насоките можете да откриете в [този документ](#). както и и 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 задъх, 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](#))

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

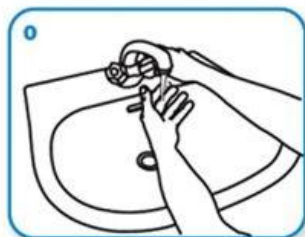
Поради своята професионална дейност патолозите в България, попадат в т.нар. индикативен списък на Директива 2000/54/ЕО на Европейския парламент и на Съвета от 18 септември 2000 година, относно защита на работниците от рискове, свързани с експозицията на биологични агенти при работа (Седма специална директива 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

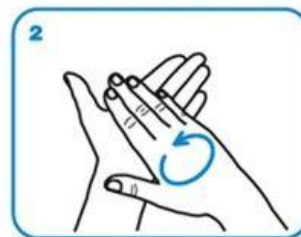
Как да си мием ръцете правилно.



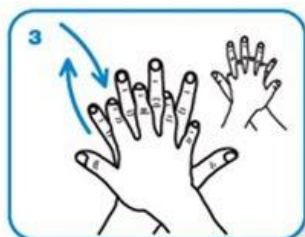
Намокрете ръцете



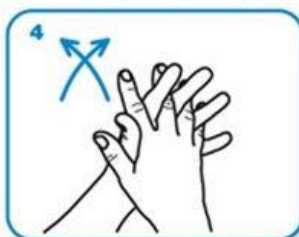
Ползвайте достатъчно течен сапун за целите ръце



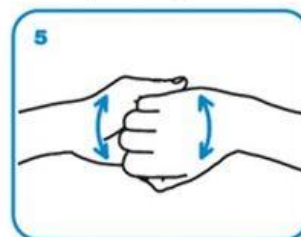
Направете пяна чрез търкане на дланите



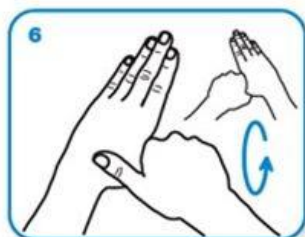
Дясна длан върху лява обратна и последваща смяна



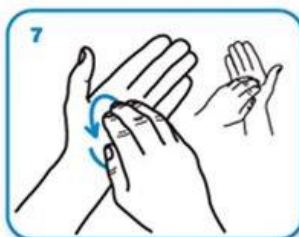
Длан в длан със сключени пръсти



Свити пръсти в кука, сключена ръка срещу друга



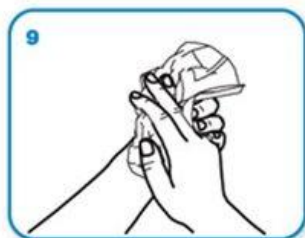
Кръгово търкане на ляв палец в десен юмрук и обратно



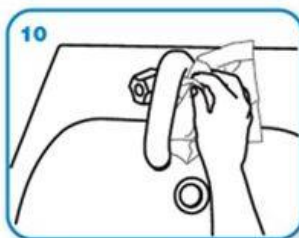
Кръгово търкане напред-назад със свити пръсти на едната ръка в другата и последваща смяна



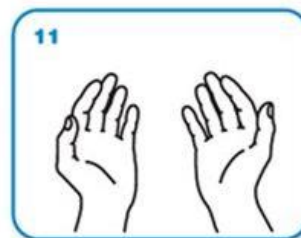
Изплакнете обилно с вода поне 10 секунди



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

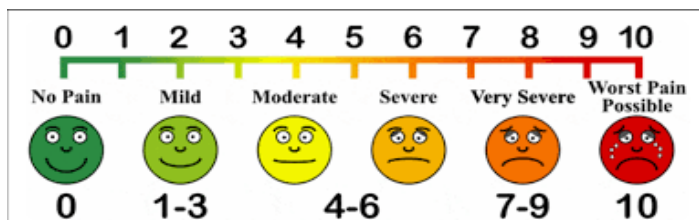
Оценка на степента на неотложност

(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

(обратно към [съдържанието](#))