

COVID-19 Дайджест**Национальный центр общественного здравоохранения**ТОП СТРАН С КОЛИЧЕСТВОМ СЛУЧАЕВ КОРОНАВИРУСА СВЫШЕ 2000 ЧЕЛОВЕК, СОГЛАСНО ДАННЫМ
ОНЛАЙН-КАРТЫ WORLDOMETERS:

№	Страна	Всего случаев	Всего летальных исходов	Всего пролеченных
ВСЕГО В МИРЕ:		858 126	42 140	177 141
1	США	188 280	3 883	6 461
2	Италия	105 792	12 428	15 729
3	Испания	95 923	8 464	19 259
4	Китай	81 518	3 305	76 052
5	Германия	71 808	775	16 100
6	Франция	52 128	3 523	9 444
7	Иран	44 605	2 898	14 656
8	Великобритания	25 150	1789	135
9	Швейцария	16 605	433	1823
10	Турция	13 531	214	243
11	Бельгия	12 775	705	1696
12	Нидерланды	12 595	1039	250
13	Австрия	10 180	128	1095
14	Южная Корея	9 786	162	5 408
15	Канада	8 612	101	1242
16	Португалия	7 443	160	43
17	Бразилия	5 717	201	127
18	Израиль	5 358	20	224
19	Австралия	4 763	20	345
20	Норвегия	4 641	39	13
21	Швеция	4 435	180	16
22	Чехия	3 308	31	45
23	Ирландия	3 235	71	5
24	Дания	2 860	90	1
25	Малайзия	2 766	43	537
26	Чили	2 738	12	156
27	Россия	2 337	17	121
28	Польша	2 311	33	7
29	Эквадор	2 302	79	58
30	Румыния	2 245	82	220
31	Япония	2 229	66	424
32	Люксембург	2 178	23	80
33	Филиппины	2084	88	49

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

СМИ

США COVID-19 смертей в Китае - данные показывают влияние на людей с хроническим заболеванием

<http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/03/us-covid-19-deaths-top-chinas-data-show-impact-those-chronic-disease>

Число погибших в США в COVID-19 превысило число погибших в Китае, когда оно возросло до 3727, а число случаев возросло до 183532 - согласно карте отслеживания New York Times.

Новые данные в США говорят о влиянии пандемии на людей с сопутствующими заболеваниями, включая диабет и сердечные заболевания, и показывают 5-процентный уровень COVID-19 у людей с легким гриппоподобным заболеванием (ГПЗ).

Медицинские работники и военнослужащие заражены

В Твиттере врач поделился электронной таблицей, показывающей 107 случаев смерти работников здравоохранения в Соединенных Штатах, и в Бостоне четыре крупные больницы сообщили, что 345 из их сотрудников дали положительный результат на коронавирус.

А военные зафиксировали первую смерть от COVID-19 в действующем военнослужащем лагере США, отметив, что 28 марта скончался национальный гвардеец армии Нью-Джерси. Пациент был госпитализирован с 21 марта.

В Массачусетсе 11 ветеранов погибли после заражения вирусом в доме ветеранов в Холиоке. Капитан USS Теодор Рузвельт сказал, что более 100 моряков заразились на его корабле из 4000 моряков, и он попросил Пентагон о помощи в борьбе со вспышкой.

Исследование подчеркивает основные условия

В отчете исследования, проведенного сегодня в еженедельном отчете по заболеваемости и смертности, показано, что 37,6% всех пациентов с COVID-19 в США имеют сопутствующие заболевания, а тяжелые заболевания присутствовали у 78% пациентов, которым требовалось поступление в отделение интенсивной терапии (ICU).

Данные пришли от 122 653 пациентов с COVID-19, поступивших в Центры по контролю и профилактике заболеваний, у которых подтверждено наличие заболевания с 12 февраля по 28 марта, и показывают, что в

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

целом 6,9% из 7 162 пациентов с известным статусом госпитализации и необходимой полной информацией.

22,5% пациентов требуют госпитализации. Диабет, хронические заболевания легких и болезни сердца были наиболее распространенными причинами ухудшения состояния.

«Эти результаты согласуются с данными из Китая и Италии, которые предполагают, что пациенты с основными состояниями здоровья и факторами риска, включая сахарный диабет, гипертонию, [хроническое обструктивное заболевание легких], ишемическую болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, хронические заболевания почек и курение могут быть подвержены более высокому риску тяжелой болезни или смерти от COVID-19 », - заключили авторы.

Из 122 653 пациентов всего 2 112 умерли, при этом показатель летальности составил 1,7%.

РУКОВОДСТВО В ПЕРИОД ПРАВЛЕНИЯ КОРОНАВИРУСА

<https://www.bcq.com/publications/2020/governing-through-coronavirus.aspx>

Краткий контрольный список распространенных ошибок управления - и лучшие практики - чтобы руководить лидерами и наблюдать, как они справляются с кризисом.

ПЯТЬ ОБЩИХ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ОШИБОК В КРИЗИСЕ

Вспышки вируса Эбола, MERS и SARS преподали важные уроки по борьбе с крупной эпидемией, но многие правительства были застигнуты врасплох серьезностью и масштабами кризиса COVID-19. В результате некоторые из них не смогли ответить эффективно. Основываясь на нашей работе по кризисному управлению по всему миру, мы определили пять распространенных ошибок управления.

Отсутствие стратегического фокуса. Не имея четких правил и приоритетов, лидеры часто погружаются в оперативные детали: какие предприятия должны оставаться открытыми? Должны ли супермаркеты сокращать часы и ограничивать количество покупателей? Как это можно контролировать? Эти повседневные оперативные решения отвлекают от необходимости формулировать всеобъемлющую, дальновидную стратегию, которая может мобилизовать сообщества и спасти жизни.

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

Фрагментированное сотрудничество. Сотрудничество между правительственными учреждениями в обычных условиях уже затруднено. Если правительственные лидеры закрывают школы и детские сады, но все еще ожидают, что родители пойдут на работу, родители могут чувствовать себя вынужденными организовать дневной уход на дому, что может привести к росту числа инфекций. Хуже того, родители могут привлекать пожилых бабушек и дедушек для оказания помощи по уходу за детьми, тем самым подвергая наиболее уязвимому населению высокому риску заражения.

Конкурирующие приоритеты. Когда возникает кризис, ответом по умолчанию является назначение одной функции, отвечающей за все решения, но это может создать опасный дисбаланс в фокусе. Некоторые правительства будут отдавать приоритет здравоохранению, в то время как другие отдадут приоритет экономике. Уделение слишком большого внимания одному приоритету за счет других может затруднить восстановление после кризиса.

Недостаточное руководство по ежедневному поведению. Без прямого руководства люди сделают выбор, который может способствовать дальнейшему распространению вируса. **Людам нужен единый источник правды, понятный, всеобъемлющий и легко доступный.** Например, если назначена блокировка, лидеры должны издать четкие рекомендации, чтобы люди понимали, что разрешено, а что нет. Могут ли они все еще гулять, играть в футбол, выгуливать собаку или ходить по магазинам за продуктами?

Одностороннее общение. Общение с правительственными чиновниками обычно носит односторонний характер, а львиная доля внимания сосредоточена на профилактике и экономических мерах. В условиях нынешнего кризиса люди обеспокоены многими другими проблемами, включая доступ к медицинскому обслуживанию, доступность продуктов питания и обеспечение работой, и эти проблемы необходимо решать в лоб.

ЛУЧШИЕ ПРАКТИКИ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ЛИДЕРОВ

Несколько простых мер могут существенно повлиять на то, насколько эффективно правительства решают проблему COVID-19.

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

Установите военную комнату. Для обеспечения эффективной координации правительствам следует создать военную комнату с представителями всех ключевых секторов, включая здравоохранение, образование, финансы, а также таможенную и иммиграцию.

Определить кризисного менеджера. Военную комнату должен возглавлять беспристрастный кризисный менеджер, в идеале тот, кто имеет опыт управления такого рода чрезвычайными ситуациями. Это создаст четкую ответственность и поможет людям из разных политических партий найти золотую середину и прийти к консенсусу по трудным решениям.

Расширение возможностей кризисного менеджера. Кризисный менеджер должен быть уполномочен принимать повседневные оперативные решения по секторам. Он или она может дать рекомендации о том, когда ограничивать поездки, закрывать школы и рестораны и запрещать массовые собрания. Это высвободит время для правительственных лидеров, чтобы они могли стратегически мыслить и определять направление.

Коммуницируйте больше

Худшее, что может случиться с правительством в условиях кризиса, - это потерять доверие общественности. Чтобы поддерживать доверие, правительства должны:

- учитывать психологические эффекты. Правительство может так сильно сосредоточиться на одном аспекте кризиса - здравоохранении или экономике - что оно пренебрегает фундаментальными проблемами, которые преследуют умы людей: где я могу пройти тестирование? Мое состояние блокируется? Моя работа в безопасности? Плохое общение приводит к беспокойству, паническим покупкам и массовому исходу из городов - и еще больше напрягает уже оспариваемую систему.
- быть коммуникативным и говорить правду. Правительства обычно склонны сохранять позитивный прогноз и не сообщать о текущих проблемах или потенциально пугающих новых событиях. Люди достаточно умны, чтобы видеть ложный оптимизм, а политический капитал может быть огромен.

Пандемия COVID-19 развивается ежечасно, и правительства вынуждены принимать мучительные решения каждый день. Мы будем продолжать внимательно следить за событиями и делиться дополнительной информацией для руководителей правительств по мере развития кризиса.

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

НАУКА:
ДИАГНОСТИКА

КТ-СКРИНИНГ ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ SARS-COV-2

<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S1473-3099%2820%2930247-4>

26 марта 2020 год

Во время вспышки COVID-19 в Китае в январе и феврале 2020 года своевременная диагностика стала решающим шагом для инфекционного контроля, особенно в эпидемической зоне Ухань, провинция Хубэй. Однако комплекты ОТ-ПЦР не были в достаточной степени предоставлены больницам в Ухани до 16 января 2020 года. До этого было мало возможностей для предоставления комплектов и удовлетворения быстро растущего клинического спроса. Кроме того, общий положительный показатель ОТ-ПЦР для образцов мазка из зева был менее 60%. Диагностическая чувствительность вирусной пневмонии при рентгенографии грудной клетки была относительно низкой, тогда как КТ обладал высокой чувствительностью для диагностики COVID-19, что делает его потенциальным основным инструментом для выявления COVID-19 в районах эпидемии. Кроме того, согласно руководству по диагностике и лечению COVID-19 Министерства здравоохранения Китая (пятое пробное издание), клинически подозреваемыми случаями в провинции Хубэй в основном были те, у кого особенности визуализации соответствовали пневмонии.

Фактически, мы не рекомендуем КТ для скрининга или ранней диагностики во всех областях или для всех групп населения. В нашем исследовании группа 1 (доклиническая) включала работников здравоохранения (десять медсестер и пять врачей) из двух больниц в Ухани, которые находились на переднем крае во время пика вспышки. Все 15 участников имели тесный контакт с подтвержденными случаями и добровольно прошли компьютерную томографию в качестве скрининговой меры. Наша статья ретроспективно включала эту группу, главным образом, чтобы проиллюстрировать результаты визуализации на субклинической фазе, которые также могут быть случайно обнаружены у пациентов, которые получают изображения по другим причинам. Основываясь на этом открытии в области эпидемии, мы предложили потенциальную роль КТ у бессимптомных лиц высокого риска с историей контакта с пациентами с COVID-19 в районах эпидемии. По сравнению с другой недавней публикацией, расхождение в положительных показателях КТ может быть связано с переменным

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

размером выборки, различными демографическими особенностями и потенциальным смещением ретроспективного отбора.

В области эпидемии все компьютерные томограммы были выполнены в соответствии со строгим протоколом инфекционного контроля, чтобы избежать перекрестной инфекции. Мы согласны с тем, что использование КТ для скрининга или диагностики имеет непропорциональное соотношение риск-польза. К счастью, при хорошо контролируемых эпидемических условиях в Ухани анализ RT-PCR или тест на антитела к тяжелому острому респираторному синдрому коронавируса 2 являются первым выбором для скрининга COVID-19 в настоящее время.

**НАУКА:
НАБЛЮДЕНИЕ**

ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ КОРОНАВИРУСНОЙ БОЛЕЗНИ 2019: МОДЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30243-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30243-7)

30 марта 2020 года

Фон

Учитывая быстро меняющиеся данные, был получен ряд оценок коэффициента летальности для коронавирусной болезни 2019 (COVID-19), которые существенно различаются по величине.

Методы

Мы собрали данные по индивидуальным случаям пациентов, которые умерли от COVID-19 в Хубэй, материковый Китай (по данным национальных и провинциальных комиссий по здравоохранению до 8 февраля 2020 года), а также для случаев за пределами материкового Китая (с веб-сайтов правительства или министерства здравоохранения и др.) из сообщений СМИ для 37 стран, а также Гонконга и Макао до 25 февраля 2020 года.

Эти данные были использованы для оценки времени между появлением симптомов и исходом (смерть или выписка из больницы). Затем мы получили стратифицированные по возрасту оценки коэффициента летальности, связав совокупное распределение случаев с наблюдаемой кумулятивной смертностью в Китае, предполагая постоянную частоту возникновения случаев по возрасту и с учетом демографии, а также недооценки на основе возраста и местоположения. Мы также оценили коэффициент летальности на основе данных отдельных списков по 1334

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

случаям, выявленным за пределами материкового Китая. Используя данные о распространенности ПЦР-подтвержденных случаев среди иностранных жителей, репатриированных из Китая, мы получили стратифицированные по возрасту оценки коэффициента смертности от инфекций. Кроме того, данные о возрастной степени тяжести в подгруппе из 3665 случаев из Китая были использованы для оценки доли инфицированных лиц, которые, вероятно, нуждаются в госпитализации.

Выводы

Используя данные о 24 смертельных случаях, произошедших в материковом Китае и 165 выздоровлениях за пределами Китая, мы оценили среднюю продолжительность от появления симптомов до смерти в 17,8 дней (95% вероятный интервал [CrI] 16,9-9-19,2) и до выписки из больницы должно быть 24 · 7 дней (22 · 9–28 · 1).

Во всех лабораторно подтвержденных и клинически диагностированных случаях из материкового Китая ($n = 70\ 117$) мы оценили общий коэффициент летальности (с учетом цензуры) в 3 · 67% (95% CrI 3 · 56–3 · 80).

Однако после дальнейшей корректировки на демографию и недооценку мы получили наилучшую оценку коэффициента летальности в Китае, составляющую 1 · 38% (1 · 23–1 · 53), со значительно более высокими коэффициентами в старших возрастных группах (0 · 32% [0 · 27–0 · 38] в возрасте <60 лет против 6,4% [5 · 7–7 · 2] в возрасте ≥60 лет), до 13,4% (11 · 2–15 · 9) в возрасте 80 лет и старше.

Оценки коэффициента летальности по международным случаям, стратифицированные по возрасту, соответствовали оценкам из Китая (параметрическая оценка 1 · 4% [0 · 4–3 · 5] в возрасте <60 лет [$n = 360$] и 4 · 5% [1 · 8–11 · 1] в возрасте ≥60 лет [$n = 151$]). По нашим оценкам, общий коэффициент смертности от инфекций в Китае составил 0,66% (0,39–1,33), с увеличением профиля с возрастом. Аналогичным образом, оценки доли инфицированных лиц, которые могут быть госпитализированы, увеличивались с возрастом до максимум 18,4% (11,0-7,6) в возрасте 80 лет и старше.

Интерпретация

Эти ранние оценки дают представление о коэффициенте летальности по всему спектру болезни COVID-19 и показывают сильный возрастной градиент риска смерти.

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

НАУКА:
КЕЙС-
МЕНЕДЖМЕНТ

КЛИНИКО-ВИРУСОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О ПЕРВЫХ СЛУЧАЯХ COVID-19 В ЕВРОПЕ: СЕРИЯ СЛУЧАЕВ

[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30200-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30200-0)

27 марта 2020 год

Методы

В этой серии случаев мы наблюдали за пятью пациентами, поступившими в университетскую больницу имени Бихата-Клода Бернара (Париж, Франция) и университетскую больницу им. Пеллегрини (Бордо, Франция), и им был поставлен диагноз COVID-19 с помощью полуколичественной ОТ-ПЦР на мазках из носоглотки. Мы оценили закономерности заболевания и вирусной нагрузки из разных образцов (носоглотки и крови, мочи и кала), которые получали один раз в день в течение 3 дней с момента поступления в больницу и один раз каждые 2 или 3 дня до выписки пациента. Все образцы были охлаждены и отправлены в лаборатории в Национальном справочном центре по респираторным вирусам (Институт Пастера, Париж, и Hospice Civils de Lyon, Лион, Франция), где происходит экстракция РНК, ОТ-ПЦР в реальном времени, а также оценка состояния выделений и титрование вируса.

Выводы

Пациентами были трое мужчин (в возрасте 31 года, 48 лет и 80 лет) и две женщины (в возрасте 30 лет и 46 лет), все китайского происхождения, которые приехали во Францию из Китая примерно в середине января 2020 года. Три разных описаны клинические изменения: (1) две женщины с бессимптомным течением, диагностированные в течение дня с проявлением симптомов, с высоким назофарингеальным титром SARS-CoV-2 в течение первых 24 часов после начала заболевания ($5 \cdot 2$ и $7 \cdot 4 \log_{10}$ копий на 1000 клетки соответственно) и обнаружение вирусной РНК в кале; (2) двухступенчатое прогрессирование заболевания у двух молодых мужчин с вторичным ухудшением через 10 дней после начала заболевания, несмотря на снижение вирусной нагрузки в образцах носоглотки; и (3) 80-летний мужчина с быстрой эволюцией к полиорганной недостаточности и постоянной высокой вирусной нагрузкой в нижних и верхних дыхательных путях с системным распространением вируса и обнаружением вируса в плазме. 80-летний пациент умер на 14-й день болезни (14 февраля 2020 г.); все остальные пациенты выздоровели и были выписаны к 19 февраля 2020 года.

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

В настоящее время нет подтвержденного противовирусного лечения для борьбы с такими инфекциями SARS-CoV-2. Среди потенциальных кандидатов ремдесивир представляет собой противовирусное пролекарство (семейство нуклеозидных аналогов), обладающее широким спектром активности *in vitro* и *in vivo* против многочисленных РНК-вирусов, включая SARS-CoV-2. В моделях на животных, по сравнению с лопинавиром плюс ритонавиром в сочетании с интерфероном бета, двумя другими потенциальными кандидатами, ремдесивир более значительно снижал титр вируса у мышей, инфицированных MERS-CoV, и уменьшал повреждение ткани легкого.²⁶ Лечение Ремдесивиром улучшало исходы заболевания и уменьшало вирусную нагрузку у мышей, инфицированных SARS-CoV-2, и ингибирует SARS-CoV-2 *in vitro*.²⁸ Фаза 3 клинических испытаний оценивала этот препарат для лечения инфекции, вызванной вирусом Эбола; следовательно, существуют данные для безопасности применения у людей²⁹. Следовательно, на основании экспертного мнения, мы рассмотрели возможность применения ремдесивира у трех пациентов с тяжелой патологией заболевания. Насколько нам известно, до сих пор сообщалось только об одном случае применения ремдесивира в COVID-19. В Китае проводится два рандомизированных контролируемых испытания для оценки клинической пользы этого лечения (NCT04257656; NCT04252664). На основании наших данных мы не можем сделать какие-либо выводы о потенциальной эффективности ремдесивира при инфекциях COVID-19. У двух пациентов препарат был начат во время обострения заболевания, когда вирус уже едва обнаруживался в клинических образцах. В одном из них ремдесивир был отменен через 5 дней из-за комбинированного повышения аланинаминотрансферазы и сыпи, хотя нельзя было подтвердить, что это неблагоприятное событие было связано с ремдесивиром. У третьего пациента ремдесивир был прекращен после однократного приема из-за заместительной почечной терапии, чтобы избежать риска накопления циклодекстрина. Ремдесивир содержит циклодекстрин, наполнитель, клиренс которого линейно связан с клиренсом креатинина. Поскольку состояние пациента ухудшалось, а вирусная нагрузка не снижалась, мы повторно начали лечение ремдесивиром.

В этой статье мы приводим клинические и вирусологические данные о первых случаях COVID-19 в Европе. Хотя мы признаем тот факт, что представленные результаты основаны на небольшом числе случаев, детальная и всесторонняя стратегия отбора проб позволила нам

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

проиллюстрировать различные течения заболевания, которое мы наблюдали, и предоставить некоторые соответствующие критерии, касающиеся тяжести заболевания. Мы считаем, что эти результаты будут способствовать лучшему пониманию естественной истории болезни и будут способствовать прогрессу в реализации более эффективных стратегий борьбы с инфекцией

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ 36 ДЕТЕЙ С КОРОНАВИРУСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ 2019 ГОДА (COVID-19) В ПРОВИНЦИИ ЧЖЭЦЗЯН, КИТАЙ: ОБСЕРВАЦИОННОЕ КОГОРТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30198-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30198-5)

25 марта 2020 год

Методы

Мы ретроспективно получили данные о педиатрических пациентах (в возрасте 0–16 лет) с подтвержденным COVID-19 из электронных медицинских карт в трех больницах в провинции Чжэцзян, Китай. Мы записали эпидемиологические и клинические особенности пациентов.

Выводы

С 17 января по 1 марта 2020 года было выявлено, что 36 детей (средний возраст 8,3 [SD 3,5] года) инфицированы тяжелым острым респираторным синдромом коронавирусом 2. Путь передачи был при тесном контакте с членами семьи (32 [89%]) или история воздействия эпидемии (12 [33%]); восемь (22%) пациентов имели оба воздействия. 19 (53%) пациентов имели умеренный клинический тип с пневмонией; 17 (47%) имели мягкий клинический тип и либо были бессимптомными (десять [28%]), либо имели острые симптомы верхних дыхательных путей (семь [19%]). Общие симптомы при поступлении были лихорадка (13 [36%]) и сухой кашель (семь [19%]). У четверых (11%) температура тела составляла 38,5 °C или выше, а у девяти (25%) - 37,5–38,5 °C. Типичными аномальными лабораторными результатами были повышение уровня креатинкиназы MB (11 [31%]), уменьшение лимфоцитов (11 [31%]), лейкопения (семь [19%]) и повышение прокальцитонина (шесть [17%]). Помимо рентгенографических представлений, переменными, которые были в значительной степени связаны с тяжестью COVID-19, были снижение лимфоцитов, повышение температуры тела и высокие уровни прокальцитонина, D-димера и креатинкиназы MB. Все дети получали интерферон альфа путем аэрозолизации два раза в день, 14 (39%) получали сироп лопинавир-ритонавир два раза в день, а шесть (17%)

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

нуждались в вдыхании кислорода. Среднее время пребывания в стационаре составило 14 (SD 3) дней. К 28 февраля 2020 года все пациенты были вылечены.

Интерпретация

Хотя все педиатрические пациенты в нашей группе имели легкий или умеренный тип COVID-19, большая доля бессимптомных детей указывает на сложность выявления педиатрических пациентов, которые не имеют четкой эпидемиологической информации, что приводит к опасной ситуации при инфекциях, приобретенных сообществом.

COVID-19 И КОИНФЕКЦИЯ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/ajh.25785>

15 марта 2020 год

36-летний китаец с недавним диагнозом инфекции COVID-19 проходил лечение в Национальном центре инфекционных заболеваний в Сингапуре. Было обнаружено, что у него тяжелая лимфопения и умеренная тромбоцитопения при поступлении в реанимацию и необходима вентиляционная поддержка. Мазок периферической крови, проведенный с учетом повышения MCV от 86 до 92 мкл, продемонстрировал холодную агглютинацию и образование рулетки, лимфопению с небольшим количеством реактивных лимфоцитов и редкими лимфоплазмацитоидными клетками (Изображение 1, Панель А и В: окраска Райта, объектив 100x). Не было никакой значительной анемии или биохимического гемолиза, и тест на прямую агглютинацию был отрицательным. Скрининг антител выявил антитело против I, титр холодного агглютинаина 1: 8 с титром антител к микоплазме пневмонии 1: 160. Электрофорез сыворотки не показал моноклональное антитело. Респираторная мультиплексная ПЦР для других распространенных респираторных вирусов была отрицательной.

Реактивные лимфоциты часто наблюдаются при инфекции COVID-19 (в отличие от SARS), в то время как при инфекции *Mycoplasma pneumoniae* распространена холодная агглютинация. Совместное заражение COVID-19 другими распространенными респираторными патогенами, такими как *Mycoplasma pneumoniae*, может усугубить клинические симптомы, повысить заболеваемость и может привести к длительному пребыванию в ОИТ, если его не выявить или не лечить. Клиницисты, ведущие лечение пациентов с инфекцией COVID-19, должны помнить о сопутствующих инфекциях с распространенными респираторными патогенами во время

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

этой вспышки COVID-19 и проверять их с помощью соответствующих микробиологических тестов.

НАУКА:
ИНФЕКЦИОННЫЙ
КОНТРОЛЬ

ФИЗИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЛЯ ПРЕКРАЩЕНИЯ ИЛИ УМЕНЬШЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСОВ

https://www.cochrane.org/ru/CD006207/ARI_fizicheskie-vmeshatelstva-dlya-prekrashcheniya-ili-umensheniya-rasprostraneniya-respiratornyh

6 июля 2011 год

Хотя респираторные вирусы обычно вызывают только незначительные заболевания, они могут вызывать эпидемии. Приблизительно от 10% до 15% людей во всем мире заболевают гриппом ежегодно, а во время крупных эпидемий уровень заболеваемости достигает 50%. Глобальные пандемические вирусные инфекции были разрушительными. В 2003 году эпидемия тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС) затронула около 8000 человек, убила 780 человек и вызвала огромный социальный и экономический кризис. В 2006 году глобальную тревогу вызвал новый птичий грипп H5N1, а в 2009 году - новая угроза пандемии свиного гриппа H1N1. Единичных и потенциально дорогостоящих мер (особенно использование вакцин или противовирусных препаратов) может быть недостаточно для прекращения распространения. Поэтому мы провели поиск доказательств эффективности простых физических барьеров (таких как мытье рук или ношение масок) в снижении распространения респираторных вирусов, включая вирусы гриппа.

Мы включили 67 исследований, включая рандомизированные контролируемые испытания и обсервационные исследования со смешанным риском смещения.

Общее число участников не включено, так как оно происходит из различного набора наблюдений: число участников и наблюдений за участниками и странами (объект некоторых исследований).

Таким образом, любая общая цифра (число) будет вводить в заблуждение. Распространение респираторного вируса можно уменьшить с помощью гигиенических мер (таких как мытье рук), особенно среди детей младшего возраста. Частое мытье рук также может уменьшить передачу от детей другим членам семьи. Создание барьеров для передачи, таких как изоляция и гигиенические меры (ношение масок, перчаток и халатов), может быть эффективным для сдерживания эпидемий респираторных вирусов или в больничных палатах. Мы не нашли каких-либо доказательств того, что более дорогостоящие, раздражающие и неудобные респираторы N95 превосходили простые

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

хирургические маски. Неясно, является ли более эффективным добавление вирулицидных средств или антисептиков к нормальному мытью рук с мылом. Недостаточно доказательств, поддерживающих проведение скрининга в портах въезда и социальное дистанцирование (пространственное разобщение, обеспечение расстояния по меньшей в один метр между инфицированными и неинфицированными) в качестве метода снижения распространения во время эпидемий.

УЛУЧШЕНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ СТАНДАРТНЫХ МЕР ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

https://www.cochrane.org/ru/CD010768/EPOC_uluchshenie-ispolzovaniya-medicinskimi-rabotnikami-standartnyh-mer-predostorozhnosti-dlya-snizheniya

26 февраля 2018 год

Цель обзора - Выяснить, какие стратегии могут быть использованы для улучшения соблюдения медицинскими работниками системы действий, известных как "стандартные меры предосторожности", для снижения инфекций в учреждениях здравоохранения.

Ключевые моменты

Авторами обзора выявлено множество стратегий, большинство из которых включают в себя обучение работников здравоохранения отдельно или вместе с дополнительной стратегией. Неясно, какие стратегии или их комбинации являются наиболее эффективными для повышения соблюдения медицинскими работниками стандартных мер предосторожности или их осведомлённости о стандартных мерах предосторожности или для снижения уровня колонизации (потенциальной инфекции), так как мы не нашли достаточных доказательств; этот факт, а также несогласованность результатов уменьшили нашу уверенность и определённость в обнаруженных доказательствах.

По оценкам, у более чем четырёх миллионов пациентов в Европе и 1,7 миллионов в США ежегодно развиваются инфекции, и распространённость их выше в развивающихся странах. Инфекции связаны с увеличением продолжительности пребывания в стационаре, увеличением смертности и миллиардами долларов на медицинские расходы. Следование стандартным мерам предосторожности, таким как

COVID-19 Дайджест

Национальный центр общественного здравоохранения

использование средств индивидуальной защиты или соблюдение правил безопасного обращения с иглами, может уменьшить распространение микробов в учреждениях здравоохранения. Цель этого обзора заключалась в том, чтобы выяснить, какие методы являются эффективными для повышения соблюдения медицинскими работниками стандартных мер предосторожности.

Результаты

Авторы обзора нашли восемь подходящих исследований с 673 участниками. О трех исследованиях сообщили из Азии, двух - из Европы, двух - из Северной Америки и одном - из Австралии. Стратегии вмешательства состояли из обучения работников здравоохранения, либо в качестве отдельной программы, либо вместе с другими видами обучения, например, демонстрацией воздушно-капельного пути распространения инфекций, или совместно с программой инфекционного контроля. Другими стратегиями вмешательства были экспертная оценка, использование контрольных (проверочных) листов и цветных сигналов. Во всех исследованиях использовали различные инструменты оценки того, насколько хорошо медицинские работники соблюдали стандартные меры предосторожности. В двух исследованиях также оценивали улучшение знаний работников здравоохранения (стандартных мер предосторожности) и в одном измеряли частоту колонизации MRSA (носительство MRSA с повышенным потенциалом инфекции) у пациентов и сотрудников медицинских учреждений с длительным пребыванием.

Обучение через демонстрацию распространения инфекции воздушно-капельным путем, экспертная оценка, использование проверочных листов и цветных подсказок, вероятно, улучшают соблюдение стандартных мер предосторожности, а обучение в отдельности, либо вместе с поддержкой инфекционного контроля, может немного улучшить соблюдение стандартных мер предосторожности.

Специальное обучение может немного улучшить знания, а обучение, демонстрирующее воздушно-капельный путь распространения инфекции, вероятно, влияет мало или не влияет вовсе на знания. Обучение вместе с дополнительной поддержкой со стороны инфекционного контроля, вероятно, влияет мало или не влияет вовсе на частоту колонизации MRSA.