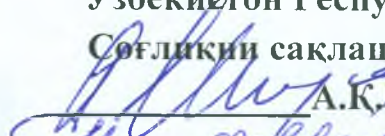


«Тасдиқлайман»
Ўзбекистон Республикаси
Соглиқни сақлаш вазири
 А.К.Шадманов
«14» феврал 2020 йил

**КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИНИ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
БЎЙИЧА КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

**Клиник протокол вилоят/республика даволаш-профилактика
муассасалари учун мўлжалланган**

Клиник протокол 2020 йилда ишлаб чиқилган.

Клиник протоколга масъул ходимлар:

1. Мусабаев Э.И. т.ф.д., профессор, Вирусология ИТИ директори
2. Рахимов Р.А. т.ф.д., Вирусология ИТИ катта илмий ходими
3. Хикматуллаева А.С. т.ф.д., Вирусология ИТИ директор ўринбосари

Гуруҳ котиби:

1. Эгамова И.Н. т.ф.н., Вирусология ИТИ клиникаси услубий-ташқилий
ишлар бўйича бош шифокор ўринбосари

Тузувчилар:

1. Ибадуллаева Н.С. т.ф.н., Вирусология ИТИ илмий ходими
2. Рахимова В.Ш. т.ф.н., ТошВМОИ юқумли касалликлар кафедраси
доценти
3. Шарипова И.П. т.ф.н., Вирусология ИТИ илмий ходими
4. Саидалиев С.С. ТошВМОИ юқумли касалликлар кафедраси ассистенти

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

ЎНЕ	—	ўткир нафас етишмовчилиги
КВИ	—	коронавирус инфекцияси
НЯҚВ	—	ностероид яллиғланишга қарши воситалар
ЎРВИ	—	ўткир респиратор вирусли инфекция
ЎРДС	—	ўткир респиратор дистресс синдром
ЎРИ	—	ўткир респиратор инфекция
ОЎРИ	—	оғир ўткир респиратор инфекция
НЎВ	—	ноинвазив ўпка вентилляцияси
ШХВ	—	шаҳсий ҳимоя воситаси
SpO ₂	—	кислород сатурацияси
2019-nCoV	-	2019-novel Coronavirus (2019-янги короновирус)

Кириш

2019 йилнинг декабр ойида янги коронавирус (2019-nCoV) туфайли келиб чиққан касалликнинг юзага келиши оқибатида соғлиқни сақлаш мутахассислари ҳамда шифокорлари касалликка чалинган беморларни ташхислаш ва клиник жиҳатларини аниқлашда бир қанча муаммолар дуч келишди. Ҳозирги кунда ушбу вируснинг эпидемиологияси, клиник кўринишлари, профилактикаси ва даво муолажалари чекланган. Маълумки, янги коронавирус инфекциясининг кенг тарқалган клиник кўриниши зотилжам бўлиб, беморларнинг аксариятида ўткир респиратор дистресс-синдроми (ЎРДС) ривожланиши қайд этилган.

Клиник протоколда кўрсатиб ўтилган тавсиялар, асосан ЖССТ, Хитой, Америка ва Европа касалликларни назорат қилиш маркази мутахассислари, томонидан ушбу инфекцияни даволаш ва олдини олиш бўйича эълон қилинган далилларга асосланмоқда.

Клиник протоколдаги тавсиялар ДПМ нинг юқумли касалликлар шифохона шифокорлари ҳамда юқумли касалликлар шифохоналарининг жадаллаштириш бўлими реаниматор шифокорларига мўлжалланган.

1. Этиология ва патогенез

Коронавирус (*Coronaviridae*) - РНК сақловчи катта оилага мансуб бўлиб, одам ва баъзи хайвонларни зарарлайди. Коронавирус инсонларда бир қанча касалликларни келтириб чиқариши мумкин, яъни ўткир респиратор инфекциянинг енгил туридан, то оғир ўткир респиратор синдромигача (ОЎРИ). Ҳозирда аҳоли орасида коронавируснинг 4 тури тарқалган (HCoV-229E, -OC43, -NL63 ва -HKU1) ва улар енгил ва ўрта оғирликда юқори нафас йўлларининг шикастланишини чақиради.

Серологик ва филогенетик таҳлиллар натижалари кўра коронавируслар 3 авлодга бўлинади: *Alphacoronavirus*, *Betacoronavirus*, *Gammacoronavirus*. Ҳозирда маълум бўлган коронавирусларнинг кўпчилигининг табиий хўжайини сут эмизувчилардир.

2002 йилгача коронавируслар юкори нафас йўллариининг енгил турларини келтириб чиқарадиган (камдан кам ўлим ҳолати кузатилган) агент сифатида қаралган. 2002 йилнинг охирларига келиб атипик зотилжам кўзғатувчиси коронавирус (SARS-CoV) юзага келган ва беморларда ОЎРС келтириб чиқарган. Ушбу вирус *Betacoronavirus* авлодига мансубдир. SARS-CoV вируснинг табиий ўчоғи кўршапалак бўлиб, оралик хўжайини туялар ва хималай циветларидир. Дунё бўйича 37 та давлатларда кузатилган эпидемияларда 8000 ҳолат қайд этилган, улардан 774 таси ўлим билан яқунланган. 2004 йилдан буён SARS-CoV келтириб чиқарган атипик зотилжамнинг янги ҳолатлари қайд этилмаган.

2012 йилда дунё янги MERS (MERS-CoV) коронавируси билан тўқнашган, яъни *Betacoronavirus* оиласига мансуб бўлган яқин шарқ респиратор синдроми кўзғатувчиси билан. MERS-CoV коронавирусининг асосий табиий хўжайини туялардир. 2012 йилда 2494 ҳолат рўйхатдан ўтган, шундан 858 та ўлим ҳолати кузатилган. MERS-CoV коронавируси географик жиҳатдан Араб ярим оролларига тўғри келади (82% ҳолатда Саудия Арабистонида қайд этилган). Ҳозирги кунда MERS-CoV касаллик чақиришда давом этмоқда.

Янги коронавирус 2019-nCoV (ЖССТ томонидан 12 декабр 2019 йилда берилган вақтинча номи) битта занжирли РНК сакловчи вирус бўлиб, *Coronaviridae* оиласига мансуб, Beta-CoV В га тегишли. Вирус SARS-CoV, MERS-CoV каби 2 гуруҳ патогенлигига таалуқли. 2019-nCoV коронавируси кўршапалаклар коронавируси ва ноъмалум табиатли коронавирус ўртасида вужудга келган рекомбинант вирус бўлиши мумкин. 2019-nCoV генетик кетма-кетлиги SARS-CoV коронавирусига 70% ўхшашдир.

Янги коронавирус инфекциясининг патогенези тўлиқ ўрганилмаган. Касалликнинг давомийлиги ҳамда касалликдан сўнг қоладиган иммунитет тўғрисида тўлиқ маълумот йўқ. Бошқа коронавирус оиласига мансуб коронавируслар билан касаллангандан сўнг юзага келадиган иммунитет турғун эмас ва қайта зарарланиш ҳолатлари кузатилиши мумкин.

Катталарда клиник кўриниши	1.Юқори нафас йўлларининг коронавирус билан зарарланиши - ўткир назофарингит J00; - ўткир синусит J01; - ўткир фарингит J02; - ўткир тонзилит (ангина) J03; - ўткир ларингит ва трахеит J04; - ўткир обструктив ларингит (круп) ва эпиглоттит J05; - ўткир юқори нафас йўлларининг зарарланиши ноаниқ локализацияли J06. Пастки нафас йўлларининг коронавирус билан зарарланиши - ўткир бронхит J20; - ўткир бронхиолит J21; - ўткир пастки нафас йўлларининг зарарланиши ноаниқ локализацияли J22 2.Диарея билан кечувчи коронавирус
Болаларда клиник кўриниши	1. стенозли ларингит; 2. бронхообструкция; 3. ўпканинг бирламчи эрта шикастланиши, ўпка сегментларининг шикастланиши 4. церебрал; 5. абдоминал; 6. геморрагик; 7. тўсатдан ўлим синдроми.
Оғирлик даражасига кўра	• енгил • ўрта оғир • оғир
Кечиши бўйича	• асоратсиз • асоратли

Асоратлари	1. ЎНЕ 4. ЎРДС 5. Сепсис 6. Септик (инфекцион-токсик) шок 7. ЎЮҚТЕ 8.ЎБЕ 9.ПОЕС
-------------------	---

Юқумли касалликлар шифохонасига зудлик билан госпитализацияга кўрсатма:

ЎРИ оғир шакли;

асоратли кечиши;

амбулатор даво самара бермаганда;

эпидемиологик кўрсатма бўйича

ҳамроҳ касалликларнинг авж олиш/декомпенсациясида (юрак қон томир касалликлари, нафас тизими, қандли диабет, ошқозон-ичак тизими касалликлари, сурункали буйрак етишмовчилиги, сурункали жигар етишмовчилиги, тана вазнининг етарли етишмовчилиги ва бошқалар).

Коронавирус этиологияли ОЎРИ беморларни кузатиш

Коронавирус этиологияли ОЎРИ ҳолатини стандарт баҳолаш

Беморларда «ОЎРИ» ташхиси ўтган 7 кун давомида юзага келган, беморни шифохонага ётқизилишини талаб қилган ўткир респиратор ҳолатда қўйилиб, касалликнинг бошқа клиник аломатларидан ташқари қуйидаги клиник белгилар билан характерланади:

- 38°C ва ундан юқори иситма (кўрик ёки анамнезда);

- йўтал.

Шунингдек, тинч ҳолатдаги нафас сиқилиши ҳолатларида:

-2 ойгача бўлган болаларда нафас сони минутига 60 дан кўп;

-2-12 ойгача бўлган болаларда нафас сони минутига 50 дан кўп;

- 1-5 ёшгача нафас сони минутига 40 дан кўп;
- 5 ёш ва катталарда нафас сони минутига 25 дан кўп .

Изоҳ:

- “нафас сиқилиши” тушунчаси ҳаво этишмаслигидан келиб чиққан нафас олишнинг такрорланиши ва чуқурлигининг бузилишини ўз ичига олиб, бурун битиб қолиши ёки юқори нафас олиш йўллари обструкциясининг бошқа турлари, ҳамда нафас олишнинг қийинлаишини бошқа механик сабаблари билан боғлиқ эмас;
- ўткир респиратор касалликнинг оғир кечиши асосий патологик ҳолат фонида ривожланган янги касаллик ёки асосий патологик ҳолатнинг оғирлаишини англатиши мумкин;
- ОЎРИ классик зотилжамнинг эквиваленти эмас ва ҳар доим ҳам зотилжам сифатида намоён бўлмайди. Кўпгина оғир респиратор бузилишлар, масалан, ўпка ёки юрак сурункали касалликларининг оғирлаиши сабабли бўлиши мумкин ва зотилжам аломатларига эга бўлмайди.
- клиник симптомларининг пайдо бўлишига кадар ўтган 14 кун давомида эпидемиологик ноҳуш 2019-nCoV коронавирусуга тахмин қилинаётган давлат ва ҳудудларда бўлиш (Хитой, Ухань ш.);
- сўнгги 14 кун давомида 2019-nCoV коронавируси билан касалланган беморлар билан мулоқатда бўлиш;
- лаборатор таҳлил натижасида 2019-nCoV вируси аниқланган беморлар билан мулоқатда бўлиш.

ЎОРИ билан касалланган беморларни кузатиш

КВИ оғирлик даражасининг мезонлари (интоксикация симптомларининг ифодаланганлиги билан баҳоланади):

- енгил даража – тана ҳароратининг 38°C ча кўтарилиши, бош оғриғи, пульс 90 зарба/мин кам, систолик қон босими 115–120 мм рт. ст, нафас олиш сони 1 минутда 24 тадан кам бўлиши.
- ўрта оғирлик даражаси – тана ҳароратининг $38,1\text{--}39^{\circ}\text{C}$ ча кўтарилиши, кучли бош оғриғи, пульс 90-120 зарба/мин, систолик қон босими 110 мм рт. ст. паст, нафас олиш сони 1 минутда 24 тадан ортиқ бўлиши.
- оғир даражаси – юқори тана ҳарорати (39°C дан юқори кўтарилиши), интоксикация белгиларининг ортиши (кучли бош оғриғи, бутун танада оғриқ,

уйқусизлик, анорексия, кўнгил айнаши, қусиш), пульс 120 зарба/мин дан ортиши, систолик қон босими 90 мм рт. ст.дан пасайиши, юрак тонлари бўғиклашиши, аритмия, нафас олиш сони 1 минутда 28 тадан ортиқ бўлиши.

- оғир даражаси – ўткир бошланиб, интоксикация белгилари тез ривожланади, ЎРДС ва септик шок ҳолати кузатилиши мумкин.

КВИ оғир даражасида ўткир нафас етишмовчилигининг белгилари: хуружли йўтал, хуштаксимон нафас, стридороз нафас, инспиратор нафас қисилиши, овоз йўқолиши, цианоз, акроцианоз, тахикардия, юрак тонларининг бўғиклашиши, артериал гипотония;

Ўткир юрак етишмовчилиги: тана ҳароратининг тушиши, тери қопламларининг рангпарлиги, совуқ тер, адинамия хушнинг йўқолиши билан, цианоз ва акроцианоз, ипсимон пульс, юрак тонларининг бўғиклиги, тахикардия, артериал гипотония, сийдик ажралишининг тўхташи.

Бош мия шишининг белгилари: психомотор кўзғалиш ва онгнинг бузилиши, патологик нафас, брадикардия, юз гиперемияси, қусиш, талваса, ўчоқли неврологик ўзгаришлар, менингиал белгилар, артериал қон босимининг лабиллиги, гиперестезия, гиперкаузия;

Ўпка шишининг белгилари: ортиб боровчи нафас сиқилиши ва бўғилиш, цианоз, акрацианоз, кўпикли ва қонли балғам, тана ҳароратининг тушиб кетиши, ўпкада қуруқ ва нам хириллашлар.

Катталарда ЎНЕНИ ташхислаш

ЎНЕ даражалари	Ташхислаш белгилари
1	Шикояти: нафас етишмовчилигига бетоқатлик, эйфория. Тери нам, рангпар, енгил акроцианоз. Ошиб боровчи нафас сиқилиши (минутига 25-30 нафас), Қон босимининг мўътадил ортиши. РаО ₂ 70 мм.рт.ст. ча тушиши, РаСО ₂ 50 мм.рт.ст. ча кўтарилиши.
2	Алаҳсираш, кўзғалувчанлик, галлюцинация, профуз терлаш,

	цианоз, нафас сиқилиши (минутига 35-40 нафас), тахикардия, артериал гипертензия. РаО ₂ 60 мм.рт.ст ча тушиши, РаСО ₂ 60 мм.рт.ст. ча кўтарилиши.
3	Кома клоник ва тоник талвасалар билан, кўз қорачиғининг кенгайиши.

Болаларда ЎНЕНИ ташхислаш

ЎНЕНИ даражалари	НЕНИ оғирлик даражалари
I даража (компенсация)	Безовталиқ вақтида нафас сиқилиши, мўтадил тахикардия
II даража (субкомпенсация)	Тез нафас олиш, тахикардия, нафас олиш вақтида қўшимча мушакларнинг мўтадил иштироки
III даража (декомпенсация)	Тахипноэ ортиши, брадикардияга мойиллик, қон босимининг тушиши, умумий цианоз терининг рангпарлиги, мармарсимон бўлиш фонида, қўшимча мушаклар иштирокининг ортиши. Хушдан кетиш сопор ҳолатигача
IV даража (гипоксик кома)	Нафас олишнинг камайиши, талваса, апноэ, генераллашган цианоз ёки кескин акрацианоз, қон босими 0 гача тушиб кетиши, брадикардия, нафас марказининг фалаж бўлиши. Ўткир диффуз нафас етишмовчилиги ўпка шиши клиникаси билан намоён бўлади - ўпканинг барча сегментларида нам хириллашлар, пушти кўпикли балғам.

ЎРДСни ташхислаш

Давр	Ташхиллаш мезонлари
1. Яширин ёки этиологик омилнинг таъсири (24 соат атрофида давом этади)	Клиник ва рентгенологик ўзгаришлар аниқланмайди. Тахипноэ ҳолат кузатилиши мумкин (нафас олиш сони минутига 20 тадан ортиқ)
2. Бошланғич ўзгаришлар (1-2 сутка)	Нафас сиқилишининг ортиши, тахикардия. Аускультацияда дағал нафас, қурук хириллашлар. Рентген текширувида ўпкада қон томир расмининг кучайиши, кўпроқ периферик қисмида. Қоннинг газ таркиби нормада.
3. Клиник кўринишларнинг кучайиши (3-10 сутка)	Нафас сиқилишининг кучайиши, қўшимча мускуллар иштирокида, диффуз цианоз. Юрак аускультациясида тахикардия ва юрак тонларининг бўғилашиши эшитилади, қон босимининг пасайиши. Ўпка перкуссияси перкутор товушнинг тўмтоқлашиши, дағал нафас аниқланади. Нам хириллашлар ва крепитация алвеолаларда суюқлик йиғилишини англатади (альвеоляр ўпка шишининг ривожланиши). Рентген текширувда интерстициал ўпка шиши, икки томонлама инфилтратив соянинг кучайиши, ўпка илдизларининг бир бирига қўшилиши аниқланади. Илдиз қисмларнинг пастки ва ўрта қисмларда томир расми кучайиши ўчоқка ўхшаш сояларнинг пайдо бўлиши. Тахлил натижаларида кислород парциал босими 50 мм.рт.ст. дан камайиши аниқланади.

4. Терминал (7-10 сутка ва ундан кўп)	Кўрик: нафас сиқишининг ортиши ва цианоз, профуз терлаш. Юрак қон томир тизими: ўпка юрак етишмовчилиги, қон босимининг тезлик билан пасайиши коллапс ҳолатигача. Аускультацияда тахикардия, юрак тонларининг бўғиқлашиши (аритмия), ўпка артериясида 2 тон акценти. ЭКГ Р-тишнинг 2, 3, aVL, V1-2 да юқори бўлиши, юрак электр ўқининг ўнг томонга оғиши. Рентген текширувда ўпка артерияси босмининг ортиши. Нафас тизими: ўпка гипертензияси ортиб бориши, нафас етишмовчилиги. Йўтал, пушти кўпикли балғам ажралиши. Аускультацияда нам хириллашлар, крепитация. КИМ–метоболик ацидоз. Полиорган етишмовчилиги: буйрак функциясининг бузилиши (олигоурия, протенурия, цилиндрурия, олигоанурия, микрогематурия, креатинин ва мочевино миқдорининг ортиши), жигар вазифасининг бузилиши, терининг сарғайиши, АЛТ ортиши, лактатдегидрогеназининг ортиши) бош миянинг бузилиши, бош оғриғи, шиши, қон айланишининг бузилиши)
--	--

ОЎРИ ташхиси билан даволанаётган беморларда нафас етишмовчилиги, гипоксемия ёки шок ҳолатлари кузатилганда қўшимча оксигенотерапия қўлланилади.

Изоҳ: оксигенотерапияга 5 л/мин сарф бўлганда киришиш ва $SpO_2 \geq 90\%$ га етгунча сарфни коррекциялаш хомиладор бўлмаган катта беморларда ва $SpO_2 \geq 92-95\%$ хомиладор беморларда.

ЎНЕ кузатилган коронавирус инфекцияси бўлган беморни сунъий ўпка вентилляциясига ўтказиш учун кўрсатма :

Абсолют:

- нафас тўхташи
- хушнинг бузилиши (сопор, кома), психомотор кўзғалиш
- гемодинамика ностабиллиги (АД сист < 70 мм рт.ст., ЧСС < 50/мин)

Нисбий:

ЧДД > 35/мин

$PaO_2/FiO_2 < 150$ мм рт.ст.

$PaCO_2 > 20\%$ ортиши

Зудлик билан интубация қилишга кўрсатма бўлмаса, ўпканинг ноинвазив вентилляциясини (ЎНВ) ниқоб ёрдамида PaO_2 ёки SpO_2 қийматини диккат билан кузатиб, умумий қабул қилинган қоидаларга мувофиқ нафас олишни баҳолаш тавсия этилади.

ЎНВ кўплаб механик асоратларни ривожланишига йўл қўймайди, шу билан бирга ўткир нафас етишмовчилиги бўлган беморларда газ алмашинувини самарали тиклаш ва нафас олиш туширишни таъминлайди.

Онг сақланиб қолган беморларда ИВЛ ўрнига ЎНВ дан фойдаланиш имконияти шифокор билан ҳамкорлик қилиш ва барқарор гемодинамикани кўриб чиқиш учун тавсия этилиши мумкин.

ЎНВнинг самарадорсизлигини тезликда аниқлаш жуда муҳимдир. Самарадорсизлик мезонлари нафас олиш частотаси ҳамда оксигенация яхшиланишининг кузатилмаслиги.

ОЎРИ беморларда антимикроб даво олиб борилади. Сепсис ҳолати бўлганд 1 соат ичида антимикроб даво ўтказилади.

Эслатма: коронавирус аниқланган ҳолатда ҳам зудлик билан 1 соат ичид антимикроб даво олиб борилади. Антибактериал даво таиҳи шифохонадан таиҳари зотилжсам, шифохона зотилжсами, ёки сепси

қўйилгандан сўнг тавсия этилади (амоксициллин клавулант, фторхинол-левофлаксацин, моксифлаксацин, цефалоспорин 3 ва 4 авлод, карбапенем, линезолид). Антибиотик танлови беморнинг умумий аҳволидан келиб чиққан ҳолда танланади.

Оғир аҳволдаги реанимация интенсив терапия бўлимидаги беморларга ҳимояланган—ингибитор аминопенициллин, цефтаролин, фторхинолдан фойдаланилади. Бета-лактама макролид гуруҳи билан биргаликда қўлланилиши лозим.

Динамикада касаллик кечишида ижобий ҳолат йўқлигида ҳамда стафилокок аниқланган ҳолатларда антистафилококк ва антипневмакокк — линезолид, ванкамицин қўлланилади.

Микробиологик текширув натижасидан сўнг ва шифокорнинг фикридан сўнг антимикроб даво бекор қилинади.

Вирус этиологияли зотилжам бўлган беморларга тизимли кортикостероидлар тавсия этилмайди, бошқа кўрсатмалар бўлмаганда.

Эслатма: ОЎРИ беморларга кортикостероид қўлланилганда ҳаётий кўрсаткичлар яхшиланмайди, лекин бир қанча асоратларга олиб келади (аваскуляр некроз, психоз, қандили диабет, организмда вирус репликациясини кучайтиради). Ўлим кўрсаткичи ортиши ҳамда иккиламчи инфекциянинг ривожланишини юзага келтиради.

Умумий аҳволи оғир беморларга қуйидаги инфузион даво олиб борилади:

- электролит эритмалар
- глюкоза (5%) эритмаси аскорбин кислотаси, панангин билан биргаликда
- альбумин - 10-20% эритма 5-10/2-5 мг/кг тана вазнига вена ичига томчилаб (гипоальбуминемия мавжуд беморларга кўрсатмалар мавжуд бўлганда);

Инфузион даво беморнинг умумий аҳволи, шунингдек қон босими, ўпканинг аускультация манзараси, гематокрит (0,35 л/л дан паст бўлмаган) ва диурезни назорат қилган ҳолда ўтказилади. Инфузион давога эҳтиёткорлик билан ёндашиш лозим, чунки суюқликларни кўп миқдорда қуйиш қоннинг кислород билан тўйинишини ёмонлаштиради, айниқса, сунъий ўпка

вентиляцияси чекланган шароитларда. Ўпка шиши ва бош мия шишининг олдини олиш мақсадида беморларга инфузион давони форсирланган диурез (лазикс/фуросемид 1% 2–4 мл м/и ёки в/и) фонида ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Мажбурий лаборатор текширувлар:

Қоннинг клиник таҳлили (нормоцитоз ёки лейкопения, СОЭ тезлашиши);

Мажбурий инструментал текширувлар:

ЎРИ асоратсиз кечганда – қўлланилмайди.

Қўкрак қафаси аъзолари рентгенографияси (зотилжамга шубҳа килинганда);

Бурун ва бурун атрофи бўшлиқлари рентгенографияси (синусит ривожланишига шубҳа килинганда);

ЭКГ (кардиал симптомлар мавжудлигида).

ЎРИ билан касалланган беморларни кузатиш

«ЎРИ» ҳолатини стандарт баҳолаш

«ЎРИ» ташхиси сўнгги 7 кун давомида юзага келган ўткир респиратор инфекция билан оғриган беморга қўйилиб, у камида қуйидаги белгилар билан ифодаланади:

- ҳўл йўтал;
- ёки томоқ оғриғи (фарингит);
- ёки тумов.

Изоҳ: «ЎРИ» тана ҳароратининг ошиши ёки ошмаслиги билан ўтиши ҳам мумкин.

Асоратланмаган ЎРИни антибиотиклар билан даволаш тавсия этилмайди, шунингдек касалликнинг илк 10-14 кун риносинусит, конъюнктивит, ларингит, круп, бронхит, бронхообструктив синдром билан кечганда ҳам тавсия этилмайди.

Дезинтоксикацион даво. Етарли миқдорда суюқлик (суткада 2,5-3,5 литр ва ундан ортиқ, агар соматик патология томонидан қарши кўрсатмалар бўлмаса). Интоксикация кучли ифодаланганда, шунингдек, қоринда

дискомфорт, кўнгил айтиши ва/ёки қусиш, шиш синдромида суюқлик қабул қилиш чекланганда, энтеросорбентлар (коллоидли диоксид кремний, полиметилсилоксанаполигидрат ва бошқалар) тавсия этилади.

Кучли йўталда балғам кўчишини яхшилаш мақсадида мукоактив дорилар буюрилади. Бронхолитик ингаляцион (небулайзерни қўллаган ҳолда) давони сальбутамол, фенотерол, комбинирланган воситалар (ипратропия бромид/фенотерол) билан қўллаш бронхообструктив синдром мавжудлигида мақсадга мувофиқдир.

Симптоматик даво қуйидагиларни ўз ичига олади:

- иситмалашни бартараф қилиш (иситма туширувчи дорилар – парацетамол, ибупрофен);

-ринит ва/ёки ринофарингитни комплекс даволаш (намлантирувчи/элиминацион дорилар, назал деконгестантлар);

- бронхитни комплекс даволаш (мукоактив, бронхолитик ва бошқа воситалар).

Иситма тушурувчи дорилар тана ҳарорати 38,0-38,5°C дан юқори бўлганда буюрилади. Иситма синдромини оғир кечиш ҳолатида, бош оғриғи, қон босимининг ошиши ва кучли тахикардияда (айниқса ишемик ўзгаришларда ва ритм бузилишларида) иситма туширувчи дорилар тана ҳарорати 38,0-38,5°C паст бўлган ҳолатда ҳам ишлатилади. Ибупрофен ва парацетамол ҳафсиз дорилар ҳисобланади.

Ринит, фарингит, бурун битиши ва/ёки бурун оқишини маҳаллий даволаш денгиз суви асосида тузли воситалардан бошланади (изотоник, бурун битишида гипертоник). Уларнинг самарасизлигида назал деконгестантлар тавсия этилади. Кучли симптомларда ва самарасизликда антисептик таъсирга эга эритмалар ишлатилиши мумкин.

Мажбурий лаборатор текширувлар:

Қоннинг клиник таҳлили (нормоцитоз ёки лейкопения, СОЭ тезлашиши);

Мажбурий инструментал текширувлар:

ЎРИ асоратсиз кечганда – қўлланилмайди.

Кўкрак қифаси аъзолари рентгенографияси (зотилжамга шубҳа қилинганда);
Бурун ва бурун атрофи бўшлиқлари рентгенографияси (синусит ривожланишига шубҳа қилинганда);
ЭКГ (кардиал симптомлар мавжудлигида).

Болаларни даволаш.

Болаларда коронавирус инфекциясини, шу жумладан, янги эпидемик 2019-nCoV вируси билан чақирилган коронавирусни махсус вирусга қарши дорилар билан этиотроп даволаш ишлаб чиқилмаган.

Даволаш мақсадлари:

- ҳароратни нормаллаштириш;
- юқумли интоксикацияни бартараф этиш;
- катарал синдромни бартараф этиш;
- асоратларнинг олдини олиш ва/ёки бартараф этиш.

Даволашни коронавирус инфекциясига ҳос илк касаллик белгилари пайдо бўлиши билан тезкор бошлаш зарур, белгиларнинг ифодаланганлиги ҳисобга олган ҳолда ва коронавирус инфекцияси ташҳисига шубҳа қилиш учун эпидемик шарт-шароитлар мавжудлигида.

Пастки нафас йўллариининг шикастланиши кузатилган оғир коронавирус инфекциясини даволаш:

Реанимация, интенсив даво бўлимига беморларни ўтказишга кўрсатмалар:

- тинч ҳолатда цианоз ва нафас сикиши;
- пульсоксиметрия кўрсатмаларининг 92%-94% дан паст бўлиши;
- нафас сикиши: 1 ёшгача болалар – минутига 60 дан ортиқ, 5 ёшгача бўлган болалар – минутига 40 дан ортиқ, 5 ёшдан катта болалар – минутига 30 дан ортиқ;
- балғамда қон мавжуд йўтал пайдо бўлиши, кўкрак қифасида оғриқ ёки оғирлик;
- геморрагик синдром белгиларининг пайдо бўлиши;
- психик ҳолатнинг ўзгариши, онг хиралашуви ёки қўзғалиши, талвасалар;
- такрорий қусишлар;

- қон босимининг пасайиши ва сийдик ажралишининг камайиши;
- юқори иситмалашнинг сақланиши (4-5 кундан ортик) иситма туширувчи воситаларга рефрактерлик билан ва оғир асоратларининг ривожланиши.

Интерферон $\alpha 2b$ ни (парентерал юбориладиган дорилар, томчилар, спрей, мазъ, суппозиториялар, гель) қўллаш тавсия этилади. Ушбу дорилар мавсумий ЎРВИларни даволаш учун қўлланилди. Чақалокларда биринчи кундан, шунингдек, муддатдан олдин туғилган болаларни даволашда ҳам қўлланилиши мумкин. Қўлланиладиган дори шаклига (суппозитория, парентерал дорилар ва бошқалар) қараб, ЎРВИлар давосида қўллаш йўриқномасига биноан интерферон дориларининг дозасини қўллаш тавсия этилади.

Патогенетик даво касалликнинг бошланғич (иситмалаш) даврида тавсия этилади, интоксикация кучли ифодаланганда дезинтоксикацион, антиоксидант даво ўтказилади.

Дезинтоксикация мақсадида 5-10% глюкоза эритмаси, изотоник тузли эритмалар, касалликнинг оғир кечишида қўшимча коллоид эритмалар тавсия этилади.

Интоксикацияни бартараф этиш учун глюкозадан ташқари изотоник тузли эритмалар (физиологик эритма), касалликнинг оғир кечишида қўшимча коллоид эритмалар тавсия этилади. Ортикча суюқликни парентерал юбориш, айниқса, изотоник хлорид натрий эритмасини, ўпка шиши ва мия шишининг ривожланишига олиб келиши мумкин. Парентерал юборилувчи умумий суюқлик миқдори физиологик эҳтиёж ҳисобидан келиб чиққан ҳолда амалга оширилиши лозим.

Антиоксидант мақсадида 5% аскорбин кислотаси (вена ичига) ва ушбу таъсирга эга бошқа инфузион эритмалар тавсия этилади.

Электролит бузилишларни коррекциялаш учун – калий препаратлари, глюконат кальций 10%, магний тавсия этилади.

Симптоматик даво – трахеит, бронхит, зотилжам ривожланганда йўталга қарши, муколитик ва балғам қўчирувчи дорилар тавсия этилади. Ушбу

дориларнинг таъсири йўтални бартараф этишга ёки трахеобронхиал дарахтдан балғамни кўчиришни яхшилашга, мукоцилиар клиренсни яхшилашга қаратилган.

Ринит ривожланганда антиконгестантларни қўллаш тавсия этилади. Ушбу дориларнинг таъсири бурун орқали нафас олишни яхшилашга, бурун бўшлиғи шиллик қаватининг шишини бартараф этишга, бурун ва бурун атрофи бўшлиғи ажралмаларининг окиб чиқишини яхшилашга қаратилган.

Тана харорати фебрил кўтарилган беморларга иситма туширувчи, шунингдек, НЯҚВ (парацетамол, ибупрофен, метамизол натрия), спазмолитикларни (папаверин) қўллаш тавсия этилади. Анамнезида талваса синдроми мавжуд беморларда ёки ушбу касаллик фонида талвасалар кузатилганда субфебрил хароратни ҳам тушириш кўрсатилган. Болаларда иситма тушириш ва оғриқ қолдириш мақсадида парацетамол суткалик доза 60 мг/кг, ибупрофен суткалик доза 30 мг/кг қўлланилади. Метамизол натрий бир марталик доза 5-10 мг/кг мушак орасига ёки вена ичига, 3-12 ойгача (5-9 кг) бўлган болаларда фақат мушак орасига тана харорати турғун 38,5°C дан юқори бўлганда ёки парацетамол, ибупрофенга самара бўлмаганда қўлланилади. Спазмолитикларнинг анальгетиклар билан комбинацияси турғун фебрил тана харорати сакланганда, парацетамол, ибупрофен дориларига самара бўлмаганда қўлланилади.

Ҳомиладор беморларни кузатиш бўйича тавсиялар

Ҳомиладор беморларда янги коронавирус инфекцияси шубҳа қилинганда ёки янги коронавирус инфекцияси тасдиқланганда ҳомиладорликда кузатиладиган физиологик ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда давони буюриш зарур.

Тезкор туғрукни амалга ошириш ва ҳомиладорликни тўхтатиш қарори мураккабдир ва кўпгина омилларга боғлиқ: ҳомиладорлик муддати, она ҳолати ва ҳомила ҳолатининг стабиллиги. Акушер-гинекологлар, неонатологлар ва реаниматологлар (она ҳолатига боғлиқ ҳолда) маслаҳатлари зарур.

Лаборатор ташхисот учун намуна олиш

Зотилжам ва сепсисни чакирувчи бактерияларни аниқлаш мақсадида қонни бактериал экма учун антибиотиклар билан даволашдан олдин олиш мақсадга мувофиқдир. Аммо, қонни экма учун олиш антибиотиклар билан даволашни бошлашга тўсқинлик қилмаслиги лозим.

Қайталама транскрипция полимераза занжирли реакцияси (ҚТ-ПЗР) усулида янги коронавирусни аниқлаш учун ҳам юқори нафас йўлларида (ЮНЙ; бурунхалқум, халқум), ҳам пастки нафас йўлларида (ПНЙ; ажралган балғам, эндотрахеал аспират ёки бронхоальвеоляр лаваж суюқлиги) агарда уларни олишга тўсқинлик бўлмаса (масалан, ўпка сунъий вентилияцияси ўтказилувчи беморлар) намуна олинади.

Изоҳ: намуна олишда шахсий химоя воситаларини (ЮНЙдан намуна олганда томчи ва мулоқат йўли билан қўзғатувчидан химояланиш чоралари; ПНЙдан намуна олганда ҳаво-томчи орқали тарқалишнинг олдини олиш чоралари). ЮНЙдан намуна махсус вирусологик тампонлар билан (стерил лавсан ёки вискоз фойдаланиш лозим, пахта асосли тампонлардан фойдаланилмайди) олинади ва вирус стабиллигини таъминловчи транспорт муҳитига жойлаштирилади.

Профилактика

Саралаш вақтида коронавирус инфекциясига шубҳа қилинган беморга тиббий ниқоб берилади ва махсус зонага — изоляторга жўнатилади. Коронавирус инфекциясига шубҳа қилинган беморлар ва бошқа беморлар ўртасида камида 1 метр масофани сақлаш лозим. Бошқа одамларга хавф туғдирмаслик учун барча беморларга йўталганда ва аксирганда бурун ва оғизни салфетка/дастрўмол ёки тирсак букиги билан ёпиш кераклиги тушунтирилади. Нафас олиш органлари ажралмалари билан мулоқатда бўлгандан кейин қўлларга ишлов берилади.

Йирик томчилар билан респиратор вирусларнинг ҳаво-томчи йўли орқали тарқалишнинг олдини олиш чораларини қўллаш. Бемордан 1-2 метрлар радиусида ишлаганда тиббий ниқобдан фойдаланиш. Беморларни

палаталарда биттадан жойлаштириш ёки уларни бир хил этиологик ташхис қўйилган беморлар билан гуруҳлаш. Агар этиологик ташхисни аниқлаш имкони бўлмаса, эпидемиологик хавф омилларини ҳамда масофавий тақсимлашни таъминлаган ҳолда ўхшаш клиник ташхис қўйилган беморлар билан гуруҳлаш керак. Респиратор симптомлари (масалан, йўтал ёки аксириш) мавжуд беморлар билан яқин мулоқатда ёрдам кўрсатганда аэрозоллар пайдо бўлиши ва бемор ажралмалари билан мулоқатда бўлиш хавфи мавжудлиги туфайли кўрув аъзоларини ҳимоялаш воситаларидан (юз ниқоби ёки ҳимоя кўзойнак) фойдаланиш зарур. Муассаса ҳудудида беморларнинг ҳаракатланишини чегаралаш ва палаталардан ташқарида бўлганда беморларнинг тиббий ниқоб қўллашини таъминлаш зарур.

Мулоқат орқали юқишнинг олдини олиш чораларини таъминлаш. Ҳаво-томчи ва мулоқат орқали юқишнинг олдини олиш зарарланган юза қисмлар ва асбоб-ускуналар (масалан, зарарланган кислород шланглари / кислородни етказиш ускуналари) орқали бевосита ва билвосита юқишнинг олдини олади. ШХВни (тиббий ниқоб, кўз аъзоларини ҳимоялаш, қўлқоп ва костюм) кийиб палатага кириш ва палатадан чиққанда ШХВни ечиш. Имкон қадар бир мартабалик ёки махсус ажратилган асбоб-ускуналардан фойдаланиш (масалан, стетоскоплар, тонометр манжетлари ва термометрлар). Агар бир қанча беморлар учун битта асбоб-ускунани ишлатиш зарур бўлса, ҳар бир бемор кўригидан кейин уни тозалаб ва дезинфекциялангандан сўнг ишлатиш зарур. Тиббиёт ходимлари қўлқоп ишлатиш ишлатмаслигидан қатъий назар агар зарарланиш хавфи мавжуд бўлса, қўллари билан кўзлар, бурун ва оғизга тегмасликлари керак. Беморларга ёрдам кўрсатиш жараёнида ишлатилмайдиган буюмларнинг (эшик туткичлари, чирокни ёкиш/ўчириш мосламалари) зарарланишига йўл қўймаслик керак. Палаталарнинг яхши вентилизациясини таъминлаш лозим. Беморларни бир жойдан бошқа жойга ўтказиш ва ҳаракатланишини чеклаш лозим. Қўл гигиенасига риоя қилиш лозим.

Фойдаланилган адабиётлар

1. <https://nextstrain.org/groups/blab/sars-like-cov>
2. http://en.nhc.gov.cn/2020-01/23/c_76004.htm?fbclid=IwAR34NcX-
3. <https://multimedia.scmp.com/widgets/china/wuhanvirus/>
4. <http://en.nhc.gov.cn>
5. Interim Guidance for Healthcare Professionals, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/clinical-criteria.html#foot1>
6. Clinical management of severe acute respiratory infection when Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection is suspected Interim guidance Updated 2 July 2015
7. <https://www.who.int/ethics/publications/infectious-disease-outbreaks/en/>
8. https://rospotrebnadzor.ru/region/korono_virus/punkt.php
9. Omrani AS, Saad MM, Baig K, Bahloul A, et al, Ribavirin and interferon α -2a for severe Middle East respiratory syndrome coronavirus infection: a retrospective cohort study. Lancet Infect Dis 2014 Nov;14(11):1090-5.
10. https://www.rlsnet.ru/tn_index_id_41007.htm
11. https://www.rlsnet.ru/mnn_index_id_6264.htm
12. Clinical management of severe acute respiratory infection when Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection is suspected: Interim Guidance. Updated 2 July 2015. WHO/MERS/Clinical/
13. М.А. Мурашко, А.Ю. Попова. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (2019-ncov) Версия 1. Временные методические рекомендации.

Катталарда корнавирус инфекциясини даволаш учун қўлланилиши тавсия этилган дорилар рўйхати Дорининг халқаро патентланган номи	Таъсир механизми	Чиқариш шакли	Буюриш схемаси
Вирусга қарши таъсир механизмига эга дори воситалари			
Рибавирин	Вирусга қарши восита. Хужайраларга тезда киради ва вирус билан инфицирланган хужайралар ичида таъсир кўрсатади. Рибавирин янги вирионлар репликациясини ингибирлайди, бу эса, вирус юкламасини камайтиради, нормал ишлаётган хужайраларнинг РНК синтезига таъсир кўрсатмаган ҳолда селектив тарзда вируснинг РНК синтезини ингибирлайди.	Таблеткалар, капсулалар. Лиофилизат (вена ичига юбориш учун концентрат)	Даволаш: 0,2 г дан (200 мг) кунига 2-4 маҳал, 1- 2 ҳафта. Вена ичига юбориладиган концентрат фақат шифохона шароитида ихтисослаштирилган реанимация бўлимида қўлланилади. Сунъий ўпка вентиляцияси зарур бўлган беморларда рибаверинни қўллаш фақат реанимацион чораларни ўтказиш тажрибасига эга мутахассислар томонидан амалга оширилиши мумкин.
Лопинавир/Ритонавир	Лопинавир ОИВ протеазасининг ОИВ-1 ва ОИВ-2 ингибитори; Ритонавир ОИВ-1 ва ОИВ-2 аспартилпротеаза ингибитори	Таблеткалар/ суспензия	Даволаш: 400 мг лопинавир/100 мг ритонавир ҳар 12 соатда 14 кун давомида таблетка шаклида буюрилади. Перорал қабул қилиш иложи бўлмаганда Лопинавир/ритонавир (400 мг лопинавир/100 мг ритонавир) суспензия шаклида (5 мл) ҳар 12 соатда 14 кун давомида назогастрал зонд орқали юборилади

Вирусология ИТИ директори
т.ф.д., профессор



Э.И. Мусабаев

Вирусология ИТИ
Бош шифокори, т.ф.д.

М.У. Асилова

Вирусология ИТИ илмий- ишлар буйича
директор ўринбосари, т.ф.д.

А.С. Хикматуллаева