

«30» հունիս 2020թ.

N 2051 - Ա

ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՄԲ (COVID-19) ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ ՎԱՐՄԱՆ ԿԱՐԳԸ (ԺԱՄԱՆԱԿԱՎՈՐ) ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ԵՎ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐԻ 2020 ԹՎԱԿԱՆԻ ՄԱՐՏԻ 25-Ի No 1090-Ա ՀՐԱՄԱՆՆ ՈՒԺԸ ԿՈՐՑՐԱԾ ՃԱՆԱՉԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով Վարչապետի 2018 թվականի հունիսի 11-ի N 728-Լ որոշման հավելվածով հաստատված Առողջապահության նախարարության կանոնադրության 18-րդ կետի 20-րդ ենթակետը, ինչպես նաև բժշկական հաստատությունների կողմից Հայաստանի Հանրապետությունում կորոնավիրուսային հիվանդության (COVID-19) բուժման միասնական մոտեցում ցուցաբերելու նպատակով.

Հ Ր Ա Մ Ա Յ ՈՒ Մ ԵՄ՝

1. Հաստատել «Կորոնավիրուսային հիվանդությամբ (COVID-19) պացիենտների վարման կարգը (ժամանակավոր)՝ համաձայն Հավելվածի:
2. Ուժը կորցրած ճանաչել Առողջապահության նախարարի 2020 թվականի մարտի 25-ի «Նոր կորոնավիրուսային հիվանդության (COVID-19) բուժման սկզբունքները (ժամանակավոր) հաստատելու մասին» No 1090-Ա հրամանը:
3. Բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունների ղեկավարներին՝ կորոնավիրուսային հիվանդությամբ պացիենտների վարումը կազմակերպել սույն հրամանի 1-ին կետով հաստատված կարգի համաձայն:

ԱՐՍԵՆ ԹՈՐՈՍՅԱՆ

ԿԱՐԳ
ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՄԲ (COVID-19) ՊԱՑԻԵՆՏՆԵՐԻ
ՎԱՐՄԱՆ
(ԺԱՄԱՆԱԿԱՎՈՐ)
(ԻՆԿՈՐՊՈՐԱՑՎԱԾ)

1. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

1. Սույն կարգը նախատեսված է առողջապահության ոլորտի պետական լիազոր մարմնի, տեղական ինքնակառավարման և տարածքային կառավարման ենթակայության և անկախ կազմակերպատիրավական ձևից բժշկական կազմակերպությունների մասնագետների համար, որոնք ներգրավված են կորոնավիրուսային հիվանդության կանխարգելման և բուժման միջոցառումների կազմակերպման և իրականացման գործընթացներին:

2. Նոր կորոնավիրուսային վարակով (COVID-19-ով) պայմանավորված դեպքեր, որպես նոր վարակիչ հիվանդություն, առաջին անգամ արձանագրվել են 2019 թվականի դեկտեմբերին՝ Չինաստանի Ուիան քաղաքում:

3. COVID-19-ի հարուցիչ է համարվում Coronaviridae ընտանիքի, Betacoronavirus ենթաընտանիքի նոր միաշղթա ՌՆԹ պարունակող կորոնավիրուս SARS-CoV-2-ը: Վիրուսը դասվում է պաթոգենության II խմբին, ինչպես բետակորոնովիրուսներից ևս երկուսը՝ SARS-CoV-ն և MERS-CoV-ն: Վերջիններս երկու անգամ լարված համաճարակային իրավիճակ են առաջացրել 2002-2003թթ.՝ պայմանավորված «ծանր սուր շնչառական համախտանիշ»-ով կամ «ատիպիկ թոքաբորբ»-ով (SARS-CoV, Severe Acute Respiratory Syndrome) և 2012թ-ին Մերձավոր Արևելքի շնչառական համախտանիշով (MERS-CoV, Middle East Respiratory Syndrome):

4. Հիվանդության գաղտնի շրջանը միջին հաշվով 5-6 օր է, չնայած կարող է երկարաձգվել մինչև 14 օր: Այս շրջանում, որն անվանում են նաև «պրեսիմպտոմատիկ» շրջան, պացիենտները կարող են լինել կոնտագիոզ:

5. Պացիենտների մեծ մասի մոտ հիվանդության ընթացքը լինում է թեթև (40%) կամ միջին (40%) ծանրության, մոտ 15%-ի մոտ դիտվում է ծանր ընթացք՝ թթվածնային թերապիայի անհրաժեշտությամբ, և 5%-ի մոտ՝ ծայրահեղ ծանր: Տարիքը, ծխելը և

ուղեկցող հիվանդությունների առկայությունը, ինչպիսիք են շաքարային դիաբետը, զարկերակային գերճնշումը, սիրտ-անոթային հիվանդությունները, ԹՔՕՀ-ը, քաղցկեղը հիվանդության ընթացքը բարդացնող ռիսկի գործոններ են:

6. Տարեցները և իմունային անբավարարությամբ պացիենտները կարող են ունենալ ատիպիկ ախտանիշներ, մասնավորապես՝ տենդի բացակայություն, հոգնածություն, ուշադրության և շարժունակության նվազում, լուծ, ախորժակի կորուստ, գիտակցության խանգարում, այդ թվում դելիրիում:

7. Սույն կարգը ժամանակավոր է, մշակվել է Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (ԱՀԿ) առաջարկությունների և մի շարք այլ ուղեցույցների հիման վրա՝ ամփոփելով հիմնական տեղեկությունները COVID-19 վերաբերյալ:

2. ՆՈՐ ԿՈՐՈՆԱՎԻՐՈՒՍԱՅԻՆ ՎԱՐԱԿՈՎ (COVID-19) ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ԴԵՊՔԵՐԻ ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՆՄՈՒՇԱՌՈՒՄԸ

8. Կորոնավիրուսային հիվանդության կասկածով պացիենտներին ախտորոշման նպատակով պարտադիր իրականացվում է լաբորատոր թեստավորում՝ պոլիմերազային շղթայական ռեակցիայի (ՊՇՌ) մեթոդաբանությամբ:

9. ՊՇՌ զգայունությունը մեծապես կախված է նմուշի որակից, նմուշառման մեթոդներից և ժամկետից: Նմուշառումն անհրաժեշտ է իրականացնել շնչուղիների վերին հատվածից, ինչպիսիք են քիթ-ընկանային ասպիրատը կամ անհրաժեշտ է վերցնել համակցված նմուշ՝ քիթ-ընկանային և բերան-ընկանային: Նմուշառում չպետք է արվի քթանցքներից կամ քմային նշիկներից: Շնչուղիների ստորին հատվածներից (խորխից, էնդոտրախեալ ասպիրատից կամ բրոնխոալվեոլյար լվացուկից), վերցված նմուշները կարող են ապահովել ախտորոշման առավել հավաստի և լիարժեք տվյալներ: Որպես հետազոտության լրացուցիչ նյութ կարող են օգտագործվել արյունը, շիճուկը, կղանքը, թոքային բիոպտատը և/կամ դիահերձման նյութը:

10. Եթե կորոնավիրուսային հիվանդության կասկածով պացիենտի առաջին լաբորատոր հետազոտության արդյունքը բացասական է, ապա ապահովվում է կրկնակի նմուշառում շնչառական համակարգի տարբեր հատվածներից, մասնավորապես՝ քթից, խորխից, էնդոտրախեալ ասպիրատից: Հավելյալ նմուշ կարող են լինել արյունը, մեզը և կղանքը, որպեսզի հսկվի վիրուսի առկայությունը և վիրուսի արտազատումը մարմնի տարբեր հատվածներից:

11. Լաբորատոր հետազոտությունների համար հավաքված բոլոր նմուշները համարվում են հավանական ախտածին և աշխատակիցները, որոնք հավաքում ու տեղափոխում են այդ նմուշները, պետք է խստորեն հետևեն վարակների կանխարգելման ցուցումներին, տրանսպորտային միջոցներով վարակիչ նյութերի տեղափոխման ազգային և միջազգային կանոնակարգերին:

12. Այն բուժաշխատողները, որոնք իրականացնում են պացիենտի նմուշառումը, կրում են անհատական պաշտպանիչ միջոցներ (պետք է համոզվել, որ աշխատակիցները, որոնք իրականացնում են աէրոզոլ առաջացնող միջոցառումներ՝ շնչառական ուղիների ասպիրացիա կամ բաց արտածծում/ներծծում, ինտուբացիա, բրոնխոսկոպիա, կիրառում են լրացուցիչ նախազգուշական միջոցներ):

13. Նմուշների տեղափոխումն իրականացվում է Առողջապահության նախարարի 2014 թվականի հունիսի 14-ի «Վտանգավոր բեռների փոխադրման նկատմամբ սանիտարահիգիենիկ պահանջները հաստատելու և Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2006 թվականի դեկտեմբերի 6-ի թիվ 1409-Ն հրամանն ուժը կորցրած ճանաչելու մասին» թիվ 38-Ն հրամանի պահանջների համաձայն:

Միջազգային տրանսպորտային տեղափոխումն իրականացվում է ԱՀԿ 2019-2020թթ. կանոնակարգերի պահանջների համաձայն (կիրառելի է 2019 թվականի հունվարի 1-ից):

14. COVID-19 կասկածով պացիենտները պարտադիր հետազոտվում են ՊՇՌ մեթոդաբանությամբ: SARS-CoV-2 հակամարմինների հայտնաբերման թեստերը խորհուրդ չեն տրվում COVID-19 վարակի ախտորոշման համար: Ներկայում առկա տվյալներով, SARS-CoV-2-ի նկատմամբ IgM և IgG հակամարմինները զարգանում են հիվանդության սկզբից 6-15 օրվա ընթացքում:

15. Հակամարմինների հայտնաբերման համար լաբորատոր թեստերի արդյունքները պետք է զգուշությամբ մեկնաբանվեն՝ հիմք ընդունելով վալիդացված թեստերը:

3. COVID-19 ԹԵԹԵՎ ԴԵՊՔԻ ՎԱՐՈՒՄ

16. Թեթև ընթացքով պացիենտների բժշկական հսկողությունը կարող է իրականացվել արտահիվանդանոցային պայմաններում՝ ինչպես առողջության առաջնային պահպանման բժիշկների այցերի, այնպես էլ հեռավար խորհրդատվության միջոցով:

17. Անախտանիշ և թեթև ընթացքով հաստատված COVID-19 պացիենտների նկատմամբ սահմանվում է բժշկական հսկողություն՝ պացիենտին իրազեկելով վարակի տարածման կանխարգելման և COVID-19 ախտանշանների մասին և հրահանգելով, որ առողջական վիճակի վատթարացման դեպքում անհրաժեշտ է անմիջապես կապ հաստատել սպասարկող ԱԱՊ բժշկի հետ:

Թեթև ընթացքով հաստատված COVID-19 պացիենտները հանվում են բժշկական հսկողությունից հիվանդության 14-րդ օրից հետո, եթե նախորդող 3 օրերի ընթացքում ախտանշաններ չեն ունեցել, իսկ ախտանշանների առկայության դեպքում՝ վերջինների բացակայության օրվանից 3 օր հետո:

18. Թեթև կլինիկական ընթացքին բնորոշ են հիմնականում սուբֆերիլ ջերմությունը, հազը, թուլությունը: Հնարավոր են նաև հետևյալ նշանները՝ ցավ բկանցքում, հարբուխ, սրտխառնոց, փսխում, լուծ, հոտառության կորուստ, համի կորուստ, շաղկապենաբորբ (կոնյուկտիվիտ):

19. Կլինիկական նշաններն ու ախտանշանները կարող են վատթարանալ հիվանդության 2-րդ շաբաթից՝ ստորին շնչուղիների ախտահարման պատճառով: Թեթև ձևերը մոտավորապես 10-15% դեպքերում վերաճում են ծանրի, ուստի բոլոր պացիենտները պետք է ուշադիր մշտադիտարկվեն:

20. Թեթև կլինիկական ընթացքի դեպքում (առանց նշված ռիսկի գործոնների և առանց շնչառության խանգարման), իրականացվում է սիմպտոմատիկ բուժում (պարացետամոլը սովորական դեղաչափով կարող է նախընտրելի լինել որպես ցավազրկող/ջերմիջեցնող սիմպտոմատիկ բուժում): Հնարավոր է ԱԱՊ բժշկի կողմից պացիենտներին դեղերի հեռահար նշանակում:

21. Թեթև կլինիկական ընթացքով COVID-19 պացիենտներին կանխարգելիչ կամ բուժական նպատակով հակաբիոտիկների նշանակում խորհուրդ չի տրվում:

4. COVID-19 ՄԻՋԻՆ ԾԱՆՐՈՒԹՅԱՆ ԴԵՊՔԻ ՎԱՐՈՒՄ. ԹՈՔԱԲՈՐԲԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄ

22. Միջին ծանրության COVID-19 պացիենտների բժշկական հսկողությունը կարող է իրականացվել արտահիվանդանոցային պայմաններում, ինչպես առողջության առաջնային պահպանման բժիշկների այցերի, այնպես էլ հեռավար խորհրդատվության միջոցով: Բուժումը արտահիվանդանոցային կամ

հիվանդանոցային պայմաններում կազմակերպելու հարցը որոշվում է՝ կախված պացիենտի ռիսկի գործոններից, ուղեկցող հիվանդությունների առկայությունից: Բարձր ռիսկի դեպքում ցանկալի է բուժումը կազմակերպել հիվանդանոցային պայմաններում:

23. ԱԱՊ հաստատությունում բուժվող COVID-19 միջին ծանրության ընթացքով (թոքաբորբ առանց հիպօքսիայի) պացիենտները մշտադիտարկվում են մինչև կլինիկական նշանների հետ զարգացում (մարմնի ջերմաստիճանի նորմալացում, շնչառական անբավարարության նշանների բացակայություն՝ ըստ արյան թթվածնով հագեցվածության $SpO_2 > 96\%$) գումարած 3 օր:

24. Միջին ծանրության ընթացքով COVID-19 պացիենտներին հակաբիոտիկների նշանակում խորհուրդ չի տրվում, քանի դեռ չկան բակտերիալ վարակի միացման նշաններ:

25. COVID-19 պացիենտների մոտ բակտերիալ վարակի միանալու հավանականությունը մեծ չէ, COVID-19 հոսպիտալացված պացիենտների միայն 8%-ի մոտ է դիտվում բակտերիալ/անկային համավարակ:

26. Տարեց պացիենտների համար պետք է դիտարկել հակաբիոտիկների էմպիրիկ նշանակումը որպես հնարավոր թոքաբորբի բուժում: Ցանկալի է նախապատվությունը տալ ոչ լայն սպեկտրի, հասանելի հակաբիոտիկներին (ինչպես օր.՝ ամօքսացիլին+քլավուլանաթթու):

27. Խորհուրդ է տրվում խիստ հսկողություն սահմանել արտահիվանդանոցային պայմաններում բուժվող միջին ծանրության ընթացքով COVID-19 պացիենտների նկատմամբ՝ հիվանդության պրոգրեսը բաց չթողելու համար:

5. COVID-19 ԾԱՆՐ ԴԵՊՔԻ ՎԱՐՈՒՄ. ԾԱՆՐ ԹՈՔԱԲՈՐԲԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄ

28. Ծանր թոքաբորբին բնորոշ են՝ բարձր ջերմությունից և շնչառական ախտանիշներից բացի հետևյալ ≥ 1 -ի առկայությունը.

- շնչառության հաճախություն՝ ≥ 30 /րոպե (մեծահասակներ),
- արյան թթվածնով հագեցվածությունը $SpO_2 \leq 93\%$,
- 24-48 ժամվա ընթացքում թոքային դաշտի $>50\%$ ընդգրկող ինֆիլտրատներ թոքերում:

29. Բոլոր այն բաժանմունքները, որտեղ կարող են բուժում ստանալ ծանր ընթացքով COVID-19 պացիենտները, պետք է ապահովված լինեն պուլսօքսիմետրերով և թթվածնային թերապիայի համար անհրաժեշտ սարքավորումներով:

30. Խորհուրդ է տրվում թթվածնային թերապիայի անհապաղ իրականացում անհետաձգելի բուժօգնության կարիք ունեցող բոլոր պացիենտներին և առանց այդպիսի նշանների այն պացիենտներին, որոնց մոտ թթվածնով հագեցվածությունը $SpO_2 \leq 93\%$:

31. Անհրաժեշտ է մշտադիտարկում իրականացնել ծանր ընթացքով COVID-19 պացիենտների կենսական կարևոր ֆունկցիաների նկատմամբ:

32. Արյան կենսաքիմիական քննությունը, էլեկտրասրտագրությունը և կրծքավանդակի ռենտգենագրաֆիա/ՇՇ-ն իրականացվում է ինչպես հոսպիտալացման սկզբում, այնպես էլ բուժման ընթացքում՝ ըստ անհրաժեշտության, հնարավոր բարդությունները (սուր շնչառական դիսթրես համախտանիշ, սրտամկանի սուր վնասում, երիկամի և լյարդի սուր վնասում, շոկ և այլն) կանխարգելելու նպատակով:

33. Անհրաժեշտ է մշտադիտարկում զարկերակային և երակային թրոմբոառաջացումը կանխելու նպատակով: COVID-19-ով հոսպիտալացված պացիենտներին (մեծահասակների և դեռահասների շրջանում) երակային թրոմբոէմբոլիզմը կանխելու համար նշանակվում է դեղորայքային կանխարգելում, հիմնականում՝ ցածր մոլեկուլային քաշի հեպարինով ՑՄՔՀ (օր.՝ էնոքսապարին), տեղական և միջազգային ստանդարտներին համաձայն, եթե չկան հակացուցումներ:

34. Չկան հաստատված առավելություններ որևէ մի ՑՄՔՀ-ի վերաբերյալ մյուսների համեմատ: Հակացուցումներ ունեցողների համար պետք է օգտագործել մեխանիկական կանխարգելում: Եթե ՑՄՔՀ-ն անհասանելի է կամ հակացուցված է, կարող է նշանակվել ոչ ֆրակցիոն հեպարին:

35. Անհրաժեշտ է զգուշություն ցուցաբերել ինֆուզիոն թերապիա իրականացնելու նկատմամբ, եթե առկա չէ հյուսվածքային հիպոպերֆուզիա: Ագրեսիվ ինֆուզիոն թերապիան կարող է վատացնել հիվանդության ընթացքը:

36. COVID-19-ի ծանր ընթացքի դեպքում լայն սպեկտրի հակաբիոտիկները ցուցված են մանրէային թոքաբորբի կասկածի պարագայում՝ ցանքսի տվյալների և պրոկալցիտոնինի մակարդակի հիման վրա:

37. Ծանր պացիենտների համար վաղ և համապատասխան էմպիրիկ հակամանրէային թերապիան կարող է իրականացվել նախահիվանդանոցային առաջնային բժշկական հաստատություններում և/կամ շտապ օգնության բաժանմունքում: Էմպիրիկ հակամանրէային թերապիան պետք է ամեն օր գնահատվի, դեէսկալացվի մանրէաբանական արդյունքների և կլինիկական դատողության հիման վրա: Էմպիրիկ հակաբիոտիկաթերապիայի տևողությունը պետք է լինի որքան հնարավոր է կարճ, սովորաբար 5-7 օր: Հիմնվելով մանրէաբանական արդյունքների վրա՝ անհրաժեշտ է պարբերաբար վերանայել ներերակային նշանակումից պերօրալի անցնելու հնարավորությունը:

38. Ծանր վիճակում գտնվող պացիենտներին առաջարկվում է համակցված թերապիա՝ պաշտպանված ամինոպենիցիլիններ (ամօքսիցիլին+քլավուլանաթթու, ամոքսիցիլին/սուլբակտամ), 3-րդ սերնդի գեֆալոսպորիններ ն/ե (գեֆտրիաքսոն, գեֆոտաքսիմ), ազիթրոմիցինի կամ կլարիթրոմիցինի հետ համատեղ: Որպես այլընտրանք կարող են օգտագործվել 3-րդ սերնդի գեֆալոսպորիններ ն/ե (գեֆտրիաքսոն, գեֆոտաքսիմ)՝ շնչառական ֆտորքվինոլոնի (լեոֆլոքսացին, մոքսիֆլոքսացին) հետ միասին, ն/ե:

39. Հաշվի առնելով գրիպի նախորդ համաճարակների (2009–2010) և կորոնավիրուսային վարակի բռնկումների (2004, 2012) ժամանակ *Staphylococcus aureus* հաճախակի հայտնաբերման փորձը, այդ թվում MRSA-ի (Methicillin-resistant *S. Aureus*), պացիենտների որոշակի խմբերի համար (վերջերս տարած վիրահատություն, հոսպիտալացում կամ բնակություն շուրջօրյա խնամքի հաստատությունում, ներերակային կաթետերների առկայություն, դիալիզ), խորհուրդ է տրվում էմպիրիկ հակաստաֆիլոկոկային ակտիվությամբ հակամանրէային դեղերի նշանակում. լինեզոլիդ, վանկոմիցին՝ ազիթրոմիցինի կամ կլարիթրոմիցինի հետ համատեղ ն/ե կամ շնչառական ֆտորքվինոլոնի հետ համատեղ ն/ե:

40. *P. aeruginosa*-ով վարակվելու ռիսկի գործոն ունեցող պացիենտներին (կորտիկոստերոիդներով երկարատև թերապիա, երկրորդային բրոնխոէկտազ, վերջերս համակարգային հակաբիոտիկների ստացում) առաջարկվում է β -

լակտամային հակաբիոտիկի համադրություն հակապսևդոմոնալ ակտիվության հակաբիոտիկի հետ (պիպերացիլին /տագոբակտամ, մերոպենեմ, իմիպենեմ/ցիլաստատին, դորիպենեմ) և ցիպրոֆլոքսացին կամ լևոֆլոքսացին; որպես այլընտրանք հանդիսանում է β-լակտամային դեղամիջոցի համադրությունը հակապսևդոմոնալ ակտիվությամբ II–III սերնդի ամինոգլիկոզոլների և մակրոլիդների կամ շնչառական ֆտորքվինոլոնի հետ:

41. Համաձայն ԱՀԿ հանձնարարականի, COVID-19-ի դեպքում համակարգային (ընդհանուր) օգտագործման կորտիկոստերոիդների ստանդարտ նշանակումը ցուցված չէ վիրուսային թոքաբորբի բուժման ժամանակ: Հարկավոր է խուսափել ստանդարտ սխեմայում կորտիկոստերոիդների կիրառումից, բացառությամբ այն դեպքերի, երբ դրանք ցուցված են որևէ այլ պատճառով: Այդպիսի պատճառներից կարող են լինել բրոնխիալ ասթմայի կամ ԹՔՕՀ սրացումը, սեպտիկ շոկը կամ սուր շնչառական դիսթրես համախտանիշը: Ընդ որում, յուրաքանչյուր պացիենտի համար հարկավոր է կատարել ռիսկ-օգուտ վերլուծություն: