Документ предоставлен [КонсультантПлюс](http://www.consultant.ru)

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ

ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО

от 9 декабря 2013 г. N 01/14020-13-32

О НАПРАВЛЕНИИ РЕКОМЕНДАЦИЙ ВОЗ ПО УХОДУ НА ДОМУ ЗА БОЛЬНЫМИ

КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И ВРЕМЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЛУЧАЯ

БВРС-КОВ ДЛЯ ИЗВЕЩЕНИЯ ВОЗ

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека направляет рекомендации Всемирной организации здравоохранения: "Пересмотренное временное [определение](#P155) случая для извещения ВОЗ - коронавирус ближневосточного респираторного синдрома (БВРС-КоВ)" и "Краткие [рекомендации](#P20) по уходу на дому для пациентов со слабо выраженными симптомами ближневосточного респираторного синдрома коронавируса (БВРС-КоВ) и работа с контактными" для использования в работе.

Вр.и.о. руководителя

А.Ю.ПОПОВА

КРАТКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ПО УХОДУ НА ДОМУ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СО СЛАБО ВЫРАЖЕННЫМИ

СИМПТОМАМИ БЛИЖНЕВОСТОЧНОГО РЕСПИРАТОРНОГО СИНДРОМА

КОРОНАВИРУСА (БВРС-КоВ) И РАБОТА С ЛИЦАМИ,

ПОДВЕРГШИМИСЯ КОНТАКТУ С БОЛЬНЫМ

Преамбула

ВОЗ разработала эти краткие положения для восполнения насущной потребности в рекомендациях по уходу на дому за больными со слабо выраженными симптомами ближневосточного респираторного синдрома коронавируса (БВРС-КоВ) и медико-санитарных мер, связанных с контролем за асимптоматическими контактами больных. Данный документ основан на научно обоснованных положениях, опубликованных ВТО, включающих профилактику инфицирования и предотвращение эпидемии и возможной пандемии острого респираторного заболевания, в системе здравоохранения [(1)](#P126), а также обзор имеющихся данных по заболеваниям БВРС-КоВ. Данные рекомендации были рассмотрены членами Комитета ВОЗ по контролю и предотвращению глобальных инфекций (GIPCN) и другими экспертами (список имен и их принадлежность см. в [разделе](#P93) "Выражение признательности").

Эти рекомендации отражают современные представления о БВРС-КоВ в связи с методами профилактики и контроля инфекции (МПК) и мерами общественного здравоохранения. Специализированные руководства ВТО по управленческим больничным процедурам, по контролю распространения инфекции в системе здравоохранения, по лабораторной диагностике и наблюдению уже были опубликованы ранее [(2)](#P128). Настоящие Краткие рекомендации предназначены для работников Службы профилактики и контроля распространения инфекции (СПКРИ), а также управленческого и медицинского персонала системы здравоохранения. ВОЗ продолжает внимательно следить за развитием ситуации для выявления дополнительной информации, которая может служить основанием для пересмотра содержания этих Кратких рекомендаций или других документов (2). При изменении любого из существенных факторов ВОЗ опубликует соответствующую редакцию данного документа. В противном случае срок действия этого документа истекает через 12 месяцев после даты публикации.

В конце документа даются ссылки на дополнительные источники и фактологические данные по данной проблеме. По вопросам более полного обсуждения проблемы можно обращаться по электронной почте outbreak@who.int, с указанием темы (MERS home care question) в строке заголовка письма.

История вопроса

На данный момент были признаны несколько кластеров <1> инфицирования человека коронавирусом БВРС-КоВ ([3](#P130) - 9). Исследование этих кластеров позволяет предположить способ передачи данной инфекции "от человека к человеку", в основном при близком контакте с тяжело больными пациентами в учреждениях системы здравоохранения или в бытовых условиях <2>. Доказательства передачи вируса от носителей нетяжелых форм заболевания ограничены, ни о каких доказательствах передачи от бессимптомных больных до сих пор не сообщалось, но роль таких случаев передачи вируса остается невыясненной [(11)](#P146).

--------------------------------

<1> Определение дано в публикации ВТО Interim surveillance recommendations for human infection with novel coronavirus (предварительные рекомендации по наблюдениям инфицирования человека новой коронавирусной инфекцией), см. [(2)](#P128).

<2> Итальянский кластер, о котором впервые сообщалось в июне 2013 г. [(10)](#P144), представляет собой первый случай инфицирования работающих вместе сотрудников в их рабочей обстановке, а не в учреждениях здравоохранения.

Уход на дому за больными со слабо выраженными симптомами

коронавируса БВРС-КоВ

Ввиду ограниченных знаний об этом заболевании и путях его передачи больных с подтвержденным или вероятным [(2)](#P128) диагнозом БВРС-КоВ, при наличии выраженной симптоматики, вероятно было бы разумным госпитализировать.

Это мероприятие обеспечило бы безопасность и качество лечения данных пациентов, также как и снижение риска переноса инфекции в обществе. Однако по ряду различных причин, в том числе при невозможности или небезопасности госпитализации или в случаях подтвержденного отказа от госпитализации, следует принимать во внимание альтернативные условия <3> для обеспечения лечения больных с данным диагнозом.

--------------------------------

<3> Они могут включать как лечение на дому, так и места коммунального проживания больного. Последние не рассматриваются в данном документе.

В зависимости от местных обстоятельств и доступных ресурсов для симптоматических случаев <4> со слабо выраженными симптомами, при отсутствии сопутствующих обстоятельств, ведущих к повышенному риску развития осложнений, может быть предложено лечение в домашних условиях. Тот же самый принцип лечения на дому может применяться и для больных, не требующих или более не нуждающихся в госпитализации. Это решение требует тщательной клинической оценки и взвешенной оценки домашних обстоятельств для безопасности дальнейшего нахождения пациента в домашних условиях <5>.

--------------------------------

<4> Субфебрильная температура, кашель, недомогание, насморк, боль в горле без одышки или затруднения дыхания, без увеличения секреции дыхательных путей (кашля), т.е. без выделения мокрот или кровохаркания, любые желудочно-кишечные симптомы, такие как тошнота, рвота и/или диарея.

<5> Образец списка контрольных вопросов можно найти на с. 60 документа ВТО "Временные руководящие принципы для профилактики и контроля инфекций, вызывающих эпидемии и пандемии острых респираторных заболеваний в здравоохранении" [(1)](#P126).

По причинам возможного быстрого прогрессирования острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) и других серьезных осложнений, представляющих собой опасность для жизни или здоровья пациента, симптоматические контакты или случаи вероятного заболевания при лечении в домашних условиях должны находиться под тщательным наблюдением медицинского учреждения. Пациенты и члены их семьи должны быть проинформированы о правилах личной гигиены и основных методах профилактики и контроля над распространением инфекции и они должны строго придерживаться следующих рекомендаций:

- Необходимо ограничить контакты с больным человеком настолько, насколько это возможно <6>. Члены семьи должны оставаться в другой комнате или, если это невозможно, должны находиться на расстоянии не менее одного метра от больного человека (например, спать только на отдельной кровати).

--------------------------------

<6> Для кормящей матери может быть сделано исключение. Учитывая преимущества грудного вскармливания и незначительной роли грудного молока в передаче других респираторных вирусов, мать может продолжать грудное вскармливание. Мать при этом должна носить медицинские маски, когда она находится рядом с ребенком, и тщательно соблюдать гигиену рук перед тесным контактом с младенцем. Она должна также применять другие гигиенические меры, описанные в данном документе.

- Следует убедиться, что за больным не ухаживают или не вступают с ним в тесный контакт лица, подверженные повышенному риску тяжелого заболевания. На данный момент к группам, рассматриваемым как группы повышенного риска для инфицирования коронавирусом БВРС-КоВ <7>, относят людей с хроническими заболеваниями сердца, легких или почек; больных сахарным диабетом; лиц со сниженным иммунитетом; заболеваниями крови и пожилых людей. Если контактов с больным человеком избежать нельзя, то для лиц с повышенным риском тяжелого заболевания должны быть рассмотрены варианты альтернативного места проживания.

--------------------------------

<7> В настоящее время нет никаких свидетельств того, что существует повышенный риск инфицирования БВРС-КоВ для беременных женщин, но было бы разумным предотвратить их контакт с больным.

- Соблюдайте гигиену рук [(12)](#P148) после каждого контакта с больным человеком или с непосредственным окружением больного. Мытье рук должно выполняться до и после приготовления пищи, перед каждой едой, после посещения туалета и всякий раз, когда руки выглядят грязными. Мыть руки следует водой с мылом. Если руки не имеют видимых загрязнений, то можно пользоваться салфетками для протирания рук на спиртовой основе. Помощь больному человеку для выполнения регулярной гигиены рук может предоставляться по мере необходимости. Для сушки рук желательно использовать бумажные полотенца. Если они недоступны, используйте специально выделенные полотенца из ткани и заменяйте их, когда они становятся влажными.

- За гигиеной дыхания следует строго следить всем, особенно больному человеку. Гигиена дыхания осуществляется посредством покрытия рта и носа во время кашля и чихания, используя медицинские маски, тканевые повязки, куски ткани или согнутый локоть, после чего следует вымыть руки.

- Материалы, используемые для покрытия рта или носа, следует выбрасывать или очищать их соответствующим образом после использования (например, стирать носовые платки в воде с помощью обычного мыла или моющих средств).

- Ухаживающий за больным должен носить медицинскую маску, плотно подогнанную к лицу, всякий раз, когда он находится в одной комнате с больным человеком. К маске не следует прикасаться или поправлять во время использования. Если маска стала влажной или грязной от выделений, ее следует немедленно заменить. Использованную маску следует выбросить, и после удаления маски необходимо вымыть руки.

- Следует обеспечить хорошее проветривание общих помещений (таких как, например, кухня, ванная комната) и комнаты больного человека. Например, по возможности, следует держать окно открытым.

- Избегайте прямого контакта с жидкими выделениями больного, в особенности с выделениями из органов дыхания или с калом больного. Если возможно, используйте одноразовые перчатки для осуществления ухода за органами дыхания, а также при обращении с его калом и мочой. После снятия перчаток тщательно вымойте руки.

- Перчатки, куски ткани, маски и другие материалы, которые находились в контакте с больным или использовались при его обслуживании, прежде их утилизации вместе с другими бытовыми отходами, следует поместить в пластиковый пакет (размещенный в мусорном контейнере, находящимся в комнате больного) <8>.

--------------------------------

<8> Страна может предусмотреть меры для того, чтобы всегда, если возможно, такие отходы направлялись в стационарные места складирования или переработки мусора, а не складывались в неконтролируемые открытые контейнеры с бытовым мусором. Возможно потребуются дополнительные меры для недопущения негигиеничного повторного использования перчаток, масок, шприцов и других предметов, а также для предотвращения других опасностей, которые могут возникнуть в местах скопления бытового мусора.

- Следует избегать других типов контакта с больным или с вещами, которыми он пользуется, например избегайте использования его посуды, чашек, полотенец, носовых платков и салфеток или постельного белья. Приборы для еды и посуда каждый раз после использования должны быть вымыты водой с мылом.

- Поверхности, к которым больной регулярно прикасается, такие как стол у постели больного, спинки кровати и другую мебель в комнате больного необходимо ежедневно мыть с использованием бытовых моющих средств или слабого раствора хлорки <9> (1 часть хлорки на 99 частей воды).

--------------------------------

<9> Обычно бытовые отбеливающие растворы содержат 5% гипохлорита натрия.

- Ежедневно следует мыть поверхность ванны и туалета с использованием бытовых моющих средств или слабого раствора хлорки (1 часть хлорки на 99 частей воды).

- Одежду, спальные принадлежности, ванну, полотенца для рук и т.д., которыми пользуется больной, следует мыть обычным хозяйственным мылом и водой и тщательно просушивать. Грязное белье больного следует собирать в контейнер для стирки. Его не следует встряхивать и необходимо избегать всякого прямого контакта незащищенной кожи или одежды с вещами и материалами, которыми пользовался больной.

- Очистку и обработку поверхностей, на которых находились жидкие выделения больного, следует производить только в одноразовых перчатках и с использованием защитной одежды (например, пластиковых фартуков). После снятия перчаток следует тщательно вымыть руки.

- При наличии симптомов заболевания больной должен находиться дома до того времени, пока их проявления не прекратятся. Решение о прекращении медицинского наблюдения за таким больным производится на основании клинических признаков или данных лабораторных анализов или и того и другого одновременно.

- Все проживающие в доме, где находился больной, должны рассматриваться как лица, находившиеся в контакте, и за их здоровьем следует наблюдать согласно описанной ниже процедуре.

Работа с лицами, находившимися в контакте

Ввиду того, что установлено ограниченное распространение инфекции БВРС-КоВ от человека к человеку и в особенности ввиду отсутствия доказательств того, что болезнь передается на досимптоматичном или раннем симптоматичном этапе, использовать карантин или изоляцию в настоящее время не считается необходимым <10>. Лицам (включая медицинских работников), которые могли подвергнуться контакту с больным БВРС-КоВ или с подозреваемым на инфицирование БВРС-КоВ, следует рекомендовать находиться под наблюдением врача в течение 14 дней с момента последнего контакта и немедленно обратиться к врачу, как только у них появятся какие-либо симптомы, особенно температура или респираторные симптомы, такие как кашель, затрудненное дыхание или диарея.

--------------------------------

<10> Если лица, контактировавшие с больным и не имеющие симптомов, были обследованы и вирусологические тесты оказались положительными, следует, вероятно, убедить их оставаться дома до тех пор, пока анализы не покажут отрицательный результат. Аналогичная мера предосторожности должна применяться и к асимптотичным больным БВРС-КоВ с положительным результатом вирусологического обследования, которые находятся на домашнем лечении.

На протяжении всего периода наблюдения следует поддерживать коммуникацию с лицами, находившимися в контакте. Медработники должны проверять текущее состояние этих лиц посредством телефонных звонков и, в идеале, посредством назначенных приемов на регулярной основе (например, ежедневно), с выполнением по мере необходимости конкретных диагностических тестов.

Медицинский работник должен дать заранее инструкции о том, где искать помощи, если человек, находившийся в контакте с больным, заболевает, на каком виде транспорта и когда он должен прибыть в назначенное медицинское учреждение, какие меры предосторожности должны применяться.

Принимающее медицинское учреждение должно быть уведомлено о том, что человек, находившийся в контакте с больным, должен к ним прибыть. Во время перемещения для оказания медицинской помощи больной должен носить медицинскую маску, если она доступна и нормально переносится. Следует по возможности избегать перемещения больного в медицинское учреждение на общественном транспорте. Если больной транспортируется на личном автомобиле, следует открыть окна автомобиля, если это возможно.

Следует посоветовать вновь заболевшему следовать правилам гигиены дыхания и стоять или сидеть не ближе чем в 1 метре от других лиц, как в транспорте, так и в медицинском учреждении. Как пациенту, так и лицам, его сопровождающим, следует также использовать соответствующие меры гигиены рук. Все поверхности, на которые могли попасть выдыхаемые мокроты или физиологические жидкости из тела пациента, следует вымыть с применением бытовых моющих средств или раствором хлорки, в зависимости от того, что именно применимо в конкретном случае.

Выражение признательности

Этот документ разработан Сетью ВОЗ по контролю и профилактике глобальных инфекций с участием ряда международных специалистов. ВОЗ благодарит следующих лиц за рецензирование данного материала (перечислены в алфавитном порядке):

- Абдулла Ассири, генеральный директор, Инфекционный контроль, Министерство здравоохранения, Саудовская Аравия.

- Майкл Белл, заместитель директора, отдел поощрения качества здравоохранения, Центра по контролю и профилактике заболеваний, Атланта, Джорджия, США.

- Нан Клитор, национальный консультант по практике, отдел практического качества и службы спасения, викторианский орден сестер, Канада, и член рабочей группы экспертов по контролю и профилактике инфекций. Агентство общественного здравоохранения Канады, Оттава, Канада.

- Барри Куксон, Отдел инфекции и иммунитета, Университетский колледж, Лондон, Великобритания.

- Джон М. Конли, Отдел медицины, микробиологии, иммунологии и инфекционных заболеваний, Институт Хронических болезней им. Кальвина, Фиби и Джоана Снайдера, Медицинский факультет, Университет Калгари, Калгари, Канада.

- Этрин Дефалко, медсестра, консультант, центр по инфекционным болезням и инфекционному контролю, Агентство общественного здравоохранения Канады, Оттава, Канада.

- Бренда Дик, директор программы профилактика инфекции и программы управления Виннипегского регионального управления здравоохранения, Манитоба, Канада, и член Рабочей группы по профилактике и контролю инфекции, Эксперт агентства общественного здравоохранения Канады, Оттава, Канада.

- Джоан Эмбри, начальник Отдела медицинской микробиологии и инфекционных болезней; профессор Отделения педиатрии и детского здоровья Кафедры медицинской микробиологии и инфекционных болезней, Университет Манитобы, Манитоба, Канада, и член Экспертной рабочей группы по контролю и профилактике инфекций, Агентство общественного здравоохранения Канады, Оттава, Канада.

- Элейн Фурукава, директор Учебного центра, Инфекционный контроль, Министерство здравоохранения, Саудовская Аравия.

- Б. Линн Джонстон, эпидемиолог больницы, Научный центр здравоохранения, центр им. королевы Елизаветы, Галифакс, Новая Шотландия, и Председатель рабочей группы экспертов по профилактике и контролю инфекции, Агентство общественного здравоохранения Канады, Оттава, Канада.

- Джеффри Hageman, заместитель начальника, Группа профилактики и отзывов Отдела качества здоровья и рекламы, Центры по контролю и профилактике заболеваний, Атланта, Джорджия, США.

- Бонни Генри, медицинский директор Службы профилактики и контроля болезней и службы скорой помощи общественного здравоохранения, Центр Британской Колумбии по контролю за заболеваниями, и доцент Факультета населения и общественного здоровья, Университет Британской Колумбии, Ванкувер, Канада.

- Бенедикт Huttner, Программа Инфекционный контроль и сотрудничающий с ВОЗ Центр по безопасности пациентов, Женевский университет: Больницы и медицинский факультет, Женева, Швейцария.

- М. Мцштуг Хусейн, главный научный сотрудник и руководитель Департамента медико-социальной науки, Институт эпидемиологии, Отдел борьбы с болезнями и исследований (IEDCR), Дакка, Бангладеш.

- Дэвид Т. Кухар, медицинский специалист, Отдел повышения качества здравоохранения, Центры по контролю и профилактике заболеваний, Атланта, Джорджия, США.

- Анна Любимова, профессор, Северо-западный государственный медицинский университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация.

- Зиад А. Мемиш, заместитель министра здравоохранения, Министерство здравоохранения, Эр-Рияд, Саудовская Аравия.

- Лори О'Нил, консультант медсестер, Центр по инфекционным болезням и инфекционного контроля, Агентство общественного здравоохранения Канады, Оттава, Канада.

- Мария Клара Падовезе, Школа медицинских сестер, Университет Сан-Пауло, Бразилия.

- Филомена Питрангело, Сектор управления и профилактики, гигиены и безопасности труда, Центр здоровья университета МакГилла, Квебек, Канада, член Экспертной рабочей группы контроля и профилактики инфекции, Агентство общественного здравоохранения Канады, Оттава, Канада.

- Наталья Пшеничная, профессор, Ростовский государственный медицинский университет, Ростов, Россия.

- Нандини Шетти, консультант-микробиолог, Справочная микробиологическая служба, Колиндаль, Агентство по охране здоровья, Великобритания.

- Джейн Стаффорд, консультант, Отдел профилактики и контроля инфекции, Департамент здравоохранения и больничных услуг, Правительство провинции Нью-Брансвик, Нью-Брансвик, Канада, и член Экспертной рабочей группы контроля и профилактики инфекции, Агентство общественного здравоохранения Канады, Оттава, Канада.

- Джефф Тейлор, медицинский директор, Университет и больницы Альберты/Детская больница Столлери, Блок контроля инфекции, профессор Отделения инфекционных заболеваний, Университет Альберты, и член Экспертной рабочей группы контроля и профилактики инфекции, Агентство общественного здравоохранения Канады, Оттава, Канада.

- Кэти Уокер, директор по охране здоровья, Отдел здравоохранения им св. Фомы Элгина, Онтарио, Канада, и член Экспертной рабочей группы контроля и профилактики инфекции, Агентство общественного здравоохранения Канады, Оттава, Канада.

- Томас Уивер, директор, Профессиональная практика, APIC и Ассоциации специалистов по инфекционному контролю и эпидемиологии.

- Роберт Д. Винман, Национальный медицинский советник, Программа государственной службы по охране труда и здоровья, Министерство здравоохранения, Канада.

Ссылки на литературу

1. World Health Organization. Infection prevention and control of epidemic - and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care: WHO interim guidelines. Geneva, World Health Organization, 2007

(http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO\_CDS\_EPR\_2007.6\_enq.pdf).

2. World Health Organization. Coronavirus infection.

(http://www.who.int/csr/disease/coronavirus\_infections/en/index.html).

3. Memish ZA, Zumla Al, Al-Hakeem RF et al. Family cluster of Middle East respiratory syndrome coronavirus infections. N Engl J Med, 2013, 368(26):2487-2494

(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23718156).

4. Mailles A, Blanckaert K, Chaud P et al. First cases of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV) infections in France, investigations and implications for the prevention of human-to-human transmission, France, May 2013. Euro Surveill, 2013, 18(24)

(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23787161).

5. Hijawi B, Abdallat M, Sayaydeh A et al. Novel coronavirus infections in Jordan, April 2012: epidemiological findings from a retrospective investigation. Eastern Mediterranean Health Journal, 2013, 19(Supplement 1):S12-18

(http://applications.emro.who.int/emh/v19/Supp1/EMHJ\_2013\_19\_Suppl\_S12\_S18.pdf).

6. The Health Protection Agency (HPA) UK Novel Coronavirus Investigation Team. Evidence of person-to-person transmission within a family cluster of novel coronavirus infections. United Kingdom, February 2013. Euro Surveill, 2013, 18(11):20427

(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23517868).

7. Guery B, Poissy J, el Mansouf L et al. Clinical features and viral diagnosis of two cases of infection with Middle East Respiratory Syndrome coronavirus: a report of nosocomial transmission. Lancet, 2013, 381 (9885): 2265 - 2272

(http://www.ncbi nlm.nih.gov/pubmed/23727167).

8. Assiri A, McGeer A, Perl TM et al. Hospital Outbreak of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus. N Engl J Med, 2013

(http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23782161).

9. Omrani AS, Matin MA, Haddad Q et al. A family cluster of Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus infections related to a likely unrecognized asymptomatic or mild case. International Journal of Infectious Diseases, 2013

(http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971213002257).

10. World Health Organization. MERS-CoV summary and literature update - as of 20 June 2013. WHO, 2013

(http://www.who.int/csr/disease/coronavirus\_infections/update\_20130620/en/index.html).

11. World Health Organization. MERS-CoV summary and literature update - as of 09 July 2013. WHO, 2013

(http://www.who.int/csr/disease/coronavirus\_jnfections/update\_20130620/en/index.html).

12. World Health Organization. WHO Patient Safety. WHO guidelines on hand hygiene in health care. Geneva, World Health Organization, 2009

(http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597906\_eng.pdf).

ПЕРЕСМОТРЕННОЕ ВРЕМЕННОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЛУЧАЯ

ДЛЯ ИЗВЕЩЕНИЯ ВОЗ - КОРОНАВИРУС БЛИЖНЕВОСТОЧНОГО

РЕСПИРАТОРНОГО СИНДРОМА (БВРС-КоВ)

Временное определение случая по состоянию на 3 июля 2013 г.

Эти определения случаев были пересмотрены на основании новой информации, полученной со времени последней публикации определений. По мере появления новой информации ВОЗ будет пересматривать и обновлять ее.

Вероятный случай

Три комбинации клинических, эпидемиологических и лабораторных критериев могут определять вероятный случай:

- человек, болеющий острым фебрильным респираторным заболеванием с клиническими, радиологическими или гистологическими признаками болезни паренхимы легких (например, пневмонии или острого респираторного дистресс-синдрома)

И

Тестирование на БВРС-КоВ недоступно или отрицательно на единственном неудовлетворительном образце [<1>](#P179)

И

Пациент имеет непосредственную эпидемиологическую связь с подтвержденным случаем БВРС-КоВ [<2>](#P180)

- человек, болеющий острым фебрильным респираторным заболеванием с клиническими, радиологическими или гистологическими признаками болезни паренхимы легких (например, пневмонии или острого респираторного дистресс-синдрома)

И

Лабораторное тестирование на БВРС-КоВ с неопределенным результатом (то есть положительный неподтвержденный скрининговый тест) [<3>](#P185)

И

Житель или путешественник по ближневосточным странам, в которых, согласно данным, циркулировал вирус БВРС-КоВ в течение 14 дней до проявления заболевания

- человек, болеющий острым фебрильным респираторным заболеванием любой степени тяжести

И

Лабораторное тестирование на БВРС-КоВ с неопределенным результатом (то есть положительный неподтвержденный скрининговый тест) [<3>](#P185)

И

Пациент имеет непосредственную эпидемиологическую связь с подтвержденным случаем БВРС-КоВ [<2>](#P180).

--------------------------------

<1> К неудовлетворительному образцу относятся: мазок из носоглотки без дополнительного образца из нижних дыхательных путей, образец, который был подвергнут неправильному обращению, признанный испытательной лабораторией как низкокачественный или изъятый слишком поздно в процессе заболевания.

<2> Непосредственная эпидемиологическая связь может включать в себя:

- тесный физический контакт;

- совместное путешествие при любом виде передвижения;

- проживание в одном доме;

- эпидемиологическая связь могла возникнуть в течение 14 дней до или после проявления заболевания в рассматриваемом случае.

<3> Лабораторное тестирование с неопределенным результатом может включать в себя:

- положительное скрининговое тестирование без последующего подтверждения, такое как положительное тестирование на единственном целевом гене ПЦР;

- серологический анализ, признанный испытательной лабораторией положительным.

Подтвержденный случай

Человек с лабораторным подтверждением БВРС-КоВ инфекции <4>.

--------------------------------

<4> В настоящее время подтверждающее тестирование требует проведения молекулярной диагностики, включая или положительную ПЦР по минимум двум специфическим целевым генам, или единственным положительным целевым геном с секвенированием по секундам. Тем не менее, временные рекомендации для лабораторного тестирования для БВРС-КоВ следует проверить на соответствие действующим стандартам лабораторных тестирований. Также смотрите примечания по бессимптомным случаям, приведенные в данном документе.

Примечания:

Лабораторное тестирование с неопределенным результатом: пациенты с неопределенным первоначальным тестированием должны пройти дополнительное вирусологическое и серологическое тестирование, с целью определения возможности классифицирования пациента как подтвержденного случая БВРС-КоВ. Настоятельно рекомендуется использовать образцы из более низких отделов дыхательных путей, такие как мокроты, материал, полученный путем эндотрахеальной аспирации, или жидкость, полученная при бронхоальвеолярном лаваже. Если пациенты не имеют признаков или симптомов инфекции нижних дыхательных путей и образцы из нижних дыхательных путей недоступны или клинически неопределимы, необходимо взять мазки как из носоглотки, так и из ротоглотки. Если у пациента, предположительно инфицированного БВРС-КоВ, первоначальное тестирование мазка из носоглотки имеет негативный результат, то пациент должен быть повторно протестирован с использованием образцов из более низких отделов дыхательных путей или, в случае недоступности образцов из более низких отделов дыхательных путей, должен быть взят повторный мазок из носоглотки с дополнительным мазком из ротоглотки; также необходимо парное использование сывороток острого периода и периода реконвалесценции.

Бессимптомные случаи: Демонстрация бессимптомной инфекции полезна для эпидемиологических исследований и должна осуществляться в рамках исследований, однако бремя доказывания должно быть выше из-за неправильной классификации рисков ввиду ложноположительных тестов вследствие лабораторного загрязнения. Как правило, для большинства вирусных инфекций иммунологический ответ, такой как развитие специфических антител, будет ожидаемым даже при легком или бессимптомном течении инфекции и серологическое исследование как таковое может быть полезным в качестве дополнительного средства подтверждения диагноза. Дополнительные шаги для повторного подтверждения бессимптомных случаев или любых случаев, в которых диагноз можно лишь предположить, могут включать в себя повторное извлечение РНК из оригинальных клинических образцов и тестирование для различных целевых генов вируса, в идеале проводимые в независимой лаборатории.