

## Глубокоуважаемые коллеги, друзья!

Сегодня нас всех объединяет борьба с новой коронавирусной инфекцией – COVID-19. Уже появилось достаточное число публикаций, как зарубежных, так и российских, посвященных данной глобальной проблеме, но согласитесь, самым ценным для каждого из нас есть и будет собственный опыт ведения таких пациентов.

Поэтому считаем необходимым поделится своим опытом, потому что он очень сильно поменял наше представление об этом заболевании.

Во-первых, с самого начала работы наши и без того невысокие ожидания по поводу возможностей «противовирусной терапии» с использованием лопинавира/ритонавира и гидроксихлорохина не оправдались. Плюс к этому мы нередко получаем больных, которые переводятся из других лечебных учреждений, где они получали неоднократные курсы массивной антибиотикотерапии с неоднократной заменой препаратов, а также вышеперечисленные лекарственные средства – но, без существенного эффекта.

Поэтому сразу же возник практический вопрос, который можно и нужно рассматривать с самых различных сторон – с научной, лечебной, и, кстати, юридической... Так что же мы лечим в итоге? Давайте посмотрим на это с точки зрения практического врача? И с этой точки зрения термин, без которого не обходится не одна публикация, посвященная COVID-19 – а именно «коронавирусная пневмония» совершенно некорректен и более того ведет к порой ошибочному ведению пациентов.

На наш взгляд этот термин - «пневмония» совершенно не отражает клинико-рентгенологические, да и по отдельным сообщениям морфологические признаки патологического процесса, наблюдающегося при вирусном поражении легких COVID-19. Более правильным является термин – вирусное поражение легких (пневмонит или интерстициопатия), что и должно быть отражено в диагнозе.

Данный факт имеет важное практическое значение, так как термин «пневмония» заставляет врачей ошибочно назначать антимикробную терапию при отсутствии объективных признаков присоединения бактериальной инфекции.

Напротив, вышеозначенные термины (вирусное поражение легких, пневмонит или интерстициопатия) сподвигнут практического врача к правильной оценке ситуации, в том числе к назначению, при наличии показаний, противовоспалительной терапии (моноклональные антитела, ГКС).

Это крайне важный момент, так как в настоящее время подавляющее число пациентов с коронаВИРУСНОЙ инфекцией, в том числе не имеющих признаков поражения легких, получают

антибактериальную терапию, что не приносит никакого клинического эффекта, а лишь ведет к росту антибиотикорезистентности!

В этом же контексте надо упомянуть о втором важном моменте. В числе лабораторных маркеров, используемых при ведении больных с COVID-19 фигурирует С-реактивный белок. До настоящего времени в большинстве публикаций он рассматривается в первую очередь, как маркер присоединения бактериальной инфекции, требующей применения антибиотиков. На наш взгляд С-реактивный белок является основным лабораторным маркером активности процесса в легких. Но маркером не присоединения бактериального поражения респираторных отделов легочной ткани, а маркером активности того самого «непонятого» процесса, инициированного коронавирусом. Вероятно, уже аутоиммунного (пневмонит, интерстициопатия).

И мы в своей практике видим, что действительно повышение СРБ коррелирует с объемом поражения легочной ткани и тем самым у нас есть практический выход – значительный рост СРБ (выше 50 мг/л) и «прогрессия» по результатам компьютерной томографии (КТ), прогрессирование дыхательной недостаточности являются основанием для привлечения противовоспалительной терапии ГКС, тоцилизумаб и др. (а никак не модификации антимикробной терапии!).

Напротив, прокальцитонин при коронавирусной инфекции с поражением респираторных отделов легких (вирусный пневмонит, интерстициопатия) находится в пределах референсных значений. Но если мы наблюдаем повышение прокальцитонина (выше 0,5 нг/мл), то это действительно свидетельствует о присоединении бактериальной инфекции и только в этом случае требуется назначение антибиотиков.

Поэтому при ведении пациента с COVID-19 целесообразно мониторить оба показателя - СРБ и ПКТ.

Привлечение антимикробной терапии у пациентов с COVID-19 показано только при наличии объективных признаков присоединения бактериальной инфекции – уровень ПКТ более 0,5 нг/мл, как наиболее ранний и надежный маркер бактериального процесса.

Несколько слов о противовирусной терапии. В настоящее время этиотропного лечения с доказанной клинической эффективностью коронавирусной инфекции COVID-19 не существует. На основании анализа литературных данных по лечению пациентов с атипичной пневмонией, связанной с коронавирусами SARS-CoV и MERSCoV, в целом ряде рекомендаций различных стран мира, в том числе в российских рекомендовано к применению несколько препаратов. К ним относятся хлорохин, гидроксихлорохин, лопинавир + ритонавир, препараты интерферонов. Отмечается, что наиболее перспективными средствами для лечения COVID-19 является группа противомаларийных средств – хлорохин либо его более активное

производное - гидроксихлорохин. Считается, что их механизм действия на COVID-19 связан с препятствием проникновения вируса в клетку и его репликации. Необходимо отметить, что гидроксихлорохин обладает также противовоспалительным и иммуносупрессивным действием. И на наш взгляд этот эффект и проявляется клиническим улучшением у ряда нетяжелых пациентов по окончании курса терапии. В отношении других препаратов (лопинавир + ритонавир) целесообразность назначения на наш взгляд минимальная, в том числе учитывая нежелательные явления, развивающиеся при его приеме.

И если мы будем говорить в данном ключе – пневмонит, интерстициопатия, то конечно возникает возможность более широкого привлечения (при наличии показаний) в практику ведения пациентов COVID-19 системных глюкокортикостероидов (ГКС). Наш опыт показывает, что их своевременное использование позволяет остановить процесс, «удержать» пациента на самом главном этапе – когда достаточным уровнем респираторной поддержки является оксигенотерапия с потоком 5-10 л/мин. Наш опыт показывает, что на фоне применения ГКС нормализуется температура тела, снижается уровень СРБ, улучшаются показатели газообмена.

Именно данный аспект проблемы является наиболее важным! Очевидно, что ранним (по показаниям!) привлечением ГКС мы не вылечим больного, но мы остановим прогрессирование процесса в легких на приемлемом уровне оксигенации пациента! Поэтому на наш взгляд, целесообразно значительно расширить показания к более раннему применению противовоспалительной терапии. А именно привлечение ГКС целесообразно при сохраняющейся лихорадке выше 38-39°C в течение 5-7 дней, появление признаков дыхательной недостаточности, прогрессирующее поражение легких по результатам КТ, повышение уровня СРБ.

Конечно, без результатов дальнейших исследований сделать практические выводы крайне непросто – но, по крайней мере, наш достаточный опыт (который мы постараемся облечь в статистический отчет), клинические наблюдения итальянских и американских коллег свидетельствуют о необходимости более широкого, но правильного, своевременного и рационального использования системных ГКС. В одной клинической ситуации - это преднизолон 90-120 мг и выше или дексаметазона 12 мг в сутки в течение 3 – х дней у пациента с длительной лихорадкой и прогрессирующими изменениями в легких без дыхательной недостаточности, в другой - пульс-терапия метилпреднизолоном 250-500 мг в сутки в течение 2-3 дней у больного с массивным поражением легочной ткани и дыхательной недостаточностью, требующей высокопоточной оксигенотерапии. Повторюсь – цель назначения остановить

прогрессирование процесса, «цитокиновый шторм», и, как показал наш опыт, меньшие дозы к сожалению не работают. Плюс к этому – минимальное количество нежелательных явлений, наблюдающихся при пульс-терапии).

Конечно дальнейшие усилия, в том числе (вернее сказать в первую очередь) фармацевтических компаний, будут направлены на создание (расширение показаний) препаратов из группы иммунодепрессантов (моно или поликлональные антитела), а мы знаем, что тоцилизумаб или сарилумаб в настоящее время помогают нам в лечении пациентов с коронавирусной инфекцией, но при массовом поступлении пациентов в наши стационары правильное и своевременное привлечение ГКС на наш взгляд, в настоящее время, является у ряда пациентов жизнеспасающей стратегией.

Кстати, в данном контексте стоит упомянуть о другой не менее важной стороне вопроса. Мы все уже сталкивались с тем, что применение тоцилизумаба или пульс-терапия метилпреднизолоном приводит к стабилизации процесса, но изменения легочной ткани по результатам КТ сохраняются длительное время (в том числе появляются участки консолидации, ретикулярные изменения), и у пациента сохраняются элементы дыхательной недостаточности (эпизоды десатурации при физической нагрузке), требующие длительной кислородотерапии. И как не здесь точка приложения для курса системными ГКС (преднизолон, метилпреднизолон per os) в течение 2-3 недель с последующим снижением до полной отмены? По крайней мере, ряд наших клинических наблюдений демонстрирует улучшение показателей газообмена, повышение толерантности к физической нагрузке при использовании данной схемы.

И, безусловно, всем пациентам с поражением легких рекомендовано назначение низкомолекулярных гепаринов в профилактических дозах.

Все наши мысли мы постарались изложить также на бумаге – обновив версию методических рекомендаций, которые можно найти на сайтах - <http://www.cough-conf.ru> и <https://www.gvkg.ru>

Позвольте пожелать нам всем терпения и выздоравливающих пациентов!

Искренне Ваш,

ЗАЙЦЕВ Андрей Алексеевич,  
профессор, заслуженный врач РФ, главный пульмонолог Минобороны  
РФ, главный пульмонолог ГВКГ имени Н.Н. Бурденко,  
Президент Межрегиональной Ассоциации Специалистов  
Респираторной Медицины (МАСРМ)