

Anthony Cheng, MD; Dominic Caruso, MD, MPH; Craig McDougall, MD
Oregon Health & Science University, Portland, Oregon

Ведення амбулаторних пацієнтів з COVID-19: стислий огляд доказової бази

Поширеними симптомами COVID-19 є лихоманка, сухий кашель, задишка та втомлюваність. Однак у пацієнтів може бути й ширший спектр симптомів від легкого перебігу захворювання до тяжкого. Симптоми в дітей, як правило, менш виражені і можуть бути представлені лихоманкою, кашлем і труднощами з годуванням. Інкубаційний період становить від 2 до 14 днів, хоча, як правило, симптоми проявляються впродовж 5 днів після експозиції. Існує безліч методів тестування, але інфікування має бути підтверджено результатами полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) з використанням мазка з носоглотки. Не існує обґрунтованих методів лікування, придатних для використання в амбулаторних умовах; пацієнт повинен отримувати підтримувальну терапію, в тому числі роз'яснення щодо ізоляції. У госпіталізованих пацієнтів слід розглянути застосування ремдесивіру з метою скорочення часу до одужання, за необхідності слід розглянути призначення низьких доз дексаметазону та оксигенотерапії. Загалом 85% пацієнтів мають легкий перебіг захворювання, тоді як 14% – важкий, що потребує госпіталізації, в тому числі 5%, які потребують госпіталізації у відділення інтенсивної терапії. Предикторами тяжкого перебігу захворювання вважають старший вік пацієнта, наявність супутніх захворювань, лімфопенію, нейтрофілію, лейкоцитоз, низьку сатурацію і підвищений рівень С-реактивного білка, D-димеру, трансаміназ і лактатдегідрогенази (Am Fam Physician. 2020;102(8):478–486. Copyright © 2020 American Academy of Family Physicians).

Пандемія COVID-19 спричинена одноланцюговим оболонковим РНК-умісним коронавірусом, відомим як Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Перші випадки захворювання були зареєстровані в місті Ухань, Китай, у грудні 2019 р.; у США перші випадки хвороби підтвердили через місяць. Близькосхідний респіраторний синдром (Middle East Respiratory Syndrome, MERS) і важкий гострий респіраторний синдром (Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS), також спричинені коронавірусами, викликали значно нижчу глобальну смертність.

Епідеміологія

- Базове репродуктивне число (індекс, що визначає кількість заражених осіб одним інфікованим) COVID-19 залишається невідомим. В одному систематичному огляді було зазначено діапазон від 1,9 до 6,5 [1].
- Дослідження, проведені в США та Швейцарії на основі оцінки наявності антитіл, продемонстрували репродуктивність між 1,1 і 10,9% [2].
- Патогенними факторами, що сприяють вірулентності SARS-CoV-2, є поширення інфекції

повітряно-краплинним шляхом і безсимптомне поширення через здорових людей.

- Справжній рівень захворюваності на COVID-19 у США невідомий і значно варіює географічно [3].
- За підрахунками, в березні 2020 р. було встановлено факт інфікування лише в 1 зараженого з 80. Моделі, що використовують для розрахунку захворюваності на грип, можна екстраполювати для COVID-19.

Скринінг і профілактика

- Дотримання дистанції щонайменше 6 футів (1,8 м) уповільнює поширення вірусу шляхом зменшення середньої кількості інфікованих у кожному випадку, особливо в поєднанні з іншими заходами, такими як носіння маски в громадських місцях, закриття шкіл і обмеження подорожей [5, 6].
- Відстеження контактів зменшило поширення інфекції на ранніх термінах під час спалахів у деяких країнах [7].
- Центр з контролю та профілактики захворювань США (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) рекомендує 14-денну самоізоляцію контактних осіб після останнього контакту з інфікованою особою та щоденний моніторинг на предмет лихоманки

SORT: ключові рекомендації для практики

Клінічна рекомендація	Рівень доказовості	Коментар
Особи, що мали близький контакт з пацієнтами, у яких було встановлено діагноз COVID-19, повинні самоізолюватися впродовж 14 днів зі щоденним моніторингом температури тіла чи появи інших симптомів [8]	C	Думка експерта, що ґрунтується на моделюванні захворювання
Телемедицинські засоби комунікації можна використовувати для первинної оцінки пацієнтів з респіраторними симптомами COVID-19; наступна медична допомога має ґрунтуватися на оцінці вітальних симптомів, даних фізикального обстеження, соціальних обставинах і факторах ризику [11, 17]	C	Думка експерта за відсутності клінічних досліджень
Інфікування має бути підтверджено результатами ПЛР-тестування, з використанням назофарингеальних змивів [38]	C	Думка експерта та перехресне дослідження діагностичної точності
Лікування пацієнтів з COVID-19 в амбулаторних умовах фокусується на підтримувальній терапії та зменшенні ризику поширення інфекції за допомогою домашньої самоізоляції [41]	C	Думка експерта
Дексаметазон у дозі 6 мг/добу знижує смертність серед госпіталізованих пацієнтів з COVID-19, які потребують оксигенотерапії (NNT=29) і штучної вентиляції легень (NNT=9), однак не в госпіталізованих та амбулаторних пацієнтів, які не потребують оксигенотерапії [46]	B	Рандомізоване клінічне дослідження з хорошим дизайном
Ремдесивір скорочує час до одужання в госпіталізованих пацієнтів з COVID-19, однак зниження летальності не було доведено [48, 49]	B	Два рандомізовані клінічні дослідження, одне з яких показало позитивний результат, а інше – негативний, однак останнє дослідження мало низьку силу

Примітки: NNT – number needed to treat (кількість, необхідна для лікування); A – послідовні пацієнто-орієнтовані докази, хорошої якості; B – непоследовні або недостатньої якості пацієнто-орієнтовані докази; C – консенсус, хворобо-орієнтовані докази, звична практика, експертна думка або низка випадків. Для отримання інформації про SORT, систему оцінки якості доказів, перейдіть за посиланням <https://www.aafp.org/afpsort>.

та інших симптомів [8]. Особи, у яких підозрюють COVID-19, повинні ізолюватися у своєму домі, щоб запобігти поширенню інфекції; якщо вони проживають разом з іншими, їм варто ізолюватися в окремій кімнаті і користуватися окремою ванною, якщо це можливо [8].

- CDC рекомендує носити маски, знаходячись у громадських місцях, де важко дотримуватися відповідної фізичної дистанції [9]. Ця практика може зменшити трансмісію вірусу (Howard J. et al., Kai D. et al., неопубліковані дані, 2020 р.), особливо від безсимптомних

осіб або тих, хто перебуває у пресимптомному періоді [10].

- Пацієнти з респіраторними симптомами повинні носити хірургічну маску в медичних закладах. Ті, хто не має респіраторних симптомів, повинні носити тканинні маски, відповідно до рекомендацій CDC.
- У таблиці 1 наведено рекомендовані засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) для клініцистів на основі різних клінічних сценаріїв [11–14].

Таблиця 1. Рекомендовані ЗІЗ для клініцистів, що напряму надають допомогу пацієнтам із COVID-19

Сценарій	ЗІЗ
Пацієнт без респіраторних симптомів	Стандартні застережні заходи, хірургічна маска та захист для очей
Пацієнт з респіраторними симптомами	Хірургічна маска, халат і захист для очей
Забір назального зразка у пацієнта з підозрою або підтвердженою інфекцією*	N95 або респіратор вищого класу захисту (або хірургічна маска, якщо немає респіратора), захист для очей, рукавички
Процедура, не пов'язана з утворенням аерозолів	Хірургічна маска, щиток для обличчя, халат і рукавички [34]
Процедура, пов'язана з утворенням аерозолів†	N95 або респіратор з очищенням повітря, захист для очей, ізоляційний халат, рукавички

Примітки: * Рекомендації варіюють у різних інституціях. Дивися джерело 11 для детальнішої інформації. Якщо респіратори недоступні, їх слід відкласти для використання при проведенні інших процедур з вищим ризиком утворення інфекційних часток. † Будь-яка медична процедура, що може призвести до утворення малих часточок, достатньо легких для того, щоб поширюватися з потоками повітря, такі як небулайзерна терапія, серцево-легенева реанімація, високопоточна оксигенотерапія, індукція виділення харкотиння, дихальна фізіотерапія, BiPAP та CiPAP терапія, ендотрахеальна інтубація, очищення дихальних шляхів за допомогою відсмоктувача, високочастотна осциляторна вентиляція, трахеостомія або бронхоскопія. Інформація з джерел 11–14.

Діагностика

- Діагноз COVID-19 встановлюють клінічно і підтверджують результатами лабораторних аналізів і даними рентгенологічного обстеження. Слід запідозрити COVID-19 у пацієнтів з відомим фактом контакту з хворою особою або підозрою на такий упродовж останніх 14 днів або у випадку активного поширення SARS-CoV-2 у громаді.
- Коли це можливо, стан пацієнтів слід спершу встановлювати за допомогою телемедицинських засобів до того, як вони будуть обстежені персонально (рис. 1) [17].
- Лікарі повинні бути упередженими щодо діагнозу COVID-19. З огляду на варіативність клінічної картини цей діагноз слід розглядати як один з потенційних.
- Диференційна діагностика охоплює:
 - гострий набряк легень;
 - гострий респіраторний дистрес-синдром;
 - загострення хронічного обструктивного захворювання легень;
 - позагоспітальну пневмонію (бактеріальну або вірусну);
 - грип;
 - інтерстиційну хворобу легень;
 - неспецифічну вірусну інфекцію верхніх дихальних шляхів;
 - опортуністичну легеневу інфекцію;
 - ТЕЛА;
 - стрептококовий фарингіт.



Рис. 1. Алгоритм оцінки стану пацієнта з підтвердженим діагнозом COVID-19 або підозрою за допомогою методів телемедицини

Примітка: Інформація з джерела 17.

Ознаки та симптоми

- Інкубаційний період SARS-CoV-2 становить від 2 до 14 днів, хоча симптоми, як правило, проявляються впродовж 5 днів після експозиції [18].
- Симптомами, що виникають найчастіше, є лихоманка, сухий кашель, задишка та втомлюваність [19]; однак пацієнти можуть мати й ширший спектр симптомів від легкого до важкого перебігу захворювання (табл. 2) [20–29].
- Як правило, повідомляється про середню та тяжку аносмію та зміни відчуття смаку [24].
- Симптоми в дітей, як правило, менш виражені, ніж у дорослих, і можуть мати вигляд лихоманки, кашлю та труднощів з годуванням (Arnaout R, et al., неопубліковані дані, 2020) [21].
- Вагітні та нещодавно вагітні жінки рідше мають лихоманку та міалгії порівняно з невагітними пацієнтками репродуктивного віку [30].
- У великої частки пацієнтів з SARS-CoV-2 (близько 40%) захворювання має безсимптомний перебіг, особливо в пацієнтів молодшого віку [31].
- Мультисистемний запальний синдром у дітей вважають пов'язаним з COVID-19. Ознаками є тривала лихоманка та клінічно тяжка хвороба з поліорганичним ураженням. Діагноз підтверджують на основі лабораторних ознак запалення, свідчень про нещодавно перенесену інфекцію SARS-CoV-2 або контакт з хворим, а також відсутності інших явних мікробних збудників запалення [32, 33].

Таблиця 2. Ознаки та симптоми COVID-19

Дорослі
• Аносмія або зміни смаку (64%) • Лихоманка (від 56 до 99%) • Кашель (від 55 до 82%) • Анорексія (40%) • Втомлюваність (від 38 до 70%) • Задишка (від 19 до 57%) • Озноб (від 12 до 15%) • Міалгії (від 11 до 45%) • Запаморочення (від 8 до 9%) • Біль у горлі (від 5 до 14%) • Головний біль (від 3 до 14%) • Діарея (від 2 до 24%) • Біль у грудях (від 2 до 15%) • Закладеність носа або ринорея (від 2 до 5%) • Висипання або зміни кольору шкіри (від 1 до 20%) • Нудота та блювання (від 1 до 19%) • Кровохаркання (від 1 до 2%) • Кон'юнктивіт (1%)
Діти
• Фарингеальна еритема (46%) • Кашель (від 44 до 54%) • Лихоманка (від 41 до 56%) • Діарея (8%) • Втомлюваність (8%) • Ринорея (8%) • Блювання

Примітка: Інформація з джерел 20–29.

Тестування

- Існує кілька методів тестування на COVID-19 (табл. 3) [2, 34–42]. Гостра інфекція має бути підтверджена методом ПЛР з використанням змиву з носоглотки [38]. Визначення рівнів антитіл є найбільш корисним для епідеміологічних цілей [21]. Тестування в закладі надання медичної допомоги забезпечує швидке отримання результатів, але достовірність цих тестів невідома [37].
- Рішення про тестування залежить від наявності наборів для тестування та реагентів, а також їх доцільності з точки зору лікування, інфекційного контролю та громадського здоров'я.
- Крім пацієнтів з ознаками або симптомами COVID-19 тестування слід проводити пацієнтам, які:
 - були в контакті з пацієнтом з відомим інфікуванням або підозрою на інфікування (у тому числі новонароджені, народжені від матері з діагнозом COVID-19);
 - проходять планову операцію або процедуру, пов'язану з утворенням аерозолів;
 - отримують хіміотерапію;
 - входять до групи, яка непропорційно уражена COVID-19, такі як чорношкірі, латиноамериканці, вихідці з тихоокеанських островів, або американські індіанці/корінне населення Аляски [11, 43].
- Рекомендується проводити тестування осіб з відомим контактом з хворим через 5–7 днів після контакту на основі середнього інкубаційного періоду вірусу. Тестування не слід проводити щонайменше впродовж 48 год після контакту. Безсимптомні контакти особи з негативними результатами тестування мають знаходитися на карантині впродовж 14 днів [11].
- Повторне тестування можна розглянути для підтвердження одужання в пацієнтів з ослабленим імунітетом, якщо наявна достатня кількість ресурсів для його проведення [11].
- Рентгенологічні дані в пацієнтів з COVID-19 можуть охоплювати такі ознаки [41]:
 - патерн «шаленої бруківки» (тобто картина матового скла з нашаруванням міжчасткової та внутрішньочасткової перетинки та їх потовщення);
 - ущільнення легеневої тканини;
 - затемнення за типом матового скла;
 - мультифокальне затемнення за типом матового скла.
- У госпіталізованих пацієнтів лабораторні дослідження можуть допомогти оцінити прогноз і виявити пацієнтів з ризиком розвитку судинних і тромботичних ускладнень [41], а саме:
 - розгорнутий аналіз крові з формулою;
 - С-реактивний білок;
 - D-димер;
 - лактатдегідрогеназа;
 - тропонін.

Таблиця 3. Тести, доступні для діагностики COVID-19

Тип тесту	Коментар
Визначення рівня антитіл	- Тест на антитіла є найбільш корисним для епідеміологічних цілей та в дітей з мультисистемним запальним синдромом для підтвердження поточної або минулої інфекції COVID-19. - Він виявляє наявність антитіл IgM і IgG до SARS-CoV-2, які з'являються приблизно через 5 і 14 днів після появи симптомів, відповідно (Wajnberg A, et al., неопубліковані дані, 2020). Позитивні результати тесту можуть свідчити про попереднє зараження або контакт з інфекцією, що важливо для виявлення захворювання з незначною кількістю симптомів або в разі безсимптомного перебігу. - Ранні дані свідчать про те, що в більшості пацієнтів розвивається виражена реакція з утворенням антитіл до SARS-CoV-2 [35], але невідомо, чи це корелює зі стійкістю до інфекції в майбутньому. - Рівень антитіл не слід використовувати як єдину основу для встановлення чи виключення діагнозу COVID-19. - Позитивний результат може бути обумовлений поточним або попереднім інфікуванням іншими штамами коронавірусу окрім SARS-CoV-2 [36]. - Навіть тести з високою специфічністю можуть давати більше хибнопозитивних, ніж справжньо-позитивних результатів, коли поширеність вірусу серед населення низька [37].
ПЛР-тест	- Тест ПЛР виявляє наявність РНК коронавірусу і використовується для підтвердження діагнозу COVID-19. - Позитивні результати не виключають бактеріального зараження або коінфікування іншими вірусами. - Чутливість варіює в залежності від часу забору після появи симптомів, [38] тому результати слід інтерпретувати на основі клінічних та епідеміологічних факторів [39]. - Тести з використанням назофарингеальних мазків дещо чутливіші, аніж з використанням мазків з ротоглотки. Якщо відібрані обидва мазки, їх можна комбінувати та проводити одночасне тестування обох зразків в одній реакції для економії реагентів [40]. - Надійність тестування невідома, оскільки не існує стандартного діагностичного тесту [2], існує кілька типів тестів, методи виробництва суперечливі, а впровадження ПЛР-тестів відрізняється в різних країнах світу. Екстраполюючи дані ПЛР при грипі, ПЛР при COVID-19 може бути високоспецифічною (90-95%), що є позитивним фактом щодо підтвердження інфекції, але помірно чутливою (від 50 до 70%), що, однак, не виключає інфікування (Arnaout R. та ін., неопубліковані дані, 2020 р.) [41]. - Негативний результат слід розглядати в контексті інших симптомів, даних щодо контакту з інфікованими та клінічної презентації, щоб надавати певні рекомендації.
Тести в місцях надання медичної допомоги	- Результати доступні за лічені хвилини. - Тест на ампліфікацію нуклеїнової кислоти націлений на частину гена RdRp, який є специфічним для SARS-CoV-2. - Для визначення антигенів використовують антитіла та реакцію імунофлуоресценції для виявлення SARS-CoV-2. - Надійність, чутливість і специфічність цих тестів відрізняються [37].

Примітка: Інформація з джерел 2 та 34–42.

Лікування

- Не існує доказових методів лікування COVID-19, які підходять для використання в амбулаторних умовах; рекомендовано підтримувальне лікування [41].
- Всесвітня організація охорони здоров'я рекомендує не відлучати від матері немовлят, народжених жінками, хворими на COVID-19, також такі матері повинні розпочинати і продовжувати грудне вигодовування дитини [44].
- Дистанційне спостереження за пацієнтом за допомогою засобів телемедицини може бути використано для виявлення тривожних симптомів («червоних прапорців»), що потребують термінової оцінки лікарем, наприклад [17]:
 - лихоманка вище 38 °С;
 - ЧСС більше 100 уд./хв з появою оглушення пацієнта;
 - сатурація менше 95%;
 - частота дихання більше 20/хв.

На рисунку 2 наведено алгоритм припинення домашньої ізоляції після встановлення діагнозу COVID-19 [11, 45].

Фармакотерапія

- Окрім підтримувального лікування досліджують декілька препаратів для лікування COVID-19 у госпіталізованих пацієнтів.
- Дексаметазон у дозі 6 мг/день упродовж 10 днів суттєво знижує смертність у госпіталізованих пацієнтів з COVID-19, які потребують оксигенотерапії (кількість потрібна для лікування [NNT] = 29) або

механічної вентиляції легень (NNT = 9), але не в госпіталізованих пацієнтів, які не потребували оксигенотерапії [46]. Системні кортикостероїди не рекомендовані амбулаторним пацієнтам або госпіталізованим пацієнтам, які не потребують додаткової оксигенотерапії [47].

- Ремдесивір у рандомізованому дослідженні в США продемонстрував, що його використання значно скорочує час до одужання (11 проти 15 днів), а також незначно знижує смертність (7,1 проти 11,9%; $p = 0,059$) у госпіталізованих пацієнтів з COVID-19 [48]. Китайське дослідження не виявило значної користі застосування цього препарату, але дослідження було недостатньої сили [49]. Ремдесивір не досліджувався в амбулаторних хворих з неважким перебігом захворювання, його застосування не рекомендовано в цій групі населення.
- Гідроксихлорохін не продемонстрував вираженої користі для лікування пацієнтів з легким і важким перебігом COVID-19, а також для профілактики захворювання після контакту з інфікованою особою (Horby P., et al., неопубліковані дані, 2020) [50–53].
- Немає достатніх доказів, щоб рекомендувати такі препарати для лікування COVID-19 [41]:
 - азитроміцин;
 - реконвалесцентна плазма;
 - інтерферон;
 - івермектин;
 - лопінавір/ритонавір;

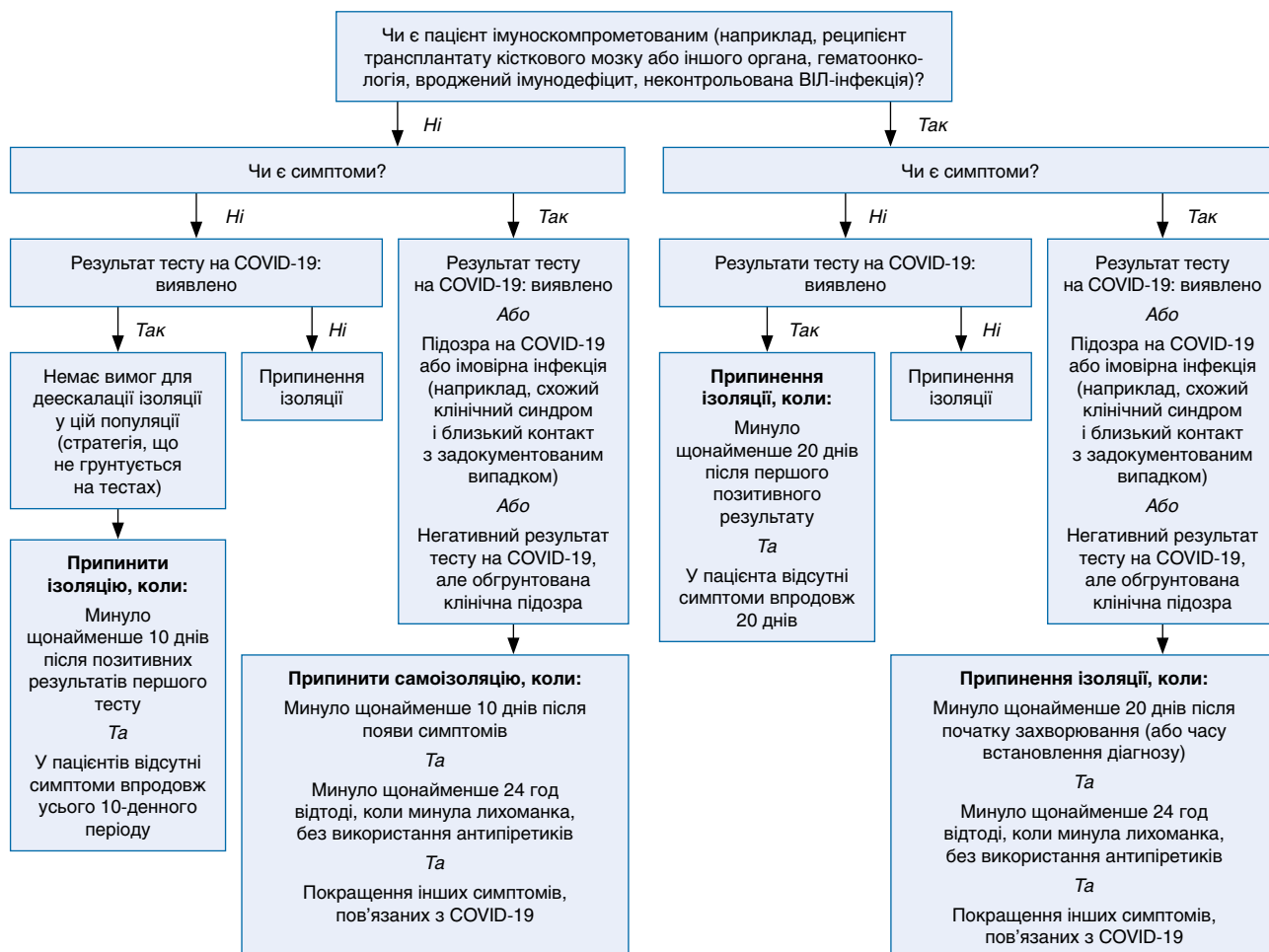


Рис. 2. Алгоритм припинення домашньої ізоляції після встановлення діагнозу COVID-19

Примітка: Інформація з джерел 11 та 45.

- рибавірин;
- тоцилізумаб.

Направлення пацієнта, консультація та госпіталізація

- Під час обстеження пацієнта із симптомами COVID-19 слід визначитися з тим, де саме повинен цей пацієнт лікуватися. Слід брати до уваги життєві показники, результати фізикального обстеження, частоту дихання, сатурацію крові, соціальні міркування, а також фактори ризику, як зазначено на рисунку 3 [11, 17, 44, 54, 55].

Прогноз

- Міжнародні дані свідчать, що 85% осіб, хворих на COVID-19, мають лише легкі симптоми, тоді як 14% пацієнтів – важкий перебіг, що потребує госпіталізації, в тому числі 5% дорослих і 2% дітей, які потребують лікування в умовах БАІТ [56–58]. Діти, як правило, мають кращий прогноз, ніж дорослі (Arnaout R, et al., неопубліковані дані, 2020) [58].
- Загальний рівень летальності при COVID-19, за різними оцінками, становить від 0,66 до 0,9%, хоча досить важко провести точні розрахунки через кількість недіагностованих випадків [59, 60]. Показники спостережень значно варіюють (від 2,3 до 7,2%) залежно від місцезнаходження та доступності тестів. Станом на 21 липня 2020 р. Центр охорони здоров'я Джона Хопкінса повідомив, що рівень летальності у США становить 3,7% [2]. Рівень летальності зростає з віком пацієнтів [6, 56, 59, 60].
- Предикторами важкого перебігу захворювання або смерті є клінічні фактори, супутні захворювання та результати лабораторних досліджень (табл. 4) [37,

61–64]. Загальні фактори ризику в госпіталізованих пацієнтів [62, 63]:

- серцево-судинні захворювання;
- хронічна хвороба нирок;
- хронічні захворювання печінки;
- хронічне обструктивне захворювання легень;
- цукровий діабет;
- гіперхолестеринемія;
- гіпертонічна хвороба;
- онкопатологія;
- ожиріння;
- обструктивне апное сну.
- У вагітних жінок COVID-19 може збільшити ризик розвитку таких ускладнень, як передчасні пологи та передчасний розрив оболонок. Ризик вертикальної передачі та ризику для новонароджених недостатньо вивчені [30].
- Розроблено правило клінічного прогнозування з 10 пунктів і підтверджено зовні для визначення прогнозу пацієнтів з COVID-19 (<http://118.126.104.170>) [65]. Однак для цього потрібні візуалізація та велике лабораторне дослідження.
- Гострими ускладненнями COVID-19 є пневмонія, гострий респіраторний дистрес-синдром, інсульт та артеріальний і венозний тромбоз. Госпіталізовані пацієнти можуть в результаті страждати від астеничного синдрому [66], а також впливу на психічне здоров'я [67]. Фактори, які можуть збільшувати ризик цих ускладнень:
 - дієта з недостатнім вмістом фруктів та овочів (Adams ML, et al., неопубліковані дані, 2020);
 - індекс маси тіла більше 40 кг/м² [61];
 - малорухливий спосіб життя;
 - куріння.

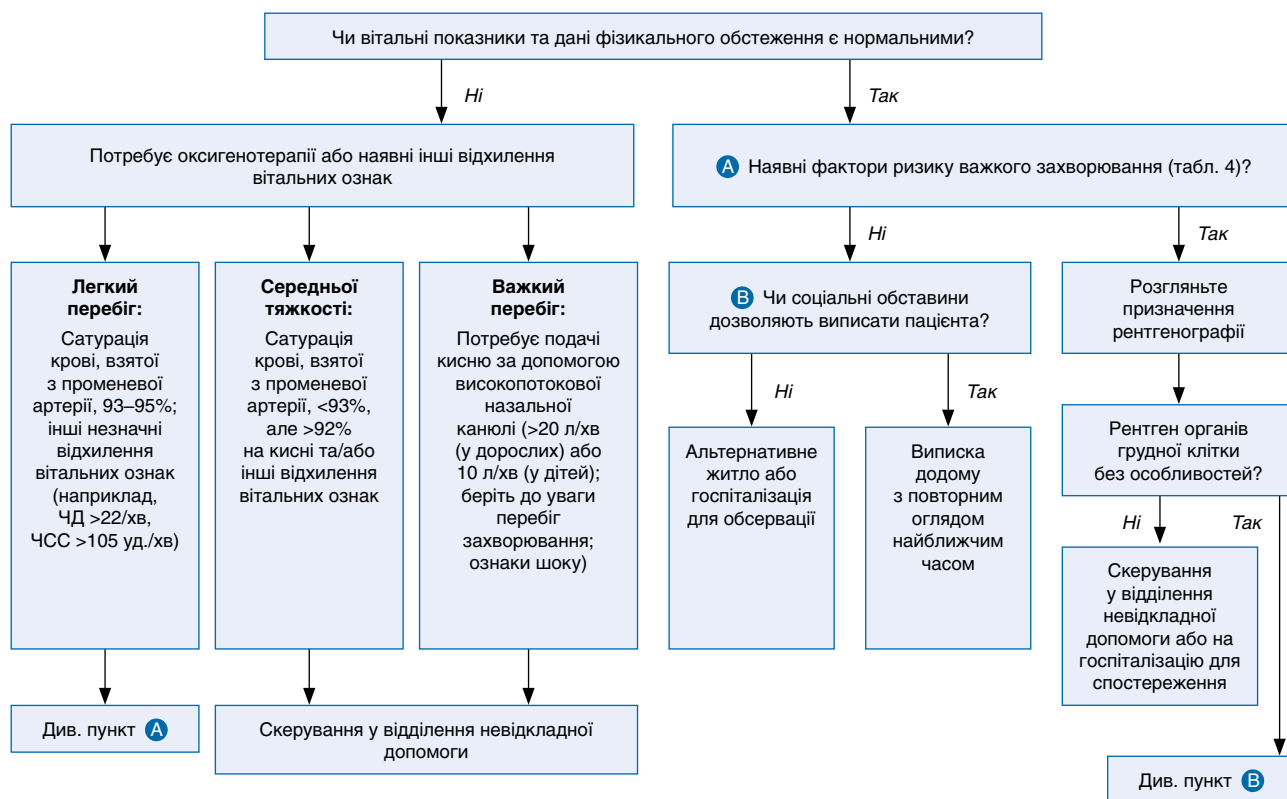


Рис. 3. Алгоритм особистої оцінки пацієнта зі встановленим діагнозом чи підозрою на симптоматичне захворювання COVID-19

Примітка: Інформація взята з джерел 11, 17, 44, 54 та 55.

Таблиця 4. Фактори ризику розвитку важкого COVID-19 у дорослих

Клінічні фактори
• Індекс маси тіла ≥ 30 кг/м² • Диспное, збільшена частота дихання, низька сатурація • Чоловіча стать • Особи старшого віку*
Супутні патології
• Хвороби крові (наприклад, серпоподібноклітинна анемія, прийом антикоагулянтів) • Хронічна хвороба нирок • Хронічне захворювання печінки • Хронічне захворювання легень (наприклад, хронічне обструктивне захворювання легень, астма) • Вагітність або нещодавня вагітність (протягом 2 тиж) • Патологія ендокринної системи (наприклад, цукровий діабет) • Захворювання серцево-судинної системи (наприклад, застійна серцева недостатність, ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія) • Імуносупресія (наприклад, автоімунне захворювання, злоякісні захворювання, ВІЛ-інфекція) • Неврологічна патологія або порушення розвитку нервової системи
Лабораторні показники
• Підвищений рівень С-реактивного білка, ЛДГ, АлАТ, АсАТ або D-димеру • Лейкоцитоз • Низький рівень альбуміну • Лімфопенія • Нейтрофілія

Примітки: * Від 31 до 59% дорослих віком від 65 до 84 років, у яких було діагностовано COVID-19, потребують госпіталізації; 11–31% – у ВАІТ; 4–11% – помирають. Серед дорослих віком понад 85 років, у яких встановлено діагноз COVID-19, від 31 до 70% потребують госпіталізації; 10–27% – лікування у ВАІТ; від 10 до 27% пацієнтів помирають. Інформація з джерел 37 та 61–64.

Таблиця 5. Додаткові ресурси щодо COVID-19

BMJ's COVID-19 hub https://www.bmj.com/coronavirus
European Centre for Disease Prevention and Control: contact tracing for COVID-19 https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-Contract-tracing-scale-up.pdf
Infectious Diseases Society of America: COVID-19 treatment guidelines https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-treatment-and-management
National Institutes of Health: COVID-19 treatment guidelines https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov
World Health Organization: interim guidance on clinical management of COVID-19 https://www.who.int/publications-detail/clinicalmanagement-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected

- Довгострокові наслідки COVID-19 для здоров'я ще вивчаються.
- Приблизно 35% людей з COVID-19 не відновилися до свого попереднього рівня здоров'я через 14–21 день після встановлення діагнозу. У цих «довгостраждаючих» пацієнтів розвивається синдром, що отримав назву тривалого COVID-19 [68].
- У таблиці 5 наведено додаткові ресурси щодо COVID-19 для клініцистів.

Список літератури – у редакції.

Реферативний огляд статті Anthony Cheng et al. «Outpatient Management of COVID-19: Rapid Evidence Review» American Family Physician, October 15, 2020, Volume 102, Number 8, підготувала Христина Ключківська.

Повну версію статті дивіться на сайті: www.aafp.org/afp