

# МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

## КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

### КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-19

Кодирование по Международной статистической [классификации](#) болезней и проблем, связанных со здоровьем: U07.1, U07.2

Год утверждения (частота пересмотра): 2025

Пересмотр не позднее: 2027

ID: 1024\_1

Возрастная категория: Взрослые

Специальность:

#### Разработчик клинической рекомендации

Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням имени академика В.И. Покровского (НАСИБ)

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России

[Приложение А3](#)

#### СПРАВОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ,

#### Основные рекомендованные схемы лечения в амбулаторных условиях

<3> - При возможности организации лечения в дневном стационаре рассмотреть альтернативное этиотропное лечение вируснейтрализующими антителами или **иммуноглобулином человека против COVID-19** для пациентов с высоким индексом коморбидности или беременным;

#### Основные рекомендованные схемы лечения в условиях стационара

	N	Препарат	Режим дозирования
Средне тяжелое течение			
При наличии изменений в легких и/или факторов риска прогрессии заболевания в сочетании с двумя и более признаками: - SpO2 94 - 96% одышка при физической нагрузке; - 6N ≤ уровень СРБ < 9N; - температура тела - 38 °С в течение 3 - 5 дней; - число лейкоцитов - 3,0 - 3,5 x 10 <sup>9</sup> /л; - абсолютное число лимфоцитов - 1,0 - 1,5 x 10 <sup>9</sup> /л			
Схема 1	1	Фавипиравир** <5>	Для пациентов с массой тела < 75 кг: по 1600 мг 2 р/сут в 1-й день и далее по 600 мг 2 р/сут

		со 2 по 10 день (таблетки). Для пациентов с массой тела 75 кг и более: по 1800 мг 2 раза/сут в 1-й день, далее по 800 мг 2 раза/сут со 2 по 10 день (таблетки).
	или	
	Фавипиравир + Цинк <2>	Таблетки: для пациентов с массой тела < 75 кг: по 1600 мг 2 р/сут в 1-й день и далее по 600 мг 2 р/сут со 2 по 5 день; для пациентов с массой тела 75 кг и более: по 1800 мг 2 раза/сут в 1-й день, далее по 800 мг 2 раза/сут со 2 по 5 день.
	или	
	Фавипиравир**	Раствор для инфузий: внутривенно капельно в течение 2 часов по 1600 мг 2 раза в 1-й день терапии, далее по 800 мг 2 раза в день, соответственно, со 2-го по 10-й день терапии
	Молнупнавивир** <4>	800 мг перорально каждые 12 часов, курс не более 5 дней
	или	
	Нирматрелвир+Рито навир** <4>	300 мг нирматрелвира - 100 мг ритонавира** два раза в сутки (каждые 12 часов). Суточная доза составляет 600 мг нирматрелвира - 200 мг ритонавира**. Продолжительность курса лечения - 5 суток.
	или	
	Ремдесивир**	1-й день: 200 мг (в 0,9% растворе натрия хлорида**) однократно внутривенно Со 2-го дня: 100 мг в/в 1 р/сут. Общин курс не более 10 дней
	или	
	Иммуноглобулин человека против COVID-19 <2>	1 мл на кг массы тела однократно внутривенно капельно без разведения
	или	
	Синтетическая малая интерферирующая рибонуклеиновая кислота (миРНК) [двуцепочечная]	Два приема с перерывом 7 - 8 часов. Разовая доза составляет 1,85 мг. суточная - 3,7 мг. Курс лечения - 14 дней (28 ингаляций).
2	#Левилимаб**	324 мг (два преднаполненных шприца по 162 мг/0,9 мл) внутривенно однократно, разводя в 100 мл 0,9%

		раствора натрия хлорида**, вводят внутривенно капельно в течение 60 минут). При недостаточном эффекте повторить введение через 12 ч.
	или	
	#Олокизумаб**	64 - 128 мг (1 или 2 флакона по 160 мг/мл, 0,4 мл) разводят в 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида**, вводят внутривенно капельно в течение 60 минут) При недостаточном эффекте повторить введение через 12 ч. Суммарно вводить не более 256 мг.
	или	
	#Тоцилизумаб**	4 мг на кг массы тела внутривенно
	или	
	Анакинра**	в дозе 100 мг подкожно один раз в сутки в виде подкожной инъекции в течение 10 дней
3	#Метилпреднизолон** <3>	в дозе 500 мг сут в. в в течении 2 - 3 дней (на курс 1 - 1,5 г # метилпреднизолон** в/в) или 1 - 2 мг/кг/день в течение ≤ 7 дней или внутривенно по 40 мг два раза в день в течение 3 дней, а затем по 20 мг два раза в день в течение еще 3 дней
	или	
	#Дексаметазон** <3>	20 мг/сутки в/в за 1 или 2 введения в течение 2 - 3 сут с постепенным снижением дозы на 20 - 25% на введение каждые 1 - 2 сут (в сочетании с тоцилизумабом**) или 20 мг в. в 1 раз в день в течение 5 дней, затем по 10 мг в/в 1 раз в день в течение 5 дней: 16 мг в/в 1 раз в день с 1-го по 5-й день, 8 мг в/в 1 раз в день с 6-го по 10-й день
4	Антитромботические средства для парентерального введения (предпочтительно НМГ/НФГ в лечебных дозах) или N-(5-Хлорпиридин-2-ил)-5-метил-2-(4-(N-метилацетимидамидо)бензамидо)бензамида гидрохлорид**	
Схема 2	1	Для пациентов с массой тела < 75 кг: по 1600 мг 2 р/сут в 1-й день и далее по 600 мг 2 р/сут со 2 по 10 день (таблетки). Для пациентов с массой тела 75 кг и более: по 1800 мг 2 раза/сут в 1-й день, далее по 800 мг 2 раза/сут со 2 по 10 день (таблетки).
	или	
	Фавипиравир+Цинк <2>	Таблетки: для пациентов с массой тела < 75 кг: по 1600 мг 2 р/сут в 1-й день и далее по 600 мг 2 р/сут со 2 по 5 день; для пациентов с массой тела 75 кг и более:

		по 1800 мг 2 раза/сут в 1-й день, далее по 800 мг 2 раза сут со 2 по 5 день.
	или	
	Фавипиравир ** <2>	Раствор для инфузий: внутривенно капельно в течение 2 часов по 1600 мг 2 раза в 1-й день терапии, далее по 800 мг 2 раза в день, соответственно, со 2-го по 10-й день терапии
	или	
	Ремдесивир** <2>	1-й день: 200 мг (в 0,9% растворе натрия хлорида**) однократно в/в. Со 2-го дня: 100 мг в/в 1 р/сут. Общий курс не более 10 дней
	или	
	Молнупиравир** <4>	800 мг перорально каждые 12 часов, курс не более дней
	или	
	Нирматрелвир + Ритонавир** <4>	300 мг нирматрелвира + 100 мг ритонавира** два раза в сутки (каждые 12 часов). Суточная доза составляет 600 мг нирматрелвира + 200 мг ритонавира**. Продолжительность курса лечения - 5 суток.
	или	
	Иммуноглобулин человека против COVID-19 <2>	1 мл на кг массы тела однократно внутривенно капельно без разведения
	или	
Тяжелое и крайне тяжелое течение		

-----  
**Особые группы пациентов**

Пациенты с артериальной гипертензией	Следует продолжать прием, назначенных ранее препаратов из группы ингибиторов АПФ или антагонистов рецепторов ангиотензина II.
Пациенты с хронической болезнью почек	Пациентам с хронической болезнью почек или с прогрессирующим острым повреждением почек (ОПП) средней степени тяжести (рСКФ от 30 до 59 мл мин) возможно применение противовирусной терапии нирматрелвир + ритонавиром** с коррекцией разовой дозы нирматрелвира** до 150 мг с сохранением кратности приема и длительности курса лечения. Применение противовирусной терапии ремдесивиром** и молнупиравиром** в указанных случаях, возможно без коррекции доз препаратов. Мерой профилактики COVID-19 у пациентов с ХБП является вакцинация. Пациенты с ХБП выступают приоритетной группой для вакцинации и

проведения доконтактной профилактики, однако адекватность иммунологического ответа у данной категории больных может быть недостаточно высокой, в связи с чем необходимо проведение бустерной вакцинации.

Особенности лечения COVID-19 у пациентов с терминальной стадией хронической почечной недостаточности.

1. Пациенты, получающие лечение гемодиализом, нуждаются в постоянном и обязательном контроле за волевическим статусом с целью минимизации синдрома "влажных;" легких или развития гиповолемии.
2. Необходимо более раннее начало заместительной почечной терапии (при снижении СКФ менее 20 - 25 мл/мин) с учетом возможной гиперволемии и прогрессирования уремической интоксикации на фоне активного воспалительного процесса.
3. Пациенты, получающие лечение перитонеальным диализом, со среднетяжелым и тяжелым течением COVID-19, которым необходимо применение прон-позиций и исключение компартмент-синдрома, нуждаются во временном переводе на гемодиализ на период лечения с последующим возвратом на перитонеальный диализ.
4. Пациенты с терминальной стадией ХПН находятся в группе высокого риска присоединения бактериальной инфекции, рецидива и декомпенсации основного заболевания, в связи с чем необходим динамический контроль
5. При назначении терапии ГКС следует ожидать декомпенсацию показателей углеводного обмена, усиление артериальной гипертензии, гиперволемии. Необходимо проводить контроль гликемии не менее 4 раз в сутки. Коррекция гипергликемии осуществляется проведением инсулинотерапии.
6. Для пациентов с ХБП характерно более быстрое развитие ОРДС. Абсолютно обосновано раннее утверждающее назначение моноклональных антител, блокаторов ИЛ-6, ИЛ-1 (Ингибиторы интерлейкина), блокаторов рецептора ИЛ-6 (Ингибиторы интерлейкина) при минимальных поражениях легких, а также без легочного поражения при наличии повышения СРБ более 3-х норм, лихорадки более 37,8 °С, повышении ферритина более 2-х норм. Применение блокаторов ИЛ-1, ИЛ-6, блокаторов рецептора ИЛ-6 (Ингибиторы интерлейкина), в том числе левилимаба\*\*, у больных с ХБП выше 3 ст не влияет на прогрессирование почечной недостаточности, а также, не увеличивает риски развития бактериальной инфекции у пациентов, получающих базовую патогенетическую иммуносупрессивную терапию, в том числе у реципиентов солидных органов. Необходимо проводить мониторинг клинических маркеров воспаления, уровня СРБ, ПКТ. уровня азотемии электролитов.
7. Имеются высокие риски развития COVID-19 ассоциированной коагулопатии сопровождающейся как тромбозами (в том числе

сосудистого доступа), так и развитием спонтанных гематом. Обязательным является назначение гепарина натрия\*\* под контролем уровня АЧТВ (целевой уровень 70) либо #фондапаринукса натрия или препаратов группы гепарина, имеющих альтернативный путь выведения (печеночно-почечный - далтепарин натрия, надропарин кальция), под контролем анти Ха фактора (0,2 - 1,0).

8. Пациенты-реципиенты трансплантированных органов нуждаются в отмене цитостатической терапии (микофенолата мофетил\*\* и азатиоприн\*\*) в дебюте заболевания с увеличением дозы ГКС в два раза от исходной дозы и коррекции - дозы ингибиторов кальциневрина в виде уменьшения в 2 - 2,5 раза от исходной дозы (такролимус\*\*, циклоспорин\*\*) с динамическим мониторингом концентрации. Целевой уровень циклоспорина 40 - 70 нг/мл, такролимуса - 2 - 4 нг/мл в момент активной инфекции, под строгим контролем нефролога). В качестве противовирусной терапии показано применение молнупиравира\*\*, иммуноглобулина человека против COVID-19, вируснейтрализующих антител, особенно в первые сутки от начала клинических симптомов. Не противопоказано сочетанное применение ремдесивира\*\* и молнупиравира\*\*. Не показано в качестве противовирусной терапии применение нирматрелвир+ритонавиром\*\*, у пациентов на терапии L04AD ингибитором кальциневрина (CNI), в связи с выраженным увеличением концентрации в крови последнего.
9. У пациентов с терминальной стадией ХПН, получающих лечение гемодиализом, необходим контроль и коррекция возникающей гипокальциемии.
10. Пациентам, получающим лечение гемодиализом, возможно применение противовирусной терапии ремдесивиром\*\*. В случаях предполагаемой длительной виремии, обосновано применение сочетанной противовирусной терапии ремдесивиром\*\* и молнупиравиrom\* \*, с учетом воздействия на разные звенья репликации вируса.
11. Обосновано применение процедур эфферентных методов гемокоррекции (в т.ч. плазмаферез, плазмаобмен, гемосорбция) у пациентов с ХБП с тяжелым течением COVID-19. Применение плазмафереза, плазмаобмена обосновано при наличии сочетанной вирусно-бактериальной инфекции, с целью минимизации цитокиновой реакции и применения ГИБТ.