



БЪЛГАРСКО ДРУЖЕСТВО ПО ГАСТРОЕНТЕРОЛОГИЯ, ГАСТРОИНТЕСТИНАЛНА ЕНДОСКОПИЯ И АБДОМИНАЛНА ЕХОГРАФИЯ

До проф. Асена Сербезова, дф
Министър на здравеопазването
Република България

МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО п.л. 1000, София, в.п. "Света Петка" № 5 РЕПУБЛИКА БЪЛГАРИЯ
Регистрационен номер: дата 61-00-6/100122

Уважаема проф. Сербезова,

Експертният съвет по гастроентерология Ви предлага по Ваше искане актуализирани препоръки за терапевтично поведение при пациенти със средно тежко и тежко протичане на коронарновирусна инфекция, съобразени с най-новите познания в медицинската наука и практика. Като основни източници сме използвали Massachusetts General Hospital (MGH) COVID-19 Treatment Guidance Version 9.0 10/22/2021 и COVID-19 Treatment Guidelines from <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>.

Терапевтичното поведение при хоспитализирани възрастни пациенти с COVID-19, се базира на тежестта на болестта.

- А) Хоспитализирани но не изискващи допълнително кислород – не се налага използването на **dexamethasone** или други кортикостероиди
- Б) Хоспитализирани и изискващи допълнително кислород:
- **Remdesivir** (при пациенти изискващи малко кислород);
 - **Remdesivir + dexamethasone** (при пациенти изискващи повишени количества от кислород);
 - **Dexamethasone** (когато комбинацията с remdesivir не може да бъде използвана или не е налична)
- В) Хоспитализирани и изискващи снабдяване с кислород чрез High-Flow Device или чрез неинвазивна вентилация – използва се една от следните две опции: 1) **Dexamethasone**; 2) **Dexamethasone + remdesivir**. При новопостъпили пациенти с бързо нарастваща нужда от кислород и системно възпаление се добавя или **baricitinib** или **tocilizumab i.v.** към една от двете опции, дадени по-горе. При липса на **baricitinib** или **tocilizumab**, може да се ползва **tofacitinib** вместо **baricitinib**, или да се използва **sarilumab i.v.** вместо **tocilizumab i.v.**
- Г) Хоспитализирани и изискващи инвазивна механична вентилация (ИМВ) или екстракорпорална мембранна оксигинация (ЕСМО) – **Dexamethasone**. За пациенти, приети в интензивните отделения (ICU) в рамките на 24 часа – **Dexamethasone + tocilizumab i.v.** Ако **tocilizumab i.v.** не е наличен, може да се използва **sarilumab i.v.**

При наличие на повишени чернодробни ензими (АСАТ, АЛАТ, ГГТП, АФ) при пациентите с COVID-19, задължително се търсят и други причини за чернодробното увреждане – HAV, HBV, HCV, HEV, AI hepatitis, CMV, EBV. Започнато антивирусно лечение за HBV или HCV, както и имunosупресивната терапия за AI хепатит, не се спират по време на COVID-19. Инфекцията с SARS-Cov-2 сама по себе си, не е котраиндикация за започване и провеждане на специфично лечение на хроничен вирусен хепатит или автоимунен хепатит. Същото се отнася и за възпалителните заболявания на червата, като болестта на Крон и Улцерозния колит.

Пациентите с декомпенсирана чернодробна цироза са с най-голям риск да развият остра върху хронична чернодробна недостатъчност на фона тежко протичащ COVID-19. Смъртността на това усложнение е много висока – над 50% в рамките на 45 дни и се увеличава с всяка нова добавена органна недостатъчност. За това лечение на пациентите с декомпенсирана чернодробна цироза трябва да се провежда съвместно със специалист гастроентеролог-хепатолог съгласно утвърдените правила на добрата клинична практика..

С Уважение:
/Проф. К. Антонов - Главен координатор
на Експертния съвет по гастроентерология /