

## ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В УСЛОВИЯХ ОБСЕРВАТОРА НА БАЗЕ СТУДЕНЧЕСКОГО ОБЩЕЖИТИЯ

О.Ю. Кузнецова, А.В. Мельцер, А.В. Любимова, Ж.В. Плешанова, О.С. Замятина,  
Н.В. Донецков, З.Р. Осинская

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Санкт-Петербург

© Коллектив авторов, 2020

Статья посвящена особенностям клинических проявлений и оценке тяжести течения новой коронавирусной инфекции у студентки вуза, перемещенной в обсерватор, который организован в общежитии гостиничного типа университета для предотвращения распространения инфекции COVID-19 среди обучающихся, проживающих в общежитиях. Приведены данные об эпидемиологическом анамнезе пациентки, результатах клинического наблюдения и обследования. Рассмотрены тактика ведения пациентки с подозрением на COVID-19 в амбулаторных условиях, клинические проявления, определившие показания к госпитализации, результаты обследования и лечения в стационаре, а также дальнейшее наблюдение в обсерваторе.

Новая коронавирусная инфекция может привести к быстрому ухудшению состояния у молодых пациентов, при этом показатели, свидетельствующие о поражении легких на 5-е сутки заболевания, не отражают реальную ситуацию. Устойчивая гипертермия и выраженная слабость с анорексией могут быть индикаторами осложненного течения заболевания, включая развитие гиперактивного воспалительного синдрома. Гипохромная анемия может стать еще одним заболеванием, создающим неблагоприятный фон для развития COVID-19. В связи с особенностями течения новой коронавирусной инфекции у молодых пациентов необходимо дальнейшее изучение этого вопроса.

**Ключевые слова:** COVID-19; организация медицинской помощи; показания для госпитализации; обсерватор; общежитие для студентов.

## FEATURES OF MANAGEMENT OF A PATIENT WITH A NEW CORONAVIRAL INFECTION IN THE OBSERVATOR ON THE BASIS OF STUDENT'S DORMITORY

O.Yu. Kuznetsova, A.V. Meltser, A.V. Liubimova, Zh.V. Pleshanova, O.S. Zamyatina,  
N.V. Donetskov, Z.R. Osinskaja

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

The article is devoted to the peculiarities of clinical manifestations and the severity of a new coronary virus infection in a university student transferred to an observatory organized in a hotel-type hostel to prevent the spread of COVID-19 among students living in hostels. The data on the epidemiological history of the patient, the results of clinical observation and examination are provided. The tactics of managing a patient with a suspected of COVID-19 on an outpatient basis, symptoms that determine the indications for hospitalization, the results of examination and treatment in a hospital, and further observation at the observatory are considered.

A new coronavirus infection can lead to a rapid deterioration in the condition of young patients, which does not correlate with indicators indicating lung damage on the 5<sup>th</sup> day of the disease. Persistent hyperthermia and severe weakness with anorexia can be indicators of the complicated course of the disease, including the development of hyperactive inflammatory syndrome. Hypochromic anemia can be another disease, which is an unfavorable background for the development of COVID-19. The course of the new coronavirus infection in young patients requires careful attention and further study.

**Keywords:** COVID-19; management and medical care; indications for admission to hospital; observatory at hostel.

## Введение

Коронавирусная инфекция — это группа острых инфекционных заболеваний, вызываемых различными серотипами коронавирусов. У людей коронавирус приводит к развитию ряда заболеваний — от легких форм острой респираторной инфекции до тяжелого острого респираторного синдрома. Коронавирус SARS-CoV-2 предположительно является рекомбинантным вирусом (коронавирус летучих мышей и неизвестный по происхождению коронавирус). Входными воротами возбудителя в организме человека служат эпителий верхних дыхательных путей и эпителиоциты желудка и кишечника. На начальном этапе заражения вирус SARS-CoV-2 проникает в клетки-мишени, обладающие рецепторами ангиотензинпревращающего фермента II типа (ACE2). Рецепторы ACE2 существуют на мембране клеток дыхательного тракта, почек, пищевода, мочевого пузыря, подвздошной кишки, сердца, центральной нервной системы. Именно эта особенность лежит в основе многообразных клинических проявлений, которые описаны на сегодняшний день у людей, заболевших острой коронавирусной инфекцией. Главной и быстро достижимой мишенью являются альвеолярные клетки II типа (AT2) легких, что определяет развитие повреждения легких и приводит к развитию пневмонии. Установлено, что диссеминация SARS-CoV-2 из системного кровотока или через пластинку решетчатой кости (*Lamina cribrosa*) может вызвать поражение головного мозга. Изменение обоняния (гипосмия) у больного на ранней стадии заболевания может свидетельствовать как о поражении центральной нервной системы, так и об отеке слизистой оболочки носоглотки. Многие аспекты патогенеза коронавирусной инфекции еще нуждаются в дальнейшем комплексном изучении [1]. С декабря 2019 г. по март 2020 г. наиболее широкое распространение SARS-CoV-2 получил в провинции Хубэй Китайской Народной Республики (КНР), которая стала эпицентром по количеству подтвержденных случаев заболевания (84 % общего числа случаев в КНР). С конца января 2020 г. во многих странах мира стали регистрировать случаи заболевания COVID-19, преимущественно связанные с поездками в КНР. В конце февраля 2020 г. резко осложнилась эпидемиологическая обстановка по COVID-19 в Южной Корее, Иране и Италии, что в дальнейшем привело к значительному росту числа случаев заболевания в других странах мира, связанных с поездками в эти страны. В связи с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией 11 марта 2020 г. Всемирная организация здравоохранения объявила о начале пандемии COVID-19 [2]. Основным источником инфекции — больной человек, в том

числе находящийся в инкубационном периоде заболевания.

Инфекция передается воздушно-капельным и контактным путями. Инкубационный период заболевания составляет от 2 до 14 сут (в среднем — 5–7 сут).

На момент написания статьи в Российской Федерации было зарегистрировано 621 000 человек с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией, летальность составила 8781 случай. В Санкт-Петербурге зарегистрировано 23 294 человека, у которых лабораторно подтверждена инфекция, из них 1008 человек умерло. По числу летальных исходов от COVID-19 Санкт-Петербург занимает третье место в Российской Федерации после Москвы и Московской области. В мире число выявленных случаев составило 9 620 000 человек, умерло 490 000 человек [3].

Наиболее распространенные клинические симптомы COVID-19 характерны и для других острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ):

- повышение температуры тела (>90 %);
- кашель — сухой или с небольшим количеством мокроты (80 %);
- одышка (55 %);
- утомляемость (44 %);
- ощущение заложенности в грудной клетке (>20 %).

Кроме того, среди первых симптомов у пациента могут быть снижение обоняния и вкуса (33,9–68,0 %) [4], признаки конъюнктивита (31,6 %) [5], а также миалгия (11 %), спутанность сознания (9 %), головная боль (8 %), кровохарканье (5 %), диарея (3 %), тошнота, рвота, сердцебиение. Эти симптомы в начале заболевания могут наблюдаться и при отсутствии повышения температуры тела. При поражении легких, которое проявляется на 6–7-е сутки заболевания, увеличивается частота дыхания, появляется одышка при физической нагрузке [2].

Классификации новой коронавирусной инфекции по степени основаны как на выраженности клинических симптомов, так и на данных пульсоксиметрии, компьютерной томографии (КТ) органов грудной клетки, имеющих решающее значение в определении объема поражения легких и их тяжести, уровне С-реактивного белка в сыворотке крови. Для оценки тяжести заболевания предложены различные прогностические шкалы, такие как SOFA (от англ. Sequential (Sepsis-related) Organ Failure Assessment), изначально предназначенная для прогнозирования поражения различных органов и систем у пациентов с сепсисом, находящихся в отделении реанимации и интенсивной терапии. Для прогнозирования заболевания у пациентов с новой коронавирусной инфекцией удобнее использовать упрощенную шкалу

qSOFA (quick — быстрый) [2]. Этот инструмент можно применять и в условиях амбулаторной помощи, так как учитывают всего три параметра: уровень сознания по шкале ком Глазго (нормальный показатель — 15 баллов), частоту дыхательных движений (ЧДД), уровень систолического артериального давления (АД). Если у пациента есть нарушения сознания (менее 15 баллов), ЧДД больше или равна 22 в минуту, уровень систолического АД ниже или равен 100 мм рт. ст., то оценка по шкале qSOFA составляет 3 балла. Это свидетельствует о том, что у пациента с COVID-19 смертельный исход в стационаре может наступить в 3–14 раз чаще из-за угрозы развития сепсиса, как следует из комментариев, приведенных в описании данной прогностической шкалы [6] (<https://www.mdcalc.com/qsofa-quick-sofa-score-sepsis>).

### Классификация новой коронавирусной инфекции по степени тяжести [1]

#### Легкое течение

- Температура тела ниже 38,5 °С, кашель, слабость, боли в горле, отсутствие критериев среднетяжелого и тяжелого течения, описанных ниже.

#### Среднетяжелое течение

- Лихорадка выше 38,5 °С, ЧДД более 22 в минуту. Одышка при физических нагрузках, пневмония, подтвержденная с помощью КТ легких. Сатурация кислорода ( $S_pO_2$ ) меньше 95 %. Уровень С-реактивного белка сыворотки крови более 10 мг/л.

#### Тяжелое течение

- ЧДД более 30 в минуту,  $S_pO_2 \leq 93\%$ ,  $p_aO_2/FiO_2 \leq 300$  мм рт. ст. Прогрессирование изменений в легких по данным рентгенографии, КТ, ультразвукового исследования (увеличение в объеме изменений в легких более чем на 50 % через 24–48 ч). Снижение уровня сознания, агитация. Нестабильная гемодинамика (систолическое АД менее 90 мм рт. ст. или диастолическое АД менее 60 мм рт. ст., диурез менее 20 мл/ч), содержание лактата артериальной крови  $>2$  ммоль/л, qSOFA  $>2$  балла.

#### Крайне тяжелое течение

- Острая дыхательная недостаточность с необходимостью респираторной поддержки (инвазивная вентиляция легких).

- Септический шок.
- Полиорганная недостаточность.

Определение тяжести течения заболевания крайне важно, так как на нем строится алгоритм оказания помощи на догоспитальном этапе, включая показания к госпитализации.

В документе, разработанном межведомственной медицинской рабочей группой при межведомственном городском координационном совете по противодействию распространению в Санкт-Петербурге новой коронавирусной инфекции (COVID-19), — «Методические рекомендации, алгоритмы действия медицинских работников на различных этапах оказания помощи, чек-листы и типовые документы, разработанные на период наличия и угрозы дальнейшего распространения новой коронавирусной инфекции в Санкт-Петербурге», 2-я версия от 10.06.2020 [7], сформулированы показания к госпитализации людей, контактировавших с пациентами, больных COVID-19 (или у которых лабораторно подтверждена инфекция COVID-19), или людей с ОРВИ в отсутствие контакта, но старше 65 лет и имеющих факторы риска. В их числе:

- состояние больного средней тяжести и тяжелое;
- лихорадка выше 38 °С, в том числе по данным анамнеза, если пациент принимал жаропонижающие препараты;
- ЧДД более 22 в минуту;
- парциальное давление кислорода  $<95\%$  по данным пульсоксиметрии;
- невозможность изоляции при проживании с лицами групп риска;
- беременность;
- дети в возрасте от 0 до 3 лет.

Дополнительный критерий — данные КТ, соответствующие II степени поражения и выше (более 25 % легочной ткани)

Пациенты моложе 65 лет без факторов риска, не контактировавшие с больными COVID-19, с клиническими проявлениями ОРВИ без признаков пневмонии лечатся амбулаторно. Однако в документе указано, что показания к госпитализации могут быть определены по тяжести состояния пациента в индивидуальном порядке.

Иными словами, госпитализация пациентам с новой коронавирусной инфекцией показана при заболевании среднетяжелой и тяжелой степеней тяжести.

Следует обратить внимание, что на основании данных, опубликованных китайскими специалистами, у 80 % пациентов заболевание протекало в легкой форме ОРВИ [8]. Средний возраст пациентов составлял 51 год, наиболее тяжелые формы развивались у людей пожилого возраста (60 лет и старше). У заболевших наиболее часто встречались такие сопутствующие заболевания, как сахарный диабет (в 20 %), артериальная гипертензия (в 15 %), другие сердечно-сосудистые заболевания (15 %), которые влияли на прогноз заболевания. Только 20 % подтвержденных случаев заболевания, зарегистрированных в КНР, были классифицированы как тяжелые (из них

5 % пациентов находились в критическом состоянии). При тяжелом течении часто наблюдались быстро прогрессирующая пневмония, острая дыхательная недостаточность, острый респираторный дистресс-синдром, сепсис и септический шок.

В настоящее время уже накоплен отечественный опыт ведения пациентов с новой коронавирусной инфекцией, который будет подвергнут тщательному анализу, и в ближайшем будущем мы увидим большое количество публикаций. Однако наш клинический случай интересен тем, что пациентка находилась под медицинским наблюдением в обсерваторе, размещенном в одном из блоков общежития гостиничного типа. Эта мера была необходима для противодействия распространению инфекции COVID-19 среди студентов, проживающих в трех общежитиях СЗГМУ им. И.И. Мечникова, за которыми с середины марта было установлено медицинское наблюдение для выявления лиц с лихорадкой и другими симптомами ОРВИ, так как их своевременная изоляция является важнейшим противоэпидемическим мероприятием. С этой целью и был открыт обсерватор в соответствии с приказом ректора университета от 21.04.2020. Круглосуточное медицинское наблюдение за обучающимися осуществляли ординаторы кафедр семейной медицины и инфекционных болезней под руководством заведующего Центром семейной медицины и заведующего кафедрой семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Эпидемиологические мероприятия проводились под руководством профессора кафедры эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии. Помимо контактных лиц по COVID-19 в обсерватор переводили обучающихся с клиническими проявлениями, характерными для новой коронавирусной инфекции, а также выписанных на амбулаторное лечение после пребывания в стационаре.

### Описание клинического случая

Студентка 4-го курса лечебного факультета СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 1999 года рождения, была переведена в обсерватор 25.05.20 в связи с повышением температуры до 39,6 °С и жалобами на сильную слабость. Какие-либо другие симптомы отсутствовали.

При осмотре пациентка жаловалась на сильную слабость, сонливость, повышение температуры тела до 39,6 °С. На фоне приема парацетамола температура снижалась до 38,3 °С. Пациентка правильного телосложения, рост — 165 см, масса тела — 68 кг, кожные покровы обычной окраски, чистые, частота сердечных сокращений — 72 в минуту, АД — 110/70 мм рт. ст., частота дыхания — 17 в минуту, при аускультации

легких дыхание везикулярное, хрипов нет, при перкуссии ясный легочный звук, сатурация кислорода — 98 % (нормальный показатель). Живот симметричный, мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Печень, селезенка не пальпируются. Язык влажный, чистый. Стул, мочеиспускание в норме (со слов пациентки). Симптом поколачивания по пояснице отрицательный с двух сторон. Почки не пальпируются. Из анамнеза известно, что в детстве болела ветряной оспой и чесоткой. В 2017 г. при профилактическом осмотре в поликлинике СЗГМУ им. И.И. Мечникова была впервые выявлена гипохромная анемия легкой степени тяжести (гемоглобин — 119 г/л), при последующем обследовании в 2018 г. показатели крови находились в пределах нормы, но в феврале 2020 г. было вновь выявлено снижение уровня гемоглобина до 111 г/л, в связи с чем было назначено дополнительное обследование и лечение, но лечение не было проведено. В 2019 г. вакцинацию от гриппа не делала.

При сборе эпидемиологического анамнеза установлено, что студентка получила направление на производственную летнюю практику в один из городских стационаров, частично перепрофилированных для лечения пациентов с инфекцией COVID-19 в соответствии с заявкой данной медицинской организации. Была распределена на отделение, в котором, со слов администрации, не находились пациенты с подтвержденной инфекцией COVID-19. Студентке для работы с пациентами были выданы одноразовая шапочка, маска и перчатки (один комплект на всю смену). Студентка отработала одну дневную смену 13.05.20 и одну суточную с 22.05.20 по 23.05.20 на отделении, где, со слов, находились и пациенты с COVID-19. Утром 23.05.20 после дежурства почувствовала резкое ухудшение самочувствия в виде выраженной слабости и повышения температуры тела до 38,5 °С. Таким образом, в данном случае, инкубационный период может составлять от 1 до 10 сут. В комнате в общежитии проживала одна, что позволяло соблюдать условия изоляции. Помимо обучения в университете работала ночным продавцом-консультантом в аптеке с марта по май 2020 г. (последний рабочий день — 12 мая). Со слов пациентки, в течение ночи обслуживает в среднем до 15 человек, работала в маске и перчатках, все покупатели посещали аптеку в масках.

В обсерваторе за период наблюдения с 25.05.2020 по 26.05.2020 стойко сохранялась гипертермия до 38–39 °С, которая не купировалась парацетамолом, нарастала слабость при отсутствии каких-либо изменений со стороны ЧДД и сатурации кислорода, которая оставалась в пределах нормальных значений. Были назначены витамин С в дозе по 500 мг 2 раза в день и витамин D в дозе 4000 МЕ 1 раз в день в качестве

средств лечения в соответствии с протоколом, основанным на опыте американских врачей [9]. Для купирования лихорадки вечером 26.05.20 была внутримышечно введена литическая смесь — раствор метамизола натрия (анальгин) 50 % 2 мл, раствор дроперидина 2 % 2 мл (Но-Шпа®), раствор Димедрола® 1 % 1 мл, что привело к снижению температуры тела до 38,6 °С.

В связи с появлением сухого кашля 26.05.20 был назначен азитромицин в дозе 500 мг однократно как антибактериальный препарат, оказывающий противовоспалительное действие [10]. 27.05.20 был взят мазок из носо- и ротоглотки для лабораторного исследования на COVID-19 в лаборатории НИИ микологии им. П.Н. Кашкина (ответ получен 29.05.20 — COVID+).

Несмотря на проводимую терапию, 27.05.20 усилилась слабость, появилась головная боль, а 28.05.20 развилась анорексия (отсутствие аппетита и отказ от приема пищи). Изменяющиеся состояния были расценены как нарастающая интоксикация, обусловленная вирусной пневмонией. При этом не нарастала ЧДД, не снижались показатели сатурации кислорода, на основании которых оценивают тяжесть течения заболевания и решают вопрос о госпитализации. Состояние пациентки можно было трактовать как среднетяжелое, но по клиническим проявлениям оно не укладывалось в картину среднетяжелого течения инфекции COVID-19 в связи с отсутствием одышки, снижения показателя сатурации кислорода [5]. Тем не менее утром 28.05.20 была вызвана скорая помощь. Однако в течение 12 ч госпитализировать пациентку не удалось в связи с перегрузкой службы скорой помощи города. Бригада скорой помощи прибыла только после личных переговоров с представителем городского комитета по здравоохранению, в результате чего пациентка была госпитализирована в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» на отделение № 6 для инфекционных больных.

В день поступления пациентке была проведена КТ органов грудной клетки (на 5-е сутки от начала заболевания), на которой была выявлена двусторонняя полисегментарная вирусная

пневмония средней тяжести (II степень тяжести — 39 % поражения), что подтвердило необходимость госпитализации. Пациентке было назначено лечение: азитромицин, раствор надропарина кальция по 0,6 мл подкожно (низкомолекулярный гепарин), гидроксихлорохин в дозе 200 мг по 2 таблетки 2 раза в день 28.05.20, с 29.05.20 по 03.06.20 получала гидроксихлорохин по 1 таблетке 2 раза в день под контролем электрокардиограммы (препарат включен в методические рекомендации МЗ РФ от 28.05.20 в качестве этиотропной терапии новой коронавирусной инфекции) [7]. Несмотря на проводимую терапию 30.05.20 состояние пациентки ухудшилось: отмечено увеличение ЧДД до 28 в минуту, снижение сатурации кислорода до 93 %. На повторной КТ выявлено увеличение объема поражения легких до 56 % в течение 48 ч (III степень тяжести по КТ). В связи с ухудшением динамики по данным КТ, нарастанием дыхательной недостаточности, высоким уровнем С-реактивного белка (58 мг/л), изменениями со стороны крови в виде нейтропении, свидетельствовавшими о развитии гиперреактивного синдрома (так называемого цитокинового шторма), пациентке в рамках клинических испытаний был назначен препарат левилимаб в дозе 324 мг подкожно в течение 3 дней. На фоне лечения наблюдались стойкое снижение температуры, разрешение дыхательной недостаточности, положительная рентгенологическая динамика, нормализация показателей «острофазовой» активности (см. таблицу).

В связи с улучшением состояния пациентка была выписана на амбулаторное лечение и наблюдение 09.06.20 с диагнозом «U07.1 COVID-19, вирус идентифицирован (ПЦР+ от 01.06.20), тяжелое течение». Осложнения: внебольничная полисегментарная пневмония вирусной этиологии, тяжелое течение 28.05.20 (КТ-2 — 39 % поражения), прогрессирование 30.05.20 (КТ-3 — 56 % поражения), разрешение 08.06.20. Дыхательная недостаточность II степени от 30.05.20, разрешение 08.06.20.

Гипервоспалительный синдром от 30.05.20. Нейтропения III степени от 03.06.20, анемия воспаления I степени от 04.06.20.

*Динамика показателей анализа крови и С-реактивного белка в период пребывания в стационаре по данным выписных документов*

Показатель	28.05.20	02.06.20	04.06.20	05.06.20
Гемоглобин, г/л	103,1	113	111,5	112,1
Гематокрит, %	28,4	32,9	34,8	35,9
МСН, пг	26,4	25,2	24,3	23,9
Лимфоциты, %	24,3	39,7	39,0	31,9
Лейкоциты, $\times 10^9$	2,6	2,4	3,3	4,4
С-реактивный белок, мг/л	24,46	49,89	4,54	3,11

После выписки из стационара пациентка поступила в обсерватор для наблюдения в течение 14 дней. С момента поступления до выписки из обсерватора жалоб нет, самочувствие удовлетворительное, получала витаминотерапию (витамины С и D), выполняла рекомендуемую дыхательную гимнастику. Запланирован контроль КТ органов грудной клетки в плановом порядке через 30 дней после первого исследования.

### Заключение

Новая коронавирусная инфекция может привести к быстрому ухудшению состояния у молодых пациентов, которое не коррелирует с показателями, свидетельствующими о поражении

легких на 5-е сутки заболевания. Устойчивая гипертермия и выраженная слабость с анорексией могут быть индикаторами осложненного течения заболевания, включая развитие гиперактивного воспалительного синдрома. Гипохромная анемия может стать еще одним заболеванием, формирующим неблагоприятный фон для развития COVID-19. В силу особенности течения новой коронавирусной инфекции у молодых пациентов необходимо дальнейшее изучение этого вопроса. Важную роль в профилактике заражения медицинских работников, служащих в медицинских организациях, полностью не перепрофилированных для лечения пациентов с COVID-19, играет полноценная индивидуальная защита.

### Литература

1. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 6 (28.04.2020). [Vremennyye metodicheskiye rekomendatsii. Profilaktika, diagnostika i lecheniye novoy koronavirusnoy infektsii (COVID-19). Version 6 (28.04.2020). (In Russ.)]. Доступно по: [https://static-1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/050/116/original/28042020\\_%D0%9CR\\_COVID-19\\_v6.pdf](https://static-1.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/050/116/original/28042020_%D0%9CR_COVID-19_v6.pdf). Ссылка активна на 12.05.2020.
2. WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic [cited 11 March 2020]. Available from: <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic>.
3. Официальный сайт Минздрава России. Коронавирус — симптомы, признаки, общая информация, ответы на вопросы. [Ministry of Health of Russia. Coronavirus — simptoms, priznaki, obshchaya informatsiya, otvety na voprosy. (In Russ.)]. Доступно по: <https://covid19.rosminzdrav.ru/>. Ссылка активна на 12.05.2020.
4. Meng X, Deng Y, Dai Z, Meng Z. COVID-19 and anosmia: A review based on up-to-date knowledge. *Am J Otolaryngol*. 2020;41(5):102581. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2020.102581>.
5. Lai C-C, Ko W-C, Lee P-I, et al. Extra-respiratory manifestations of COVID-19. *Int J Antimicrob Agents*. 2020;106024. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.106024>.
6. qSOFA (Quick SOFA) score for sepsis. Available from: <https://www.mdcalc.com/qsoba-quick-sofa-score-sepsis>.
7. Методические рекомендации, алгоритмы действия медицинских работников на различных этапах оказания помощи, чек-листы и типовые документы, разработанные на период наличия и угрозы дальнейшего распространения новой коронавирусной инфекции в Санкт-Петербурге. Версия 2,0 от 10.06.2020. [Metodicheskiye rekomendatsii, algoritmy deystviya meditsinskikh rabotnikov na razlichnykh etapakh okazaniya pomoshchi, chek-listy i tipovyye dokumenty, razrabotannyye na period nalichiya i ugrozy dal'neyshego rasprostraneniya novoy koronavirusnoy infektsii v Sankt-Peterburge. Version 2,0 (10.06.2020). (In Russ.)]. Доступно по: <http://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/covid2019spb.pdf>. Ссылка активна на 12.05.2020.
8. The novel coronavirus pneumonia emergency response epidemiology team. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel Coronavirus Diseases (COVID-19) — China, 2020. *China CDC Weekly*. 2020;2(8):113-122. <https://doi.org/10.46234/ccdcw2020.032>.
9. EVMS Critical care protocol COVID19 [cited 17 June 2020]. Available from: [https://www.evms.edu/media/evms\\_public/departments/internal\\_medicine/EVMS\\_Critical\\_Care\\_COVID-19\\_Protocol.pdf](https://www.evms.edu/media/evms_public/departments/internal_medicine/EVMS_Critical_Care_COVID-19_Protocol.pdf).
10. Banjanac, Kos VM, Nujić K. Anti-inflammatory mechanism of action of azithromycin in LPS-stimulated J774A.1 cells. *Pharmacol Res*. 2012;66(4):357-362. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2012.06.011>.

**Для цитирования:** Кузнецова О.Ю., Мельцер А.В., Любимова А.В., и др. Особенности ведения пациента с новой коронавирусной инфекцией в условиях обсерватора на базе студенческого общежития // Российский семейный врач. – 2020. – Т. 24. – № 2. – С. 45–51. <https://doi.org/10.17816/RFD34875>.

**For citation:** Kuznetsova OYu, Meltser AV, Liubimova AV, et al. Features of mahagment of a patient with a new coronaviral infection in the observator on the basis of student's dormitory. *Russian Family Doctor*. 2020;24(2):45-51. <https://doi.org/10.17816/RFD34875>.

*Информация об авторах*

*Ольга Юрьевна Кузнецова* — д-р мед. наук, профессор, заведующая кафедрой семейной медицины. ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: olga.kuznetsova@szgmu.ru.

*Александр Витальевич Мельцер* — д-р мед. наук, проректор по развитию регионального здравоохранения и медико-профилактическому направлению, заведующий кафедрой профилактической медицины и охраны здоровья. ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: Aleksandr.Meltcer@szgmu.ru.

*Анна Викторовна Любимова* — д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии. ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: lubimova@gmail.com.

*Жанна Владимировна Плешанова* — заведующий Центром семейной медицины, врач общей практики (семейный врач). ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: zhanna.pleshanova@szgmu.ru.

*Ольга Сергеевна Замятина* — врач-терапевт участковый, ординатор кафедры инфекционных болезней. ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: olyazamiatina@yandex.ru.

*Никита Викторович Донецков* — врач-терапевт участковый, ординатор кафедры семейной медицины. ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: nikdonetskov@gmail.com.

*Зоя Руслановна Осинская* — ординатор кафедры семейной медицины. ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург. E-mail: zoya.osinskaya@gmail.com.

*Information about the authors*

*Olga Yu. Kuznetsova* — DSc, Professor, Head of the Department of Family Medicine. North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia. E-mail: olga.kuznetsova@szgmu.ru.

*Alexander V. Meltser* — MD, PhD, DSc, Vice-Rector for Preventive Medicine, Head of the Department of the Preventive Medicine and Health Protection. North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia. E-mail: Aleksandr.Meltcer@szgmu.ru.

*Anna V. Lubimova* — PhD, Professor of Epidemiology Department. North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia. E-mail: lubimova@gmail.com.

*Zhanna V. Pleshanova* — Head of Family Medicine Center, general practitioner (family medicine physician). North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia. E-mail: zhanna.pleshanova@szgmu.ru.

*Nikita V. Donetskov* — district physician, resident of the Department of Family Medicine. North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia. E-mail: nikdonetskov@gmail.com.

*Olga S. Zamyatina* — district physician, resident of Infectious diseases Department. North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia. E-mail: olyazamiatina@yandex.ru.

*Zoya R. Osinskaya* — resident of the Department of Family Medicine. North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia. E-mail: zoya.osinskaya@gmail.com.