



ПРАВИТЕЛЬСТВО КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КУРГАНСКОЙ ОБЛАСТИ
ПРИКАЗ

от 27 марта 2020 г. № 314
г. Курган

**О мерах по организации оказания медицинской помощи
беременным, роженицам, родильницам, женщинам с
гинекологическими заболеваниями при подозрении или выявлении
острых респираторных вирусных инфекций,
в том числе новой коронавирусной инфекцией COVID-19,
на территории Курганской области**

В целях повышения эффективности организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения Курганской области, женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде с острыми респираторными вирусными инфекциями (далее - ОРВИ), в том числе с новой коронавирусной инфекцией COVID-19,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить схему оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с ОРВИ, в том числе с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения Курганской области, согласно приложению 1 к настоящему приказу.

2. Утвердить схему оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями, в том числе с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения Курганской области, согласно приложению 2 к настоящему приказу.

3. Руководителям медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения Курганской области обеспечить:

1) организацию оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с ОРВИ, в том числе новой коронавирусной инфекцией COVID-19, в соответствии с Листом маршрутизации женщин в период беременности, родов и послеродовом периоде в условиях рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 согласно приложению 3 к настоящему приказу;

2) информирование всех беременных, рожениц и родильниц о незамедлительном обращении за медицинской помощью при первых признаках и симптомах ОРВИ, в том числе новой коронавирусной инфекции COVID-19, и о необходимости лечения на ранней стадии заболевания;

3) оказание медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в соответствии с Временными методическими рекомендациями «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19» Версия 4 (27.03.2020);

4) ежедневное в 9-00 часов и в 16-00 часов информирование Государственного бюджетного учреждения (далее – ГБУ) «Курганский областной перинатальный центр» о заболевших беременных, роженицах и родильницах новой коронавирусной инфекцией COVID-19 по форме согласно приложению 4 к настоящему приказу (по электронной почте E-mail: kurgan-perinatal@mail.ru с пометкой «для Горячок И.Г.»).

4. Главному врачу ГБУ «Курганский областной перинатальный центр» (Осина Т.А.):

1) обеспечить проведение телемедицинских консультаций (далее - ТМК) в круглосуточном режиме с Федеральным дистанционным консультативным центром анестезиологии – реаниматологии для беременных по вопросам диагностики и лечения инфекционного заболевания, вызванного коронавирусом штамма COVID-19, на базе Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения РФ в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 марта 2020 года № 246н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 года №198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19»;

2) госпитализировать женщин с патологией беременности в сроке до 21 недели по территориальному принципу (женская консультация поликлиники ГБУ «Перинатальный центр») в гинекологическое отделение ГБУ «Перинатальный центр»

5. Главному врачу ГБУ «Курганская больница №2» (Притчин А.Ю.):

1) развернуть экстренный родильный зал и операционную для родоразрешения рожениц с подозрением на COVID-19 или лабораторно подтвержденным;

2) осуществлять госпитализацию пациенток с гинекологическими заболеваниями с COVID-19, госпитализировать в гинекологическое отделение ГБУ «Курганская больница №2»;

3) развернуть 20 гинекологических коек круглосуточного пребывания на площадях родильного дома для оказания медицинской помощи женщинам с патологией беременности в сроке до 21 недели по территориальному принципу (женская консультация ГБУ «Курганская больница №2» и женская консультация ГБУ «Курганская поликлиника №1») и 2 койки дневного стационара для проведения медицинских аборт и лечебно-диагностических выскабливаний.

6. Главному врачу ГБУ «Курганская областная клиническая больница» (Мысливцев С.В.) согласно приложение 2 к настоящему приказу:

1) обеспечить оперативное родоразрешение беременных с экстрагенитальной патологией;

2) развернуть дополнительно 11 коек на площадях гинекологического отделения для оказания экстренной медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями;

3) обеспечить круглосуточное дежурство врача акушера-гинеколога;

4) организовать работу операционной в круглосуточном режиме для оказания помощи женщинам с гинекологической патологией.

7. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя директора Департамента здравоохранения Курганской области.

Директор Департамента здравоохранения
Курганской области



Л.И. Кокорина

Исп. Горячок И.Г.
43-73-34

Разослано по списку (см. оборот)

Приложение 1
к приказу Департамента
здравоохранения Курганской области
от 27 марта 2020 года № 314
«О мерах по организации оказания
медицинской помощи беременным,
роженицам, родильницам, женщинам
с гинекологическими заболеваниями при
подозрении или выявлении острых
респираторных вирусных инфекций, в том
числе новой коронавирусной инфекцией
COVID-19, на территории Курганской
области»

Схема оказания медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам с острой респираторной вирусной инфекцией, в том числе с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, в медицинских организациях, подведомственных Департаменту здравоохранения Курганской области

1. Медицинская помощь беременным и родильницам при заболеваниях острой респираторной вирусной инфекцией (далее - ОРВИ), гриппом, с неотягощенным эпидемиологическим анамнезом по COVID-19:

1) в легкой форме:

а) при выявлении беременных и родильниц с симптомами заболеваний ОРВИ, гриппом в легкой форме в женской консультации, врач акушер-гинеколог или акушерка передает актив врачу-терапевту участковому в территориальную поликлинику, на период заболевания ежедневно осуществляет активный патронаж пациентки на дому;

б) обеспечить незамедлительную передачу сведений о беременных, роженицах и родильницах в ГБУ «Курганский областной перинатальный центр» согласно приложению 4 к настоящему приказу.

2) при средней и тяжелой степени тяжести ОРВИ, гриппа, с неотягощенным эпидемиологическим анамнезом по COVID-19, беременные, роженицы и родильницы госпитализируются в родильный дом Государственного бюджетного учреждения (далее – ГБУ) «Курганская больница №2» (город Курган, улица Советская, 161), через приемный покой, предназначенный для приема больных с ОРВИ, гриппом.

3) в случаях преждевременных родов (независимо от срока беременности) роженицы с признаками ОРВИ, гриппа с неотягощенным эпидемиологическим анамнезом по COVID-19 подлежат госпитализации в родильный дом ГБУ «Курганская больница №2» (город Курган, улица Советская, 161), через приемный покой, предназначенный для приема больных с ОРВИ, гриппом.

2. При пневмониях с неотягощенным эпидемиологическим анамнезом беременные, роженицы и родильницы госпитализируются в ГБУ «Курганская областная клиническая больница» через приемный покой, предназначенный для приема больных с ОРВИ.

3. Беременные, роженицы и родильницы с подтвержденным лабораторным исследованием на новую коронавирусную инфекцию COVID-19:

1) госпитализируются в ГБУ «Курганская больница №2»;

2) роженицы, имеющие подтвержденный эпидемиологический анамнез по COVID-19, для родоразрешения транспортируются в ГБУ «Курганская больница №2», откуда делается вызов через ГБУ «Курганский центр медицины катастроф» бригады

РКЦН ГБУ «Перинатальный центр» для оказания экстренной медицинской помощи новорожденному на месте;

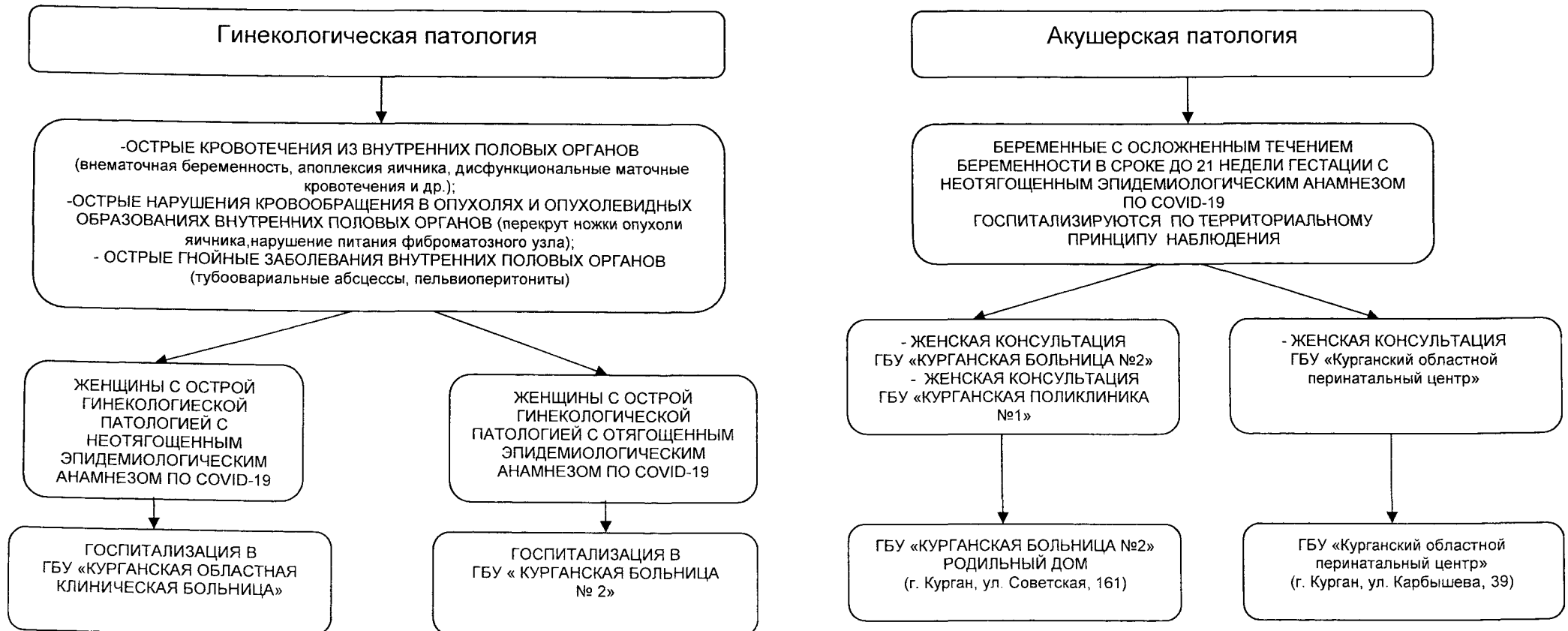
3) при выздоровлении беременные пациентки выписываются из стационара с отметкой в диспансерной книжке беременной женщины и последующим родоразрешением в соответствии с местом наблюдения и учета беременной женщины.

4. В случае экстренного родоразрешения на всех уровнях медицинских учреждений родильницы с подтвержденным лабораторным анализом на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в последующем госпитализируются в ГБУ «Курганская больница №2».

5. Новорожденные от матерей с подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией COVID-19 или при установленном диагнозе COVID-19 госпитализируются в ГБУ «Курганская областная детская больница им. Красного Креста».

Приложение 2
к приказу Департамента здравоохранения
Курганской области
от 24 марта 2020 года № 314
«О мерах по организации оказания медицинской
помощи беременным, роженицам, родильницам,
женщинам с гинекологическими заболеваниями при
подозрении или выявлении острых респираторных
вирусных инфекций, в том числе новой
коронавирусной инфекцией COVID-19, на территории
Курганской области»

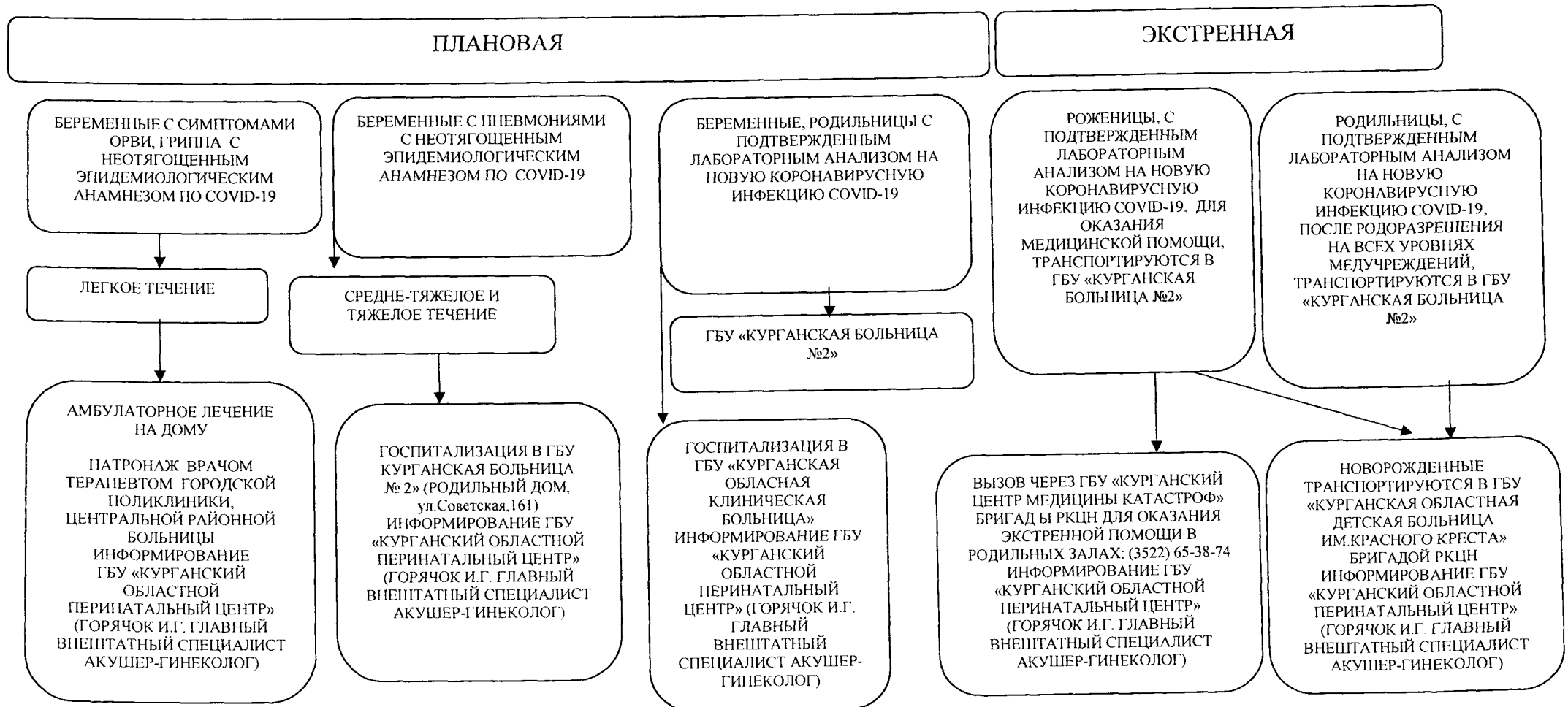
**Схема оказания медицинской помощи женщинам с гинекологическими заболеваниями, в том числе с новой
коронавирусной инфекцией COVID-19, в медицинских организациях, подведомственных Департаменту
здравоохранения Курганской области**



Приложение 3

к приказу Департамента здравоохранения Курганской области от 27 марта 2020 года № 314
 «О мерах по организации оказания медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам, женщинам с гинекологическими заболеваниями при подозрении или выявлении острых респираторных вирусных инфекций, в том числе новой коронавирусной инфекцией COVID-19, на территории Курганской области»

**Лист маршрутизации женщин в период беременности, родов и в послеродовом периоде
 в условиях рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19**



Приложение 4
к приказу Департамента
здравоохранения Курганской области
от 27 марта 2020 года № 314
«О мерах по организации оказания
медицинской помощи беременным,
роженицам, родильницам, женщинам
с гинекологическими заболеваниями при
подозрении или выявлении острых
респираторных вирусных инфекций, в том
числе новой коронавирусной инфекцией
COVID-19, на территории Курганской
области»

**Информация о заболевших беременным, роженицам и родильницам
новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)**

Ф.И.О.	Дата заболевания	Диагноз на момент передачи информации	Место нахождения пациентки	Тяжесть состояния

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА,
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
(COVID-19) ВЕРСИЯ 4 (27.03.2020)**

Оказание медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в соответствии с Временными методическими рекомендациями

1. Этиотропное лечение у беременных, рожениц и родильниц.

1. Этиотропное лечение COVID-19 женщин в период беременности и кормления грудью в настоящее время не разработано. Рекомбинантный интерферон бета-1b противопоказаны к применению во время беременности. Однако в качестве этиотропной терапии возможно назначение противовирусных препаратов с учетом их эффективности против нового коронавируса по жизненным показаниям. В остальных случаях следует учитывать их безопасность при беременности и в период грудного вскармливания.

Назначение препаратов лопинавир+ритонавир возможно, в случае если предполагаемая польза для матери превосходит потенциальный риск для плода: 400 мг лопинавира + 100 мг ритонавира назначаются каждые 12 часов в течение 14 дней в таблетированной форме. В случае невозможности перорального приема эти препараты (400 мг лопинавира + 100 мг ритонавира) вводятся через назогастральный зонд в виде суспензии (5 мл) каждые 12 часов в течение 14 дней. Лечение должно быть начато как можно раньше, что в большей степени обеспечивает выздоровление.

Противовирусные препараты беременным с тяжелым или прогрессирующим течением заболевания необходимо назначать и в более поздние сроки от начала заболевания. При назначении противовирусных препаратов кормящим женщинам решение вопроса о продолжении грудного вскармливания зависит от тяжести состояния матери.

2. Патогенетическое лечение

Достаточное количество жидкости (2,5-3,5 литра в сутки и более, если нет противопоказаний по соматической патологии). При выраженной интоксикации, а также при дискомфорте в животе, тошноте и/или рвоте показаны энтеросорбенты (диоксид кремния коллоидный, полиметилсилоксанаполигидрат и другие). У пациентов в тяжелом состоянии (отделения реанимации и интенсивной терапии) при наличии показаний проводится инфузионная терапия под обязательным контролем состояния пациента, включая артериальное давление, аускультативную картину легких, гематокрит (не ниже 0,35 л/л) и диурез.

Следует с осторожностью подходить к инфузионной терапии, поскольку избыточные трансфузии жидкостей могут ухудшить насыщение крови кислородом, особенно в условиях ограниченных возможностей искусственной вентиляции легких, а также спровоцировать или усугубить проявления ОРДС. В патогенезе ОРДС вследствие инфекции COVID-19 основную роль играет избыточный ответ иммунной системы со стремительно развивающимся фатальным цитокиновым штормом.

Проведенные исследования показали, что смертность при COVID-19 ассоциирована в том числе с повышением уровня интерлейкина-6 (ИЛ-6). Некоторые ингибиторы рецепторов ИЛ-6 широко используются для лечения ревматоидного артрита, среди которых тоцилизумаб и сарилумаб. Более всех у пациентов с COVID-19 в КНР изучен тоцилизумаб, который применялся при тяжелом респираторном дистресс-синдроме с признаками цитокинового шторма и позволял у большинства достичь нормализации температуры тела, снижения выраженности клинических симптомов и потребности в кислороде уже после однократного введения препарата (400 мг внутривенно капельно). С целью профилактики отека головного мозга и отека легких пациентам целесообразно проводить инфузионную терапию на фоне форсированного

диуреза (фуросемид 1% 2–4 мл в/м или в/в болюсно). С целью улучшения отхождения мокроты при продуктивном кашле назначают мукоактивные препараты (ацетилцистеин, амброксол, карбоцистеин). Бронхолитическая ингаляционная терапия (с использованием небулайзера) с использованием сальбутамолом, фенотеролом, с применением комбинированных средств (ипратропия бромид+фенотерол) целесообразна при наличии бронхообструктивного синдрома.

Патогенетическое лечение у беременных, рожениц и родильниц жаропонижающим препаратом первого выбора является парацетамол, который назначается по 500-1000 мг до 4 раз в день (не более 4 г в сутки). В первом и втором триместрах беременности может быть назначен целекоксиб (по 100-200 мг 2 раза в день в течение 3-5 дней; максимальная суточная доза при длительном приеме – 400 мг). В третьем триместре беременности целекоксиб противопоказан.

3. Симптоматическое лечение

Симптоматическое лечение включает: купирование лихорадки (жаропонижающие препараты – парацетамол); - комплексную терапию ринита и/или ринофарингита (увлажняющие/элиминационные препараты, назальные деконгестанты); - комплексную терапию бронхита (мукоактивные, бронхолитические и прочие средства). Жаропонижающие назначают при температуре выше 38,0-38,5°C.

При плохой переносимости лихорадочного синдрома, головных болях, повышении артериального давления и выраженной тахикардии (особенно при наличии ишемических изменений или нарушениях ритма) жаропонижающие препараты используют и при более низких цифрах.

Наиболее безопасным препаратом является парацетамол. Для местного лечения ринита, фарингита, при заложенности и/или выделениях из носа начинают с солевых средств для местного применения на основе морской воды (изотонических, а при заложенности – гипертонических).

В случае их неэффективности показаны назальные деконгестанты. При неэффективности или выраженных симптомах могут быть использованы различные растворы с антисептическим действием.

Симптоматическое лечение у беременных, рожениц и родильниц

Во время беременности (I, II и III триместры), в послеродовом и постабортном периоде возможно применение муколитических средств (амброксол 2–3 мл с изотоническим раствором в соотношении 1:1 2–3 раза в день) и бронходилататоров (ипратропия бромид + фенотерол по 20 капель в 2– 4 мл изотонического раствора 2 раза в день). Во время беременности (I, II и III триместры), в послеродовом и постабортном периоде в качестве бронходилататора также может применяться сальбутамол (2,5–5 мг в 5 мл изотонического раствора 2 раза в день). Необходимым компонентом комплексной терапии является адекватная респираторная поддержка. Показатели сатурации кислорода должны определяться у всех беременных с клиникой острого респираторного заболевания и/или с пневмонией. Показаниями для перевода ОРИТ при коронавирусной инфекции являются быстро прогрессирующая ОДН (ЧД > 25 в 1 мин, SpO2 < 92%, а также другая органная недостаточность (2 и более балла по шкале SOFA).

4. Антибактериальная терапия при осложненных формах инфекции

Пациентам поступающих с диагнозом «пневмония тяжелого течения», до момента уточнения этиологии пневмонии (вирусная, бактериальная, вируснобактериальная), в режиме упреждающей терапии должна быть назначена антимикробная терапия одним из следующих препаратов: амоксициллин/клавулановая кислота, респираторный фторхинолон (левофлоксацин, моксифлоксацин), цефалоспорин 3 поколения (цефотаксим, цефтриаксон), цефтаролин фосамил. Последующее принятие решения об изменении или отмене антибактериальной терапии должно быть основано на данных микробиологического исследования и ПЦР.

При выделении золотистых стафилококков из отделяемого дыхательных путей (образец, взятый при аспирации из трахеи и бронхов, проведении бронхо-альвеолярного лаважа) или крови и интерпретации их в качестве возбудителей пневмонии или сепсиса, рекомендуется назначение оксациллина (суточная доза – 12 граммов) или цефазолина (суточная доза 6 граммов). При выделении резистентных к метициллину золотистых стафилококков (MRSA), что является очень редким феноменом для внебольничной пневмонии в РФ и требует определенных анамнестических данных (недавнее посещение США), назначают ванкомицин (суточная доза 2 г), цефтаролин (суточная доза 1,8 г), линезолид (суточная доза 1,2 г). Наиболее универсальными антибиотиками для лечения тяжелой бактериальной пневмонии являются цефтаролин и линезолид, так как обладают высокой активностью отношении пневмококков (чувствительных и резистентных к пенициллину) и стафилококков (чувствительных и резистентных к метициллину).

Необходимо иметь ввиду высокую микробиологическую чувствительность, но низкую клиническую эффективность применения ванкомицина в лечении пневмонии вызванной золотистыми стафилококками, чувствительными к метициллину. В отношении линезолида необходимо учитывать низкую сывороточную концентрацию препарата и, следовательно, ограниченность его использования при пневмонии, сопровождающейся бактериемией (септическая форма).

При необходимости лечения пневмонии, возникшей при проведении искусственной вентиляции легких для лечения ОРДС взрослых или полиорганной недостаточности, решение о выборе и назначении антибактериальных препаратов принимается с учетом необходимости подавления нозокомиальной бактериальной флоры по данным микробиологического мониторинга и характера предшествующей антимикробной терапии.

Особенности антибактериальной терапии у беременных, рожениц и родильниц. При осложненных формах инфекции антибактериальная терапия должна быть назначена в течение первых 2-3 часов после госпитализации.

Пациенткам с тяжелым течением заболевания антибактериальные препараты вводятся внутривенно.

При вторичной вирусно-бактериальной пневмонии (наиболее вероятные возбудители – *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* и *Haemophilus influenzae*) предпочтительнее использовать следующие схемы антибиотикотерапии:

- цефалоспорин III поколения ± макролид;
- защищенный аминопенициллин ± макролид;

При третичной бактериальной пневмонии (наиболее вероятные возбудители – метициллинрезистентные штаммы *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*) обосновано назначение следующих препаратов (в различных комбинациях):

- цефалоспорин IV поколения ± макролид;
- карбапенемы;
- ванкомицин;
- линезолид.

К антибактериальным лекарственным средствам противопоказанным при беременности относятся тетрациклины, фторхинолоны, сульфаниламиды.

5. Акушерская тактика при COVID-19.

Акушерская тактика определяется несколькими аспектами: тяжестью состояния пациентки, состоянием плода, сроком гестации. При средней степени тяжести и тяжелом течении заболевания до 12 нед. гестации в связи с высоким риском перинатальных осложнений, связанных как с воздействием вирусной инфекции, так и эмбриотоксичным действием лекарственных препаратов, возможно прерывание беременности после излечения инфекционного процесса.

При отказе пациентки от прерывания беременности необходима биопсия ворсин хориона или плаценты до 12-14 недель или амниоцентез с 16 недель гестации для выявления хромосомных аномалий плода. Прерывание беременности и родоразрешение в разгар заболевания сопряжено с увеличением показателя материнской летальности и большим числом осложнений: утяжеление основного заболевания и вызванных им осложнений, развитие и прогрессирование дыхательной недостаточности, возникновение акушерских кровотечений, интранатальная гибель плода, послеродовые гнойно-септические осложнения.

Однако при невозможности устранения гипоксии на фоне ИВЛ или при прогрессировании дыхательной недостаточности, развитии альвеолярного отека легких, а также при рефрактерном септическом шоке по жизненным показаниям в интересах матери и плода показано экстренное абдоминальное родоразрешение (Кесарево сечение) с проведением всех необходимых мероприятий по профилактике коагулопатического и гипотонического акушерского кровотечения.

В сроке беременности до 20 недель экстренное Кесарево сечение можно не проводить, так как беременная матка в этом сроке не влияет на сердечный выброс. В сроке беременности 20-23 недели экстренное Кесарево сечение проводится для сохранения жизни матери, но не плода, а в сроке более 24 недель – для спасения жизни матери и плода.

В случае развития спонтанной родовой деятельности в разгар заболевания (пневмонии) роды предпочтительно вести через естественные родовые пути под мониторным контролем состояния матери и плода.

Предпочтительным методом обезболивания является регионарная анальгезия при отсутствии противопоказаний. Противовирусная, антибактериальная, детоксикационная терапия, респираторная поддержка проводятся по показаниям.

Во втором периоде для профилактики развития дыхательной и сердечнососудистой недостаточности ограничить потуги.

При необходимости быстрого окончания родов следует применить вакуум-экстракцию или акушерские щипцы.

Кесарево сечение выполняется при наличии абсолютных акушерских показаний, а также в случае непредотвратимости/неизбежности летального исхода матери с целью попытки сохранения жизни плода

Анестезиологическое обеспечение операции кесарева сечения при тяжелом течении заболевания: в отсутствии признаков выраженной полиорганной недостаточности (до 2 баллов по шкале SOFA) возможно применение регионарных методов обезболивания на фоне респираторной поддержки, при выраженной полиорганной недостаточности – тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ.

Всем пациенткам, независимо от срока беременности, показана профилактика кровотечения. Во всех случаях вопрос о времени и методе родоразрешения решается индивидуально. Клиническими критериями выписки из стационара беременных и родильниц являются:

- нормальная температура тела в течение 3-х дней;
- отсутствие симптомов поражения респираторного тракта; - восстановление нарушенных лабораторных показателей;

- отсутствие акушерских осложнений (беременности, послеродового периода).

Выписка из стационара проводится после двукратного отрицательного результата лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР с интервалом не менее 1 дня. Прогноз для матери и плода зависит от триместра гестации, в котором возникло заболевание, наличия преморбидного фона (курение, ожирение, фоновые заболевания органов дыхательной системы и ЛОР-органов, сахарный диабет, ВИЧ-инфекция), степени тяжести инфекционного процесса, наличия осложнений и своевременности начала противовирусной терапии.

6. Медикаментозная профилактика у взрослых.

Для медикаментозной профилактики COVID-19 у взрослых возможно интраназальное введение рекомбинантного интерферона альфа. Для медикаментозной профилактики COVID-19 у беременных возможно только интраназальное введение рекомбинантного интерферона альфа 2b. Доказательных исследований, касающихся постконтактной профилактики для медицинских работников, не проводилось.

Препараты прямого противовирусного действия для COVID-19 в настоящее время не разработаны. В литературе описан опыт применения препарата гидроксихлорохин для постконтактной профилактики COVID-19 у медицинских работников по схеме: 400 мг два раза с интервалом 12 часов в первый день, далее 400 мг – 1 раз в неделю в течение 7 недель.