

## ΛΟΙΜΩΞΗ COVID 19

### Ιός SARS –CoV-2

**Χρόνος επώασης:** 2-14 ημέρες/Μέσος χρόνος εκδήλωσης συμπτωμάτων: 4-5 ημέρες.

### Βαρύτητα της νόσου

1. Ήπια προς μέτρια: Ήπια συμπτώματα με ή χωρίς ήπια πνευμονία (sat $\geq$ 94%). Αφορά το 81% των ασθενών.
2. Σοβαρή: Δύσπνοια-υποξαιμία (sat<94%) ή κατάληψη του πνεύμονα στην απεικόνιση>50%. Αφορά το 14% των ασθενών.
3. Κρίσιμη: Αναπνευστική ανεπάρκεια, σοκ, πολυοργανική ανεπάρκεια. Αφορά το 5% των ασθενών.

Για τους ασθενείς με σοβαρή νόσο, ο μέσος χρόνος για δύσπνοια από την έναρξη της νόσου υπολογίζεται σε 5-8 ημέρες , ενώ για εμφάνιση ARDS σε 10-12 ημέρες.

Από τους ασθενείς που νοσηλεύονται, υπολογίζεται ότι το 26-32% θα εισαχθεί σε ΜΑΦ/ΜΕΘ.

Η θνητότητα για τους διασωληνωμένους ασθενείς κυμαίνεται από 39-72% (τα ποσοστά εξαρτώνται από τη μελέτη).

### Φορεία του ιού

Ο ιός μπορεί να ανιχνεύεται για εβδομάδες μετά το τέλος της νόσου. Δεν είναι γνωστό αν πρόκειται για ζωντανό ή νεκρό γονιδίωμα του ιού. Φαίνεται όμως ότι οι ασθενείς που μετά την αποδρομή της λοίμωξης ανιχνεύονται θετικοί στον ιό, εάν μεταδίδουν, μεταδίδουν λιγότερο.

### Αντισώματα

Δεν είναι γνωστό εάν τα αντισώματα που ανιχνεύονται σε όσους η νόσος έχει αποδράμει, ασκούν προστατευτικό ρόλο έναντι επαναλοίμωξης, ή αν συγκεκριμένος τίτλος θεωρείται προστατευτικός.

Πάντως με τα μέχρι τώρα δεδομένα, τρεις μήνες είναι το ελάχιστο χρονικό διάστημα που ασθενής με λοίμωξη από SARS-CoV-2, μπορεί να επαναμολυνθεί.

## **Διάγνωση**

Μοριακός έλεγχος κατά προτίμηση ρινοφαρυγγικού και βρογχικών εκκρίσεων σε διασωληνωμένους ασθενείς.

Εργαστηριακά ευρήματα: Λεμφοπενία, ουδετεροφιλία, αυξημένες τρανσαμινάσες, αυξημένες φερριτίνη, CRP, LDH, d-dimers (τα τελευταία αποτελούν δείκτες βαρύτητας). Η προκαλσιτονίνη εμφανίζεται αυξημένη σε ασθενείς που ενδεχομένως χρήζουν διασωλήνωσης. Σημειώνουμε την υπερπηκτικότητα που παρατηρείται στη νόσο, η αιτιολογία της οποίας παραμένει άγνωστη (πιθανό σενάριο η υποξία και η συστηματική φλεγμονή οδηγούν σε αυξημένα επίπεδα προφλεγμονοδών κυτταροκινών και ενεργοποίηση της οδού πήξης)

Η CT θώρακος είναι βοηθητική και σε καμία περίπτωση δεν βάζει διάγνωση (αμφω περιφερικά διηθήματα δίκην θαμβής υάλου).

## **Αντιμετώπιση**

Στην ήπια έως μέτρια μορφή δεν χρειάζεται νοσηλεία αλλά στενή παρακολούθηση από το σπίτι. Εξαιρέση ίσως αποτελούν ασθενείς με παράγοντες κινδύνου (καρδιαγγειακά νοσήματα, αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης, ενεργός ανοσοκαταστολή, ηλικιωμένοι).

Σύμφωνα με τις τελευταίες οδηγίες:

Για τους ασθενείς με πνευμονία που νοσηλεύονται και χρειάζονται οξυγόνο, αλλά όχι σε υψηλά μίγματα, συστήνεται η **ρεμδεσιβίρη (AI)** (δεσμεύει την RNA πολυμεράση και εμποδίζει τον πολλαπλασιασμό του ιού) για 5-10 ημέρες με την ακόλουθη δοσολογία: 200 mgD1 (έγχυση 30-120 min), 100 mg D2-D5. Εάν ο ασθενής δεν ανταποκριθεί άμεσα, το φάρμακο μπορεί να χορηγηθεί έως 10 ημέρες. Σε περίπτωση που ο ασθενής χρειάζεται υψηλότερα μίγματα ή διασωληνωθεί, το φάρμακο δεν διακόπτεται, μέχρι να συμπληρωθεί το χρονικό διάστημα των 10 ημερών.

Για τους ασθενείς με πνευμονία που νοσηλεύονται και χρειάζονται οξυγόνο σε υψηλά μίγματα ή είναι διασωληνωμένοι, συστήνεται **δεξαμεθαζόνη** με δοσολογία 6mg /ημέρα για 10 ημέρες (AI).

Αντίστοιχα μπορεί να δοθούν: Πρεδνιζολόνη 40mg/ημέρα, Μεθυλπρεδνιζολόνη 32mg /ημέρα, υδροκορτιζόνη 160 mg/ημέρα.

**Δεν συστήνονται:** Χλωροκίνη ή υδροξυχλωροκίνη + αζιθρομυκίνη (AIII), Λοπιναβίρη/ριτοναβίρη (AIII) . tocilizumab (BI).

**Ανεπαρκή στοιχεία** για τη χρήση του Anakinra.

Ανεπαρκή στοιχεία όσον αφορά τη θεραπευτική χρήση πλάσματος αναρρωνυόντων ασθενών.

### **Αντιπηκτική αγωγή**

Δεν συνιστάται η χρήση τους σε ασθενείς που δεν νοσηλεύονται (AIII). Στους ασθενείς που νοσηλεύονται, η χρήση αντιπηκτικής αγωγής συνιστάται μόνο κατά τη διάρκεια νοσηλείας (AIII).

COVID 19, CDC Guidelines, Sep 2020

A. Κ. Μασγάλα  
Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος  
Πρόεδρος Επιτροπής ΕΝΛ