



ПРАВИТЕЛЬСТВО СЕВАСТОПОЛЯ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА СЕВАСТОПОЛЯ

П Р И К А З

«Об» 03 2020

№ 263

Об организации медицинской помощи
пациентам с внебольничной пневмонией
на территории города Севастополя

Во исполнение Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации, приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 № 916н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология», в целях снижения смертности от основных причин и дальнейшего совершенствования оказания медицинской помощи по профилю «пульмонология»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Маршрутизацию (уровни оказания медицинской помощи) пациентов с пневмонией в учреждениях здравоохранения города Севастополя (Приложение № 1);

1.2. Алгоритм организации и объёмы оказываемой медицинской помощи пациентам с пневмонией на разных уровнях в учреждениях здравоохранения города Севастополя в зависимости от группы больных, их состояния, возбудителя (Приложение № 2);

1.3. Чек-лист больного с внебольничной пневмонией (Приложение № 3);

1.4. Схему маршрутизации пациента при оказании медицинской помощи больным с внебольничной пневмонией (Приложение № 4).

2. Главным врачам медицинских учреждений здравоохранения, подведомственных Департаменту здравоохранения города Севастополя (далее - Департамент), обеспечить:

2.1. Организацию оказания медицинской помощи в соответствии с Порядком, утверждённым приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации от 15.11.2012 № 916н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология»;

2.2. Соблюдение маршрутизации и алгоритмов организации оказания медицинской помощи пациентам с пневмонией, утвержденными настоящим приказом;

2.3. Контроль за заполнением чек-листа в первичной медицинской документации.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора Департамента Кормачеву Е.А.

Директор Департамента здравоохранения
города Севастополя –
член Правительства Севастополя



С.Ю. Шеховцов

Маршрутизация (уровни оказания медицинской помощи) пациентов с пневмонией в учреждениях здравоохранения города Севастополя

Оказание первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи при пневмонии в городе Севастополе осуществляется тремя уровнями медицинских организаций:

а) 1-й уровень – городские поликлиники, врачебные амбулатории, имеющие лицензию на оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи;

б) 2-й уровень – медицинские организации, имеющие лицензию на оказание специализированной терапевтической помощи в стационарных условиях;

в) 3-й уровень - медицинские организации, оказывающие специализированную пульмонологическую помощь (ГБУЗС «Городская больница № 9»), а также ОРИТ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова».

Маршрутизация пациентов с пневмонией в городе Севастополе

№ п/п	Район города	1 уровень	2 уровень	3 уровень
1.	Ленинский район	ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» с филиалами	ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» с филиалами	ОРИТ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» с филиалами
2.	Гагаринский район	ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» с филиалами	ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» с филиалами	ОРИТ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» с филиалами
3.	Нахимовский район (за исключением Северной стороны)	ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» с филиалами	ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» с филиалами	ОРИТ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» с филиалами
4.	Балаклавский район и город Инкерман	ГБУЗС «Городская больница № 9»	ГБУЗС «Городская больница № 9»	ГБУЗС «Городская больница № 9», ОРИТ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» с филиалами

5.	Нахимовский район (Северная сторона)	ГБУЗС «Городская больница № 4»	ГБУЗС «Городская больница № 4»	ГБУЗС «Городская больница № 4», ОРИТ ГБУЗС «Городская больница № 1 им. Н.И. Пирогова» с филиалами
----	--------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	---

Маршрутизация пациентов с внебольничной пневмонией

В случае невозможности оказания стационарной медицинской помощи в соответствии со стандартами помощи при внебольничной пневмонии (далее – ВП), в том числе жизнеугрожающих состояний пациенты с ВП направляются (переводятся) на более высокий уровень оказания медицинской помощи в соответствии с территориальным прикреплением.

Перевод пациента в ЛПУ более высокого уровня, оказывающее специализированную помощь, в том числе реанимационную помощь, для интенсивного лечения осуществляется по решению заведующего отделением, где оказывается помощь пациенту с ВП, а при его отсутствии лицом, его замещающим, на основании совместного осмотра с лечащим врачом по согласованию с заведующим профильным отделением и заведующим отделением реанимации и интенсивной терапии ЛПУ, куда пациент переводится. В спорных случаях вопрос о переводе решает консилиум врачей и должностных лиц медицинских организаций.

Транспортировка пациента с ВП осуществляется специализированным санитарным транспортом с оказанием адекватной медицинской помощи, поддержанием основных жизненно важных функций.

Решение о способе и возможности транспортировки (транспортабельность пациента), необходимости сопровождения врачом-реаниматологом решает лечащий врач учреждения здравоохранения, в котором находится пациент с ВП.

**Алгоритм организации и объёмы оказываемой медицинской помощи
пациентам с пневмонией на разных уровнях в учреждениях
здравоохранения города Севастополя**

1. Медицинские организации 1 уровня обеспечивают:

а) постоянное проведение мероприятий по профилактике и своевременному (раннему) выявлению пневмонии, формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому образованию населения;

б) выявление, обследование в амбулаторных условиях и направление лиц, нуждающихся в плановой стационарной специализированной (пульмонологической/терапевтической) медицинской помощи в соответствии с медицинскими показаниями;

в) оказание плановой амбулаторной помощи при пневмонии в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи при данной патологии;

г) направление пациентов, находящихся на амбулаторном лечении с пневмонией при ухудшении состояния в медицинские организации 2 уровня осуществляется лечащим врачом (фельдшером) по медицинским показаниям при обращении пациентов за оказанием медицинской помощи при пневмонии;

д) организацию заочных консультаций пациентов с пневмонией тяжёлой степени специалистами медицинских организаций 2-3 уровня в соответствии с медицинскими показаниями;

е) после оказания экстренной и/или неотложной медицинской помощи, при наличии медицинских показаний, перевод, в том числе с использованием специализированной скорой медицинской помощи, в медицинские организации 2-3 уровней.

2. Медицинские организации 2 уровня обеспечивают:

а) оказание организационно-методической помощи руководителям и врачам-терапевтам (пульмонологам) медицинских организаций 1 уровня по вопросам профилактики осложнений при пневмонии, диагностике и лечению пациентов с пневмонией средней степени тяжести, организации оказания медицинской помощи;

б) профилактику осложнений, диагностику и лечение заболеваний и состояний, требующих применения специальных методов исследований, обеспечение консультативной и диагностической помощи по профилю заболевания, определение рекомендаций по дальнейшему лечению пациентов.

3. Медицинские организации 3 уровня обеспечивают:

а) оказание неотложной и экстренной специализированной медицинской помощи пациентам с пневмонией тяжёлой степени;

б) госпитализацию пациентов по направлению медицинской организации 1 и 2 уровней после консультации главного внештатного специалиста пульмонолога Департамента Ивахненко Е.Ф.;

в) госпитализацию пациентов с пневмонией тяжёлой степени при наличии следующих показаний:

- острая почечная недостаточность с необходимостью проведения заместительной почечной терапии (гемодиализ);

- наличие гнойно-септических осложнений (деструкция легочной ткани, эмпиема плевры, пиопневмоторакс);

- наличие легочного геморрагического синдрома (кровохарканье, легочное кровотечение);

- сочетание тяжёлой пневмонии с хронической соматической патологией (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, онкопатология и т.д.) при невозможности и/или высоком риске оказания медицинской помощи на 2-м уровне;

- при необходимости оказания экстренной и неотложной медицинской помощи;

- проведение дополнительных обследований для уточнения диагноза и назначения и/или коррекции лечения, в том числе хирургического;

- формирование индивидуальных рекомендаций по наблюдению, лечению и реабилитации пациентов с пневмонией тяжелой степени в медицинских организациях 1-3 уровней;

- заочные, дистанционные консультации с пневмонией тяжёлой степени в медицинских организациях 2 уровня;

- консультативная, в том числе дистанционная и выездная помощь медицинским организациям 1-2 уровней.

4. Медицинская эвакуация пациентов с пневмонией тяжёлой степени осуществляется санитарным транспортом городской больницы при необходимости искусственной вентиляции лёгких с привлечением специализированной бригады СМП после консультации главного реаниматолога Департамента.

5. На каждого пациента с выявленной пневмонией необходимо подать экстренное извещение в течении суток от момента госпитализации или начала антибактериальной терапии по поводу пневмонии амбулаторно согласно приказу от 17.02.2020 № 206. Регистрация случаев проводится в Филиале ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе» по телефону +7 8692 552876 в рабочее время. Каждому пациенту присваивается эпидемический номер, который должен быть вынесен на лицевую сторону истории болезни с указанием даты подачи экстренного извещения и данные сотрудника, принявшего извещение.

Группы больных ВП и вероятные возбудители заболевания

Характеристика пациентов	Вероятные возбудители	Место лечения
Амбулаторные больные с нетяжелым течением пневмонии, у лиц моложе 60 лет без сопутствующей патологии, не принимавшие последние 3 месяца antimicrobные препараты	Streptococcus pneumoniae M. pneumoniae C. Pneumoniae	Возможность лечения в амбулаторных условиях (с медицинских позиций)
Амбулаторные больные с нетяжелым течением пневмонии, у лиц старше 60 лет и/или с сопутствующей патологией и/или принимавшие последние 3 месяца antimicrobные препараты	Streptococcus pneumoniae Haemophilus influenzae C. pneumoniae Staphylococcus aureus Enterobacteriaceae	Возможность лечения в амбулаторных условиях (с медицинских позиций)
Госпитализированные пациенты с пневмониями нетяжелого течения	Streptococcus pneumoniae Haemophilus influenzae C. pneumoniae Staphylococcus aureus Enterobacteriaceae	Стационарное лечение, отделение общего профиля – терапевтическое
Госпитализированные пациенты с пневмониями тяжелого течения	Streptococcus pneumoniae Legionella spp. Staphylococcus aureus Enterobacteriaceae	Лечение в условиях стационара: ОРИТ

Диагностический алгоритм при подозрении на внебольничную пневмонию (ВП) включает: оценку жалоб, социального статуса и семейно-бытовых условий, сбор полного медицинского, эпидемиологического и профессионального анамнеза, физикальное обследование, комплекс лабораторных и инструментальных исследований, объём которых определяется тяжестью течения ВП, наличием и характером осложнений, сопутствующими заболеваниями.

Критерии госпитализации

Госпитализация при подтвержденном диагнозе ВП показана при наличии как минимум одного из следующих признаков:

1. Данные физического обследования: частота дыхания ≥ 30 /мин; диастолическое артериальное давление ≤ 60 мм рт.ст.; систолическое артериальное давление < 90 мм рт. ст.; частота сердечных сокращений ≥ 125 /мин; температура $< 35,5^{\circ}\text{C}$ или $\geq 39,9^{\circ}\text{C}$; нарушение сознания.

2. Лабораторные и рентгенологические данные: количество лейкоцитов периферической крови $< 4,0 \times 10^9/\text{л}$ или $> 20,0 \times 10^9/\text{л}$; $\text{SaO}_2 < 92\%$ (по данным пульсоксиметрии), $\text{PaO}_2 < 60$ мм рт.ст. и/или $\text{PaCO}_2 > 50$ мм рт.ст. при дыхании комнатным воздухом; креатинин сыворотки крови $> 176,7$ мкмоль/л или азот мочевины $> 7,0$ ммоль/л (азот мочевины = мочевина, ммоль/л/2,14); пневмоническая инфильтрация, локализуемая более чем в одной доле; наличие полости (полостей) распада; плевральный выпот; быстрое прогрессирование очагово-инфильтративных изменений в легких (увеличение размеров инфильтрации $> 50\%$ в течение ближайших 2-х суток); гематокрит $< 30\%$ или гемоглобин < 90 г/л; внелегочные очаги инфекции (менингит, септический артрит и др.); сепсис или полиорганная недостаточность, проявляющаяся метаболическим ацидозом ($\text{pH} < 7,35$), коагулопатией.

3. Невозможность адекватного ухода и выполнения всех врачебных предписаний в домашних условиях.

Вопрос о предпочтительности стационарного лечения ВП может быть рассмотрен в следующих случаях:

1. Возраст старше 60 лет.

2. Наличие сопутствующих заболеваний (хронический бронхит/ХОБЛ, бронхоэктазы, злокачественные новообразования, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, застойная сердечная недостаточность, хронический алкоголизм, наркомания, выраженный дефицит массы тела, цереброваскулярные заболевания).

3. Неэффективность стартовой антибактериальной терапии.

4. Беременность.

Критерии госпитализации больных с тяжелой ВП в отделение интенсивной терапии: тахипноэ ≥ 30 /мин, нарушение сознания, систолическое артериальное давление < 90 мм рт. ст., двусторонняя или многодолевая пневмоническая инфильтрация, потребность в искусственной вентиляции лёгких или необходимость введения вазопрессоров > 4 ч, острая почечная недостаточность.

Рекомендации: Прогностические шкалы всегда должны дополняться врачебной оценкой различных субъективных факторов, в том числе способности пациента принимать пероральные лекарственные средства, а также возможности его ведения в амбулаторных условиях.

Прямое направление в ОРИТ (минуя отделение общего профиля) показано всем больным ВП с септическим шоком, требующим введения вазопрессоров, либо с острой дыхательной недостаточностью, требующей интубации и механической вентиляции легких.

Лечение внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях

Диагностический минимум обследования. Помимо сбора анамнеза и физического обследования, диагностический минимум должен включать исследования, позволяющие установить диагноз ВП и решить вопрос о тяжести течения и необходимости госпитализации пациента.

К ним относятся: рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, общий анализ крови.

Диагноз ВП устанавливается на основании клинической картины заболевания, данных физического обследования и результатов рентгенологического исследования. Лучевое исследование больных ВП должно начинаться с обзорной рентгенографии органов грудной полости в передней прямой и боковой проекциях. При неизвестной локализации воспалительного процесса целесообразно выполнять снимок в правой боковой проекции. Рентгенография грудной клетки важна также для оценки тяжести заболевания, наличия осложнений и решении вопроса о госпитализации. В случаях отсутствия возможности рентгенологического исследования при постановке диагноза следует ориентироваться на клиническую картину и физикальное обследование.

Критерии диагностики внебольничной пневмонии

Диагноз ВП является определённым при наличии у больного рентгенологически подтверждённой очаговой инфильтрации легочной ткани и, по крайней мере, двух клинических признаков из числа следующих:

- а) острая лихорадка в начале заболевания (температура тела $> 39,0^{\circ}\text{C}$);
- б) кашель с мокротой;
- в) физические признаки пневмонической инфильтрации (фокус крепитации и/или мелкопузырчатые хрипы, жёсткое бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука;
- г) лейкоцитоз $> 10,0$ г/л и/или палочкоядерный сдвиг ($> 10\%$).

Диагноз ВП неточный/неопределённый при отсутствии или недоступности рентгенологического подтверждения очаговой инфильтрации в лёгких (рентгенография или ФЛЮ в двух проекциях). При этом диагноз заболевания основывается на учете данных эпидемиологического анамнеза, жалоб и соответствующих локальных симптомов.

Предположение о ВП становится маловероятным, если у пациента с лихорадкой, жалобами на кашель, одышку, отделение мокроты и/или боли в грудной клетке, рентгенологическое исследование оказывается недоступным и отсутствует соответствующая локальная симптоматика.

Показания для компьютерной томографии

- 1) при очевидной клинической симптоматике ВП и отсутствии изменений в лёгких на рентгенограмме;

2) при выявлении нетипичных рентгенологических изменений у больного с предполагаемой пневмонией (обтурационный ателектаз, инфаркт лёгкого при тромбоэмболии легочной артерии, абсцесс лёгкого и др.);

3) при рецидивирующих инфильтративных изменениях в той же доле лёгкого (сегменте), что и в предыдущем эпизоде заболевания, или при затяжном течении пневмонии (более 4 недель).

Основные положения антибактериальной терапии ВП

Прогностически очень важным является быстрое, не позже 4 часов после постановки диагноза, начало антибактериальной терапии (далее - АБТ).

В случае развития септического состояния, сепсиса, септического шока это время целесообразно сократить до 1 часа. Следует помнить, что никакие диагностические исследования не должны быть причиной задержки этиологической терапии. У госпитализированных пациентов подразумевается более тяжёлое течение ВП, поэтому целесообразно начинать терапию с парентеральных антибиотиков, которые при лечении внебольничной пневмонии в амбулаторных условиях не имеют доказанных преимуществ перед пероральными.

При лечении пациентов с внебольничной пневмонией следует дифференцированно подходить к выбору антимикробных препаратов с учётом возраста, тяжести состояния, наличия сопутствующих заболеваний, места нахождения пациента (на дому, в общей палате стационара, в ОРИТ), предшествующей антимикробной терапии и др.

Первоначальная оценка эффективности стартового режима АБТ должна проводиться через 48-72 ч после начала лечения. Основными критериями эффективности в эти сроки являются снижение температуры тела, выраженности интоксикации, ДН. Если у пациента сохраняются высокая лихорадка и интоксикация, прогрессируют симптомы заболевания или развиваются осложнения, АБТ расценивается как неэффективная. В этом случае необходимо пересмотреть выбранный режим АБТ. Переход с парентерального на пероральный режим АБТ должен осуществляться при стабилизации гемодинамических показателей пациента, нормализации температуры тела и улучшении клинических симптомов и признаков ВП. При принятии решения о переводе на пероральный прием АБТ целесообразно использовать следующие критерии:

- снижение температуры тела до субфебрильных цифр ($<37,5^{\circ}\text{C}$) при двух измерениях с интервалом 8 ч;
- уменьшение выраженности одышки;
- отсутствие нарушения сознания;
- положительная динамика со стороны других симптомов и признаков заболевания;
- отсутствие нарушений всасывания в ЖКТ;
- согласие (настроенность) пациента на пероральное лечение.

Критерии адекватности антибактериальной терапии ВП

1. температура тела $<37,5^{\circ}\text{C}$;
2. отсутствие интоксикации;
3. отсутствие дыхательной недостаточности (ЧДД < 20 в мин);
4. отсутствие гнойной мокроты;
5. количество лейкоцитов $<10 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов $<80\%$, “юных” форм $<6\%$;
6. отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме органов грудной клетки (при ее выполнении в указанные сроки).

Сохранение отдельных клинических, лабораторных или рентгенологических признаков ВП не является абсолютным показанием к продолжению АБТ или ее модификации. В подавляющем большинстве случаев их разрешение происходит самостоятельно.

Рентгенологические признаки пневмонии разрешаются медленнее клинических симптомов, поэтому контрольная рентгенография органов грудной полости не является критерием для отмены антибактериального препарата, а сохраняющаяся инфильтрация – показанием к продолжению АБТ у пациентов с положительной клинической динамикой.

Клинический признак	Комментарий
Стойкий субфебрилитет (температура тела в пределах $37,0-37,5^{\circ}\text{C}$)	При отсутствии других признаков бактериальной инфекции может быть признаком неинфекционного воспаления, постинфекционной астении (вегетативной дисфункции), медикаментозной лихорадки
Сохранение остаточных изменений на рентгенограмме (инфильтрация, усиление легочного рисунка)	Могут наблюдаться в течение 1-2 месяцев после перенесенной пневмонии
Сухой кашель	Может наблюдаться в течение 1-2 месяцев после перенесенной пневмонии, особенно у курильщиков и пациентов с ХОБЛ
Сохранение хрипов	Могут наблюдаться в течение 3-4 недель и более, после перенесенной пневмонии и отражают естественное течение заболевания (локальный пневмосклероз)
Ускоренная СОЭ	Неспецифический показатель, не является признаком бактериальной инфекции
Сохраняющаяся слабость, потливость	Проявление постинфекционной астении

При неэффективности стартовой терапии необходимо провести дополнительные лабораторные и инструментальные исследования с целью уточнения степени выраженности органной дисфункции, выявления осложнений/декомпенсации сопутствующих заболеваний, пересмотреть режим антибактериальной терапии с учётом полученных результатов микробиологических исследований, оценить необходимость интенсификации респираторной поддержки и показания к адъювантной фармакотерапии.

К факторам риска неадекватного (позднего) ответа на лечение относят пожилой возраст (> 65 лет), наличие хронических сопутствующих заболеваний (ХОБЛ, хроническая сердечная недостаточность, почечная и печёночная недостаточность, злокачественные новообразования, сахарный диабет и др.), мультилобарной инфильтрации, полостей деструкции, экссудативного плеврита или эмпиемы плевры, лейкопении, бактериемии, выявление высоковирулентных возбудителей (*L.pneumophila*, энтеробактерии), особенно при наличии факторов риска инфицирования антибиотикорезистентными штаммами, внелегочные очаги инфекции, нерациональная эмпирическая терапия.

Профилактика пневмококковой инфекции

Профилактика пневмококковой инфекции (ПИ) направлена на уменьшение заболеваемости, предупреждение возникновения генерализованных форм, снижение показателей инвалидности и смертности среди населения, в т. ч. работающих на вредных для дыхательной системы производствах.

Большую часть пневмококковых заболеваний можно предупредить с помощью вакцинопрофилактики.

При проведении вакцинопрофилактики ПИ необходимо руководствоваться действующими нормативными и методическими документами по организации иммунизации (Национальный календарь профилактических прививок, календарь прививок по эпидемическим показаниям, федеральные клинические рекомендации «Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции», инструкции по применению иммунобиологических препаратов).

Алгоритм действий на амбулаторном этапе/этапе скорой медицинской помощи

1. Оценка клинических проявлений болезни:

Клиническая картина пневмонии:

- Повышение температуры тела
- Наличие респираторных симптомов (кашель, возможно продуктивный, боль в грудной клетке, ощущение одышки);
- Наличие симптомов интоксикации – слабость, утомляемость, потоотделение;
- У пожилых лиц клиническая картина может быть иной и заключаться, например, только в немотивированной слабости или кашле

и не сопровождаться выраженными симптомами болезни. Нередко пневмония у данной категории пациентов «дебютирует» симптомами декомпенсации хронических сопутствующих заболеваний (СД, ХСН и др.). Изменению классической картины заболевания также способствует самолечение антимикробными препаратами

При сборе анамнеза необходимо уделить внимание на:

- Переохлаждение;
- Перенесенную ОРВИ или ОРЗ;
- Курение;
- Хронические заболевания;
- Прием антибиотиков в последние 3 месяца;

2. Физикальное обследование (с обязательным фиксированием в первичной медицинской документации)

- Обязательная оценка уровня сознания, фиксирование ЧДД, ЧСС, уровня АД, пульсоксиметрия с измерением SatO₂ для выявления ДН и оценки выраженности гипоксемии (приложение 3)

3. Проведение рентгенологического подтверждения диагноза

Обзорная рентгенография грудной полости в прямой и боковой проекциях (при неизвестной локализации воспалительного процесса целесообразно выполнять снимок в правой боковой проекции).

4. Оценка тяжести ВП и прогноза

На основании результатов обследования проводится стратификация риска неблагоприятного исхода заболевания ВП и определяется место лечения. При постановке диагноза пневмонии рентгенологически или клинически, в том числе – на этапе скорой помощи, каждый больной должен быть экстренно госпитализирован (начало стартовой антимикробной терапии не позже 4 часов от начала диагностики). В случае отказа пациента от госпитализации (оформление отказа в письменной форме обязательно) оценить прогноз лечения и возможность амбулаторного лечения по шкале CRB-65: нарушение сознания, частота дыхания, систолическое и диастолическое артериальное давление, возраст больного (приложение 3).

Шкала имеет ограничение у молодых и пациентов с сопутствующей патологией. Противопоказания для амбулаторного лечения (дополнение к шкале CRB-65) – состояния, ухудшающие прогноз:

- Наличие сопутствующих заболеваний (ХОБЛ, бронхиальная астма, хронические гнойные заболевания лёгких, заболевания лёгких с хронической дыхательной недостаточностью, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, хроническая сердечная недостаточность, выраженный дефицит массы тела, злокачественные заболевания, имеющие на период возникновения пневмонии клиническое значение и и другие заболевания, которые могут повлиять на течение болезни),

- ЧСС более 100 ударов в 1 минуту,
- Беременность,

- Невозможность адекватного ухода и выполнения врачебных предписаний в домашних условиях

Стратификация риска неблагоприятного исхода заболевания показана всем больным ВП.

5. Амбулаторное лечение и наблюдение больных с ВП легкого течения без осложнений осуществляется врачом терапевтом после консультации с врачом-пульмонологом, при его отсутствии после осмотра с заведующим поликлиническим отделением или заведующим поликлиникой.

Всем пациентам с ВП, отказавшимся от госпитализации необходимо разъяснить возможные последствия отказа от стационарного лечения, зафиксировать их в амбулаторной карте или сигнальном листе и получить письменное подтверждение отказа пациента от госпитализации.

На каждого пациента с выявленной пневмонией необходимо подать экстренное извещение в течении суток от момента госпитализации или начала антибактериальной терапии по поводу пневмонии амбулаторно согласно приказу от 17.02.2020 № 206. Регистрация случаев проводится в Филиале ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе» по телефону +7 8692 552876 в рабочее время. Каждому пациенту присваивается эпидемический номер, который должен быть вынесен на лицевую сторону истории болезни с указанием даты подачи экстренного извещения и данных сотрудника, принявшего извещение.

6. При амбулаторном лечении:

Обследование	Кратность	Примечание
Рентгенография органов грудной клетки	1,10,14 – дни болезни	При благоприятном течении ВП
Развёрнутый общий анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы	1,5,10,14 – дни болезни	Всем пациентам
Биохимический анализ крови (креатинин, электролиты, глюкоза, АЛТ, АСТ, СРБ)	По показаниям	При вынужденном лечении амбулаторно пациентов, которым показана госпитализация
ЭКГ	По показаниям	При наличии сопутствующих заболеваний, при вынужденном лечении амбулаторно пациентов, которым показана госпитализация

При лечении ВП в амбулаторных условиях микробиологические исследования рутинно не проводятся.

7. Антимикробная терапия согласно имеющимся национальным клиническим рекомендациям по ВП.

Всем пациентам с определенным диагнозом ВП должны назначаться системные антибактериальные препараты (АБП) не позднее 4 часов от момента постановки диагноза.

Парантеральные АБП при лечении ВП в амбулаторных условиях не имеют доказанных преимуществ перед пероральными, при этом создают угрозу развития постинъекционных осложнений и требуют дополнительных затрат на введение.

Оценка эффективности антимикробной терапии через 48 часов (телефонный контакт с пациентом) с фиксированием данных в амбулаторной карте. При отсутствии эффекта – госпитализация пациента в стационар.

При благоприятном течении осмотр пациента через 3 дня до клинического выздоровления.

Длительность АБТ определяется индивидуально: при решении вопроса об отмене АБП рекомендуется руководствоваться критериями достаточности АБТ.

Алгоритм действий на стационарном этапе

1. Оценка клинических проявлений болезни.
2. Сбор анамнеза и Физикальное обследование.
3. Оценка тяжести состояния пациента и решение вопроса о месте лечения – отделение общего профиля или ОРИТ.

Крайне важным является быстрое выявление признаков тяжелой ВП, так как данные пациенты требуют неотложной помощи в условиях ОРИТ.

Для оценки тяжести и определения показаний к госпитализации в ОРИТ всем госпитализированным пациентам с ВП рекомендуется использовать шкалу SMART-COP/SMRT CO (приложение 3).

Шкала SMART-COP выявляет пациентов, нуждающихся в интенсивной респираторной поддержке и инфузии вазопрессоров с целью поддержания адекватного уровня АД. Шкала SMART-COP/SMRT предусматривает балльную оценку клинических, лабораторных, физических и рентгенологических признаков с определением вероятностной потребности в указанных выше интенсивных методах лечения. Риск потребности в ИВЛ или назначении вазопрессоров, является высоким при наличии 5 и более баллов по шкале SMART-COP, который не требует определения таких параметров, как уровень альбумина, PaO₂ и pH артериальной крови. Риск потребности в ИВЛ или назначения вазопрессоров является высоким при наличии 3 и более баллов по шкале SMART-CO.

Пациентам с ВП, которым показано лечение в условиях стационарного отделения ЛПУ, относятся пациенты, у которых в период кратковременной (24-72 часа) госпитализации:

- уточняется необходимость перевода в отделение общего профиля или в ОРИТ;

- в случае нетяжелой ВП с высокой степенью вероятности следует ожидать стабилизации состояния и возможности выписки для продолжения лечения в амбулаторных условиях.

Все остальные больные, которым показана госпитализация, но нет оснований для лечения в условиях ОРИТ направляются в отделения общего профиля.

4. Лабораторно-инструментальное обследование

Обследование	Примечание
Мониторинг ЧСС, ЧДД, АД, SpO ₂ , уровень сознания	Обязательное исследование
Рг-графия органов грудной клетки	Обязательное исследование
КТ органов грудной клетки	По показаниям (при очевидной клинической картине ВП и отсутствии изменений при Р-графии ОГК)
Развернутый общий анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы.	Обязательное исследование
Биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, глюкоза, билирубин, АЛАТ, АСАТ, общий белок, СРБ)	Обязательное исследование
Бактериоскопическое/микробиологическое исследование мокроты	Обязательное исследование
ЭКГ	Обязательное исследование
Исследование гемокультуры	При ВП тяжелого течения
Определение антител к ВИЧ, анализ крови на гепатиты В,С	При ВП тяжелого течения
Креатининфосфокиназа, миоглобин	При подозрении на грипп
Исследование респираторного образца (мокрота, мзок из носоглотки)	При подозрении на грипп
Исследование газового состава артериальной крови	При ВП тяжелого течения для уточнения потребности в проведении ИВЛ
УЗИ плевральных полостей	При наличии плеврального выпота
Плевральная пункция, цитологическое исследование, микробиологическое исследование.	При наличии плеврального выпота

5. При выявлении пневмонии тяжелого течения – консультация главного внештатного пульмонолога Департамента

6. Лечение пациентов с ВП предполагает комплекс мероприятий, включающих назначение антимикробных препаратов (АМП), адекватную респираторную поддержку, применение по показаниям неантибактериальных лекарственных средств и профилактику осложнений.

Чрезвычайно важным является своевременное выявление и лечение декомпенсации/обострения сопутствующих заболеваний.

На каждого пациента с выявленной пневмонией необходимо подать экстренное извещение в течении суток от момента госпитализации или начала антибактериальной терапии по поводу пневмонии амбулаторно согласно приказу от 17.02.2020 № 206. Регистрация случаев проводится в Филиале ФБУЗ

«Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Крым и городе федерального значения Севастополе» по телефону +7 8692 552876 в рабочее время. Каждому пациенту присваивается эпидемический номер, который должен быть вынесен на лицевую сторону истории болезни с указанием даты подачи экстренного извещения и данных сотрудника, принявшего извещение.

7. Антимикробная терапия

- Антимикробная терапия проводится согласно имеющимся национальным клиническим рекомендациям по ВП. Всем пациентам с установленным диагнозом ВП должны назначаться системные АБП не позднее 1 час от момента госпитализации.

- АБТ ВП у госпитализированных пациентов должна начинаться с парентеральных лекарственных форм, при тяжелой ВП необходимо внутривенное введение АБП.

- По показаниям всем госпитализированным пациентам с ВП дополнительно к АБП могут назначаться противовирусные препараты, активные против вирусов гриппа (озельтамивир, занамивир).

- Оценка эффективности и безопасности стартового режима АБТ через 48-72 часа после начала лечения.

- По мере клинической стабилизации возможен перевод пациента на пероральный прием АБП в рамках концепции ступенчатой терапии.

- Длительность АБТ нетяжелой ВП определяется индивидуально, при тяжелой ВП неуточненной этиологии должна составлять не менее 10 дней; при решении вопроса об отмене АБТ рекомендуется руководствоваться критериями достаточности АБТ.

8. Респираторная поддержка.

Респираторная поддержка показана всем пациентам с ВП при $PaO_2 < 55$ мм рт.ст. или $SpO_2 < 88\%$ (при дыхании воздухом). Гипоксемия при ВП чаще всего корригируется ингаляциями кислорода, по показаниям используются другие методы – неинвазивная вентиляция легких (НИВЛ), искусственная вентиляция легких (ИВЛ), в отдельных случаях – экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО).

ИВЛ показана всем пациентам с ВП на остановке дыхания, нарушении сознания, психомоторном возбуждении или нестабильной гемодинамике. В случаях крайне тяжелой ДН и рефрактерной гипоксемии у пациентов с тяжелой ВП следует рассмотреть возможность проведения ЭКМО.

9. Глюкокортикостероиды.

В качестве показаний для применения ГКС при тяжелой ВП рекомендуется использовать следующие:

- длительность септического шока < 1 суток,
- рефрактерный септический шок,
- необходимость использования норадреналина (НА) в дозе, превышающей 0,5 мкг/кг/мин. Препаратом выбора является гидрокортизон в дозе 200-300 мг/сутки; наиболее обоснованным выглядит инфузионный путь введения препарата со скоростью 10 мг/час после нагрузочной дозы 100 мг.

Через 2 суток необходимо оценить эффект от включения ГКС в схему терапии тяжелой ВП; длительность их назначения не должна превышать 7 дней.

10. При отсутствии эффекта-ревизия диагноза.

Исходы лечения больных ВП в стационарном отделении.

В зависимости от результатов наблюдения в стационарном отделении пациенты с ВП направляются (переводятся):

1. **на амбулаторное лечение**, основанием для чего является сочетание следующих условий:

- отсутствие сопутствующих заболеваний,
- отчетливая положительная клинико-лабораторная динамика и стабильное состояние пациента в течении 24-48 часов,
- возможность адекватного ухода и выполнение всех врачебных предписаний в домашних условиях.

2. в **ОРИТ** – в случае отрицательной клинической динамики при наличии 3 и более баллов при оценке пациента по шкале SMRT-CO или 5 и более баллов по шкале SMART-COP.

3. в **профильные специализированные медицинские учреждения (отделения)** – в случаях, когда в процессе дифференциальной диагностики представление о больном, первоначально госпитализированном с диагнозом ВП, изменяется, или выявляются осложнения заболевания, что требует специализированной медицинской помощи.

Алгоритм диспансерного наблюдения пациентов, перенесших ВП

Диспансерное наблюдение осуществляется врачом терапевтом амбулаторно.

1. Пациенты, перенесшие нетяжелую пневмонию без сопутствующих заболеваний внутренних органов, диспансерному наблюдению не подлежат.

2. Пациенты с сопутствующими заболеваниями внутренних органов, перенесшие нетяжелую пневмонию, подлежат диспансерному наблюдению в течении 6 месяцев с 2-кратным посещением врача:

- через 1 месяц с момента окончания лечения. Клинический анализ крови и рентгенологическое исследование органов грудной клетки проводится в случае наличия патологических изменений на момент окончания лечения;

- через 6 месяцев с момента окончания лечения. Клинический анализ крови и рентгенологическое исследование органов грудной клетки проводится в случае наличия патологических изменений при последнем посещении врача.

По показаниям: консультация пульмонолога или фтизиатра;

3. Пациенты, перенесшие тяжелую пневмонию и/ или пневмонию с осложнениями, подлежат диспансерному наблюдению в течении 12 месяцев с 3-кратным посещением врача:

- через 1 месяц с момента окончания лечения. Клинический анализ крови и рентгенологическое исследование органов грудной клетки проводится в случае наличия патологических изменений на момент выписки;

- через 6 месяцев с момента окончания лечения. Клинический анализ крови и рентгенологическое исследование органов грудной клетки проводится в случае наличия патологических изменений при последнем посещении врача.

- через 12 месяцев с момента окончания лечения. Клинический анализ крови и рентгенологическое исследование органов грудной клетки проводится в случае наличия патологических изменений при последнем посещении врача.

По показаниям: консультации фтизиатра и пульмонолога.

4. Вакцинопрофилактика пневмококковой и гриппозной инфекции (проводится по показаниям).

Чек-лист «Пациент с признаками пневмонии»

Дата _____
Время _____
ФИО пациента _____

1/Уровень сознания

В сознании _____

нарушение сознания _____

2/Артериальное давление

Систолическое давление

САД выше 90 мм рт.ст. _____

Диастолическое давление

ДАД выше 60 мм рт.ст. _____

САД ниже 90 мм рт.ст. _____

ДАД ниже 60 мм рт.ст. _____

3/Частота сердечных сокращений

Реже 100 в минуту _____

Чаще 100 в минуту _____

4/Частота дыхания

ЧДД < 25/мин в возрасте ≤ 50 лет и

< 30/мин в возрасте > 50 лет _____

ЧДД > 25/мин в возрасте ≤ 50 лет и

30/мин в возрасте > 50 лет _____

5/Сатурация крови кислородом

Выше 90% (92% при беременности) _____

ниже 90% (92% при беременности) _____

6/Температура тела

≥ 35,0С и ≤ 39,5С _____

> 39,5С или < 35,0С _____

7/Возраст

Возраст ≤ 65 лет _____

возраст > 65 лет _____



Если отмечены все пункты -вызов
врача терапевта

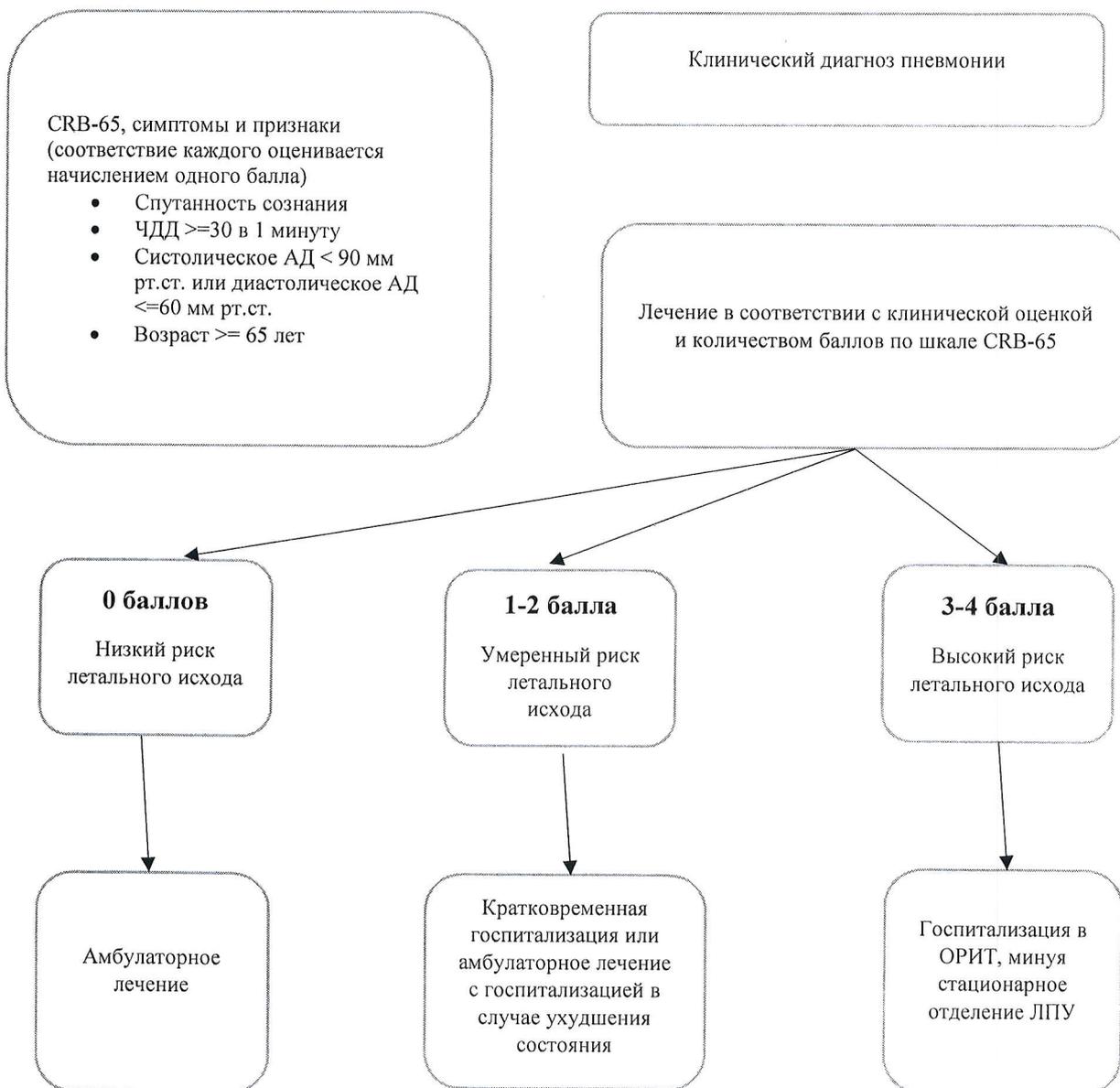


Если отмечен минимум 1 пункт
доставить в приемный покой ЛПУ

ФИО, Подпись врача _____

Дата _____

Чек-лист «Пациент с внебольничной пневмонией»



ФИО, Подпись врача _____

Дата _____

**Схема маршрутизации пациента при оказании
медицинской помощи больным с ВП**

