



Министерство здравоохранения
Республики Карелия

ПРИКАЗ

г. Петрозаводск

от 29 июня 2018 года

№ 998

**Об организации оказания
медицинской помощи пациентам с внебольничной пневмонией
на территории Республики Карелия**

Во исполнение Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология», утвержденного Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 916н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология», в целях снижения смертности от основных причин п р и к а з ы в а ю

1. Утвердить маршрутизацию (этапы лечения) пациентов с пневмонией в учреждениях здравоохранения Республики Карелия (приложение 1).
2. Утвердить поэтапный алгоритм организации и объемы оказываемой медицинской помощи пациентам с пневмонией на разных этапах в учреждениях здравоохранения Республики Карелия в зависимости от группы больных, их состояния, возбудителя (приложение 2).
3. Утвердить чек-лист больного с внебольничной пневмонией (приложение 3).
4. Главным врачам учреждений здравоохранения:
 - 4.1. обеспечить организацию оказания медицинской помощи в соответствии с Порядком, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 916н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «пульмонология»;

- 4.2. обеспечить маршрутизацию и алгоритмы действий и объемы этапного оказания медицинской помощи пациентам с пневмонией, утвержденными настоящим приказом;
- 4.3. обеспечить заполнение чек-листа в первичной медицинской документации;
- 4.4. ознакомить с настоящим приказом всех профильных специалистов (терапевты, пульмонологи, ВОП, семейные врачи) под подпись;
- 4.5. информацию с подписями специалистов направить в отдел организации медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.
5. Контроль за реализацией приказа возложить на главного внештатного специалиста Министерства по профилю «пульмонология» Г.И. Моховикова.
6. Контроль за исполнением приказа возложить на и.о. первого заместителя министра здравоохранения Республики Карелия Е.Т. Кузьмичеву.

И.о. Министра

РСА



Р.А. Савин

Маршрутизация (этапы оказания медицинской помощи) пациентов с пневмонией

При оказании первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи при пневмонии в Республике Карелия выделяется 3 этапа:

а) 1-й этап – городские поликлиники, поликлиники центральных районных больниц, имеющие лицензию на оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи;

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

в) 3-й этап – медицинские организации, оказывающие специализированную пульмонологическую помощь (государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Республиканская больница им.В.А. Баранова»).

Маршрутизация направления пациентов с пневмонией Республики Карелия

	Муниципальный район, городской округ	1 этап	2 этап	3 этап
1	г. Петрозаводск	ГБУЗ «Городская поликлиника №1» ГБУЗ «Городская поликлиника №2», ГБУЗ «Городская поликлиника №3», ГБУЗ «Городская поликлиника №4»	ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»
2	Беломорский район	ГБУЗ «Беломорская ЦРБ»	ГБУЗ «Сегежская ЦРБ (М/Р) ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»
3	Калевальский район	ГБУЗ «Калевальская ЦРБ»	ГБУЗ «Межрайонная больница №1» (М/Р) ГБУЗ «Сегежская ЦРБ (М/Р) ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»

4	Кемский район	ГБУЗ «Кемская ЦРБ»	ГБУЗ «Сегежская ЦРБ (М/Р) ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»
5	Кондопожский район	ГБУЗ «Кондопожская ЦРБ»	ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»
6	г. Костомукша	ГБУЗ «Межрайонная больница №1» (М/Р)	ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»
7	Лахденпохский район	ГБУЗ «Сортавальская ЦРБ» (М/Р)	ГБУЗ «Сортавальская ЦРБ» (М/Р) ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»
8	Лоухский район	ГБУЗ «Лоухская ЦРБ» (п. Чупа)	ГБУЗ «Сегежская ЦРБ» (М/Р) ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»
9	Медвежьегорский район	ГБУЗ «Медвежьегорская ЦРБ»	ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»

10	Муезерский район	ГБУЗ «Межрайонная больница №1» (М/Р)	ГБУЗ «Межрайонная больница №1» (М/Р) ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»
11	Олонецкий район	ГБУЗ «Олонецкая ЦРБ»	ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»
12	Прионежский район	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова» (подразделение Прионежская ЦРБ)	ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»
13	Пряжинский район	ГБУЗ «Пряжинская ЦРБ»	ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»
14	Питкярантский район	ГБУЗ «Питкяраитская ЦРБ»	ГБУЗ «Сортавальская ЦРБ» (М/Р) ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»
15	Пудожский район	ГБУЗ «Пудожская ЦРБ»	ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»

16	Сегежский район	ГБУЗ «Сегежская ЦРБ» (М/Р)	ГБУЗ «Сегежская ЦРБ» (М/Р) ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»
17	Сортавальский район	ГБУЗ «Сортавальская ЦРБ» (М/Р)	ГБУЗ «Сортавальская ЦРБ» (М/ Р) ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»
18	Суоярвский район	ГБУЗ «Суоярвская ЦРБ»	ГБУЗ «Сортавальская ЦРБ» (М/ Р) ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница»	ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»

Маршрутизация пациентов с внебольничной пневмонией

В случае невозможности оказания стационарной медицинской помощи в соответствии со стандартами помощи при ВП, в том числе жизнеугрожающих состояний пациенты с ВП направляются (переводятся) на более высокий этап оказания медицинской помощи, в т.ч. специализированной медицинской помощи в соответствие с территориальным прикреплением (межрайонный центр, ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи», ГБУЗ «Республиканская инфекционная больница», ГБУЗ «Республиканская больница им. В.А. Баранова»).

Перевод пациента в ЛПУ более высокого уровня, оказывающее специализированную помощь, в том числе анестезиолого-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 действий и объемы оказания первичной медико-санитарной и
специализированной медицинской помощи при пневмонии населению
Республики Карелия**

1. Медицинские организации 1 этапа 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) медицинской помощи в соответствии с медицинскими показаниями;

в) оказание плановой амбулаторной медицинской 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 этапа 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 этапа в соответствии с медицинскими показаниями;

е) после оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, при наличии медицинских показаний, перевод, в том числе с использованием специализированной скорой медицинской помощи (санитарная авиация), для оказания специализированной в медицинские организации 2-3 этапов.

2. Медицинские организации 2 этапа обеспечивают:

а) оказание организационно-методической помощи руководителям и врачам – терапевтам (пульмонологам) медицинских организаций 1 этапа 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 этапа (государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Республиканская больница им. В.А. Баранова») обеспечивает:

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

б) госпитализацию пациентов по направлению медицинской организации 1 или 2 этапов после консультации пациента заведующим пульмонологическим отделением;

в) госпитализацию пациентов с пневмонией тяжелой 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 тяжелой пневмонии с хронической соматической патологией (сахарный диабет, ишемическая болезнь сердца, онкопатология и т.д.) при невозможности и/или высоком риске оказания медицинской помощи на 2м этапе;

г) при необходимости оказание экстренной и неотложной медицинской помощи;

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

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

ж) заочные, дистанционные консультации с пневмонией тяжелой степени, находящихся на лечении в медицинских организациях 2 этапа;

з) консультативную, в том числе дистанционную и выездную помощь медицинским организациям 1-2 этапов.

4. Медицинская эвакуация пациентов с пневмонией тяжелой степени осуществляется санитарным транспортом городской, районной больницы, при необходимости искусственной вентиляции легких с привлечением специалистов отделения «Территориальный центр медицины катастроф» государственного бюджетного учреждения здравоохранения РК «Республиканская больница им. В.Баранова».

Группы больных ВП и вероятные возбудители заболевания

Характеристика пациента	Место лечения	Вероятные возбудители
Внебольничная пневмония нетяжёлого течения у лиц без сопутствующих заболеваний, не принимавших в последние 3 месяца antimicrobные препараты	Возможность лечения в амбулаторных условиях (с медицинских позиций)	<i>S. pneumoniae</i> <i>M. pneumoniae</i> <i>C. pneumoniae</i>
Внебольничная пневмония нетяжёлого течения у лиц с сопутствующими заболеваниями и/или принимавшими в последние 3 месяца antimicrobные препараты		<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>S. aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>
Внебольничная пневмония нетяжёлого течения	Лечение в условиях стационара: отделение общего профиля	<i>S. pneumoniae</i> <i>H. influenzae</i> <i>C. pneumoniae</i> <i>S. aureus</i> <i>Enterobacteriaceae</i>

Внебольничная пневмония тяжёлого течения	Лечение в условиях стационара: ОРИТ	S. pneumoniae Legionella spp. S. aureus Enterobacteriaceae
--	-------------------------------------	---

Диагностический алгоритм при подозрении на внебольничную пневмонию (ВП) включает сбор анамнеза, оценку жалоб, физическое обследование, комплекс лабораторных и инструментальных исследований, объем которых определяется тяжестью течения ВП, наличием и характером осложнений, сопутствующими заболеваниями.

Критерии диагностики внебольничной пневмонии

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

- а) острая лихорадка в начале заболевания (температура тела > 38,0 град. С);
- б) кашель с мокротой;
- в) физические признаки пневмонической инфильтрации (фокус крепитации и/или мелкопузырчатые хрипы, жесткое бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука);
- г) лейкоцитоз > 10,0 Г/л и/или палочкоядерный сдвиг (> 10%).

Диагноз ВП неточный/неопределенный при отсутствии или недоступности рентгенологического подтверждения очаговой инфильтрации в легких (рентгенография или крупнокадровая флюорография органов грудной клетки). При этом диагноз заболевания основывается на учете данных эпидемиологического анамнеза, жалоб и соответствующих локальных симптомах.

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

- а) при очевидной клинической симптоматике ВП и отсутствии изменений в легких на рентгенограмме;
- б) при выявлении нетипичных рентгенологических изменений у больного с предполагаемой пневмонией (обтурационный ателектаз, инфаркт легкого на почве тромбоэмболии легочной артерии, абсцесс легкого и др.);
- в) при рецидивирующих инфильтративных изменениях в той же доле легкого (сегменте), что и в предыдущем эпизоде заболевания, или при затяжном течении пневмонии (выше 4 недель).

Основные положения антибактериальной терапии внебольничных пневмоний

Прогностически очень важным является быстрое, не позже 4 ч после постановки диагноза, начало антибактериальной терапии (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 тяжелое 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 учетом возраста, тяжести состояния, наличия сопутствующих заболеваний, места нахождения пациента (на дому, в общей палате стационара, в ОРИТ), предшествующей антимикробной терапии и др.

Критерии адекватности антибактериальной терапии ВП:

1. Температура тела $<37,5\text{ }^{\circ}\text{C}$;
2. отсутствие интоксикации;
3. отсутствие дыхательной недостаточности (ЧДД <20 в минуту);
4. отсутствие гнойной мокроты;
5. количество лейкоцитов крови $<10 \times 10^9/\text{л}$;
6. отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме органов грудной клетки.

Сохранение отдельных клинических, лабораторных или рентгенологических признаков внебольничной пневмонии не является абсолютным показанием к продолжению антибактериальной пневмонии или ее модификации (таблица). 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 терапии у пациентов с положительной клинической динамикой.

Клинический признак	комментарий
Стойкий субфебрилитет (температура тела в пределах $37,0-37,50\text{ }^{\circ}\text{C}$).	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)
Ускоренное СОЭ	Неспецифический показатель, не является признаком бактериальной инфекции
Сохраняющаяся слабость, потливость	Проявления 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 учетом 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 печеночная 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 антибактериальная терапия.

Профилактика пневмококковой инфекции

Профилактика пневмококковой инфекции (ПИ) направлена на уменьшение заболеваемости, предупреждение возникновения генерализованных форм, снижение показателей инвалидности и смертности среди детей и взрослых, 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, региональный календарь прививок по эпидемическим показаниям Республики Карелия, 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 нехватки воздуха - одышка)
- 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 указаниям на:

- переохлаждение,
- перенесённую простудную инфекцию,
- курение,
- хронические заболевания,
- приём антибиотиков в последние месяцы,

2. Физикальное обследование

Обязательная оценка уровня сознания, фиксирование частоты дыхательных движений, частоты сердечных сокращений, уровня артериального давления, пульсоксиметрия с измерением SpO₂ для выявления ДН и оценки выраженности гипоксемии (приложение 3)

3. Проведение рентгенологического подтверждения диагноза

Обзорная рентгенография органов грудной полости в передней прямой и боковой проекциях (при неизвестной локализации воспалительного процесса целесообразно выполнять снимок в правой боковой проекции). В случае рентген-негативного варианта пневмонии считать диагноз пневмонии установленным при наличии следующих признаков:

- остро возникшая лихорадка выше 38 С,
- кашель с мокротой,
- физикальные признаки (фокус крепитации, мелкопузырчатые хрипы, бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного тона),
- лейкоцитоз крови более 10 г/л или палочкоядерный сдвиг более 10%.

4. Оценка тяжести ВП и прогноза

На основании результатов обследования проводится стратификация риска неблагоприятного исхода ВП и определяется место лечения. Стратификация риска неблагоприятного исхода заболевания показана всем больным ВП.

На догоспитальном этапе для этого используется шкала CRB-65 (Confusion, Respiratory Rate, Blood pressure, Age>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 нагноительные заболевания легких, заболевания легких с ХДН, сахарный диабет, хроническая почечная недостаточность, ХСН, выраженный дефицит массы тела, злокачественные заболевания, имеющие на период возникновения пневмонии клиническое значение и другие заболевания, которые могут повлиять на течение болезни),
- ЧСС более 100 в мин.,
- Беременность,
- невозможность адекватного ухода и выполнения врачебных предписаний в домашних условиях

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 показанной 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.

6. При амбулаторном лечении:

Обследование	Кратность	Примечание
Рентгенография органов грудной клетки	1, 10-14 день	При благоприятном течении ВП
Развернутый общий анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы.	1, 5, 10-14 день	Всем пациентам
Биохимический анализ крови (креатинин, электролиты, глюкоза, АЛАТ, АСАТ, СРБ)	По показаниям	При вынужденном лечении амбулаторно пациентов, которым показана стационарная госпитализация
ЭКГ	По показаниям	При наличии сопутствующих заболеваний; при вынужденном лечении амбулаторно пациентов, которым показана стационарная 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.

Парентеральные 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 клинически 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 CO 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. Существует модифицированный вариант шкалы SMRT-CO, который не требует определения таких параметров, как уровень альбумина, PaO₂ и pH артериальной крови. Риск потребности в ИВЛ или назначении вазопрессоров является высоким при наличии 3 и более баллов по шкале SMRT-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
Р-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 вирусные гепатиты В, С,	При ВП тяжелого течения
Креатининфосфокиназа, миоглобин	При подозрении на грипп
Исследование респираторного образца (мокрота, мазок 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 пульмонолога ГБУЗ «Республиканская больница им.В.А. Баранова» согласно Положения о порядке оказания экстренной и плановой дистанционной

медицинской помощи и согласовании медицинской эвакуации в Республике Карелия, утвержденного приказом МЗ РК от 08.07.2016 №1257

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.

7. Антимикробная терапия

Антимикробная терапия проводится согласно имеющимся национальным клиническим рекомендациям по ВП. Всем пациентам с определенным диагнозом ВП должны назначаться системные АБП не позднее 1 часа 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 ч 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 АБП 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 коррегируется 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 при 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 сут.,
- 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,
- отчётливая положительная клиничко-лабораторная динамика и стабильное состояние пациента в течение 24 – 48 часов,
- возможность адекватного ухода и выполнения 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 течение 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 течение 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. _____

САД ниже 90 мм рт.ст. _____

Диастолическое давление

ДАД выше 60 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 _____

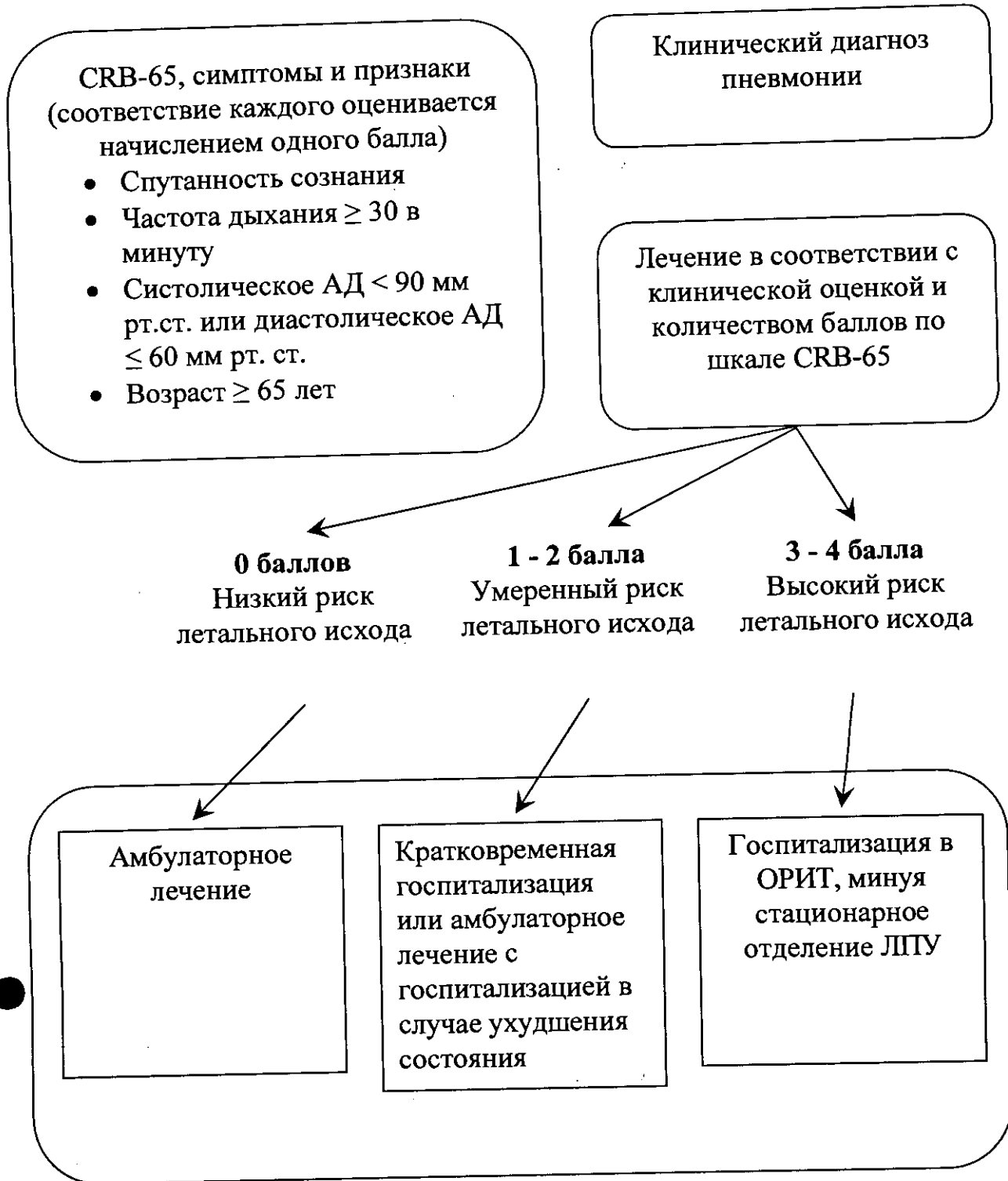
возраст > 65 лет _____

↓
Если отмечены все пункты – вызов
врача терапевта

↓
Если отмечен минимум 1 пункт
доставить в приемный покой ЛПУ

Подпись врача _____

Чек-лист «Пациент с внебольничной пневмонией»



Подпись врача _____

Чек-лист «Пациент с внебольничной пневмонией»

Дата и время поступления в стационар _____

Дата и время заполнения чек листа _____

ФИО пациента _____

Возраст пациента _____

Оцениваемые параметры (Шкала SMART COP/SMART-CO (P.G.P. Charles соавт., 2008))

	Значение показателя	Баллы	
S	Систолическое АД < 90 мм рт. ст.	2	
M	Мультилобарная инфильтрация на рентгенограмме ОГК	1	
A	Содержание альбумина в плазме крови < 3,5 г/дл*	1	
R	ЧДД \geq 25/мин в возрасте \leq 50 лет и \geq 30/мин в возрасте > 50 лет	1	
T	ЧСС \geq 125/мин	1	
C	Нарушение сознания	1	
O	Оксигенация: PaO ₂ * < 70 мм рт. ст. или SpO ₂ < 94% или PaO ₂ /FiO ₂ < 333 в возрасте \leq 50 лет PaO ₂ * < 60 мм рт. ст. или SpO ₂ < 90% или PaO ₂ /FiO ₂ < 250 в возрасте > 50 лет	2	
P	pH* артериальной крови < 7,35	2	
Общее кол-во баллов			

* Не оцениваются в шкале SMART-CO

Интерпретация SMART-COP

Баллы	Потребность в респираторной поддержке и вазопрессорах	Место лечения
0-2	Низкий риск	Общая палата отделения
3-4	Средний риск (1 из 8)	Общая палата отделения
5-6	Высокий риск (1 из 3)	ОРИТ
\geq 7	Очень высокий риск (2 из 3)	ОРИТ

Интерпретация SMART-CO

Баллы	Потребность в респираторной поддержке и вазопрессорах	Место лечения
0	Очень низкий риск	Общая палата отделения
1	Низкий риск (1 из 20)	Общая палата отделения
2	Средний риск (1 из 10)	Общая палата отделения
3	Высокий риск (1 из 6)	ОРИТ
\geq 4	Высокий риск (1 из 3)	ОРИТ

Подпись врача _____