

## Алгоритмы амбулаторной медицинской помощи взрослым пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) и подозрением на неё

**Рабочая группа:** Ливзан М. А.<sup>1</sup> (Сопредседатель), Драпкина О. М.<sup>2</sup> (Сопредседатель), Николаев Н. А.<sup>1</sup> (Сопредседатель), Скирденко Ю. П.<sup>1,2</sup>, Шепель Р. Н.<sup>2</sup>, Викторова И. А.<sup>1</sup>, Кузнецова М. В.<sup>2</sup>, Мордык А. В.<sup>1</sup>, Андреев К. А.<sup>1</sup>, Бережной В. Г.<sup>3</sup>, Вершинина М. В.<sup>1</sup>, Горбенко А. В.<sup>1</sup>, Друк И. В.<sup>1</sup>, Кореннова О. Ю.<sup>1,4</sup>, Костенко М. Б.<sup>1,5</sup>, Лисичкина А. В.<sup>6</sup>, Надей Е. В.<sup>1</sup>, Овсянников Н. В.<sup>1</sup>, Пузырева Л. В.<sup>1,7</sup>, Толох И. М.<sup>7</sup>, Федорин М. М.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России. Омск; <sup>2</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины» Минздрава России. Москва; <sup>3</sup>БУЗ Омской области «Клинический медико-хирургический центр». Омск; <sup>4</sup>БУЗ Омской области «Клинический кардиологический диспансер». Омск; <sup>5</sup>БУЗ Омской области «Городская поликлиника № 8». Омск; <sup>6</sup>БУЗ Омской области «Городская клиническая больница № 11». Омск; <sup>7</sup>БУЗ Омской области «Инфекционная клиническая больница № 1 им. Далматова Д. М.». Омск, Россия

В статье представлены алгоритмы амбулаторной медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 (CoronaVirus Disease 2019) и подозрением на неё.

**Ключевые слова:** алгоритмы, коронавирусная инфекция, амбулаторная помощь, диспансерное наблюдение, COVID-19.

**Отношения и деятельность:** нет.

Поступила 17/05-2021

Получена рецензия 20/05-2021

Принята к публикации 20/05-2021



**Для цитирования:** Ливзан М. А., Драпкина О. М., Николаев Н. А., Скирденко Ю. П., Шепель Р. Н., Викторова И. А., Кузнецова М. В., Мордык А. В., Андреев К. А., Бережной В. Г., Вершинина М. В., Горбенко А. В., Друк И. В., Кореннова О. Ю., Костенко М. Б., Лисичкина А. В., Надей Е. В., Овсянников Н. В., Пузырева Л. В., Толох И. М., Федорин М. М. Алгоритмы амбулаторной медицинской помощи взрослым пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) и подозрением на неё. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2021;20(4):2916. doi:10.15829/1728-8800-2021-2916

### Algorithms for adult outpatient care of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and its assumption

**Working group:** Livzan M. A.<sup>1</sup> (Co-chair), Drapkina O. M.<sup>2</sup> (Co-chair), Nikolaev N. A.<sup>1</sup> (Co-chair), Skirdenko Y. P.<sup>1,2</sup>, Shepel R. N.<sup>2</sup>, Viktorova I. A.<sup>1</sup>, Kuznetsova M. V.<sup>2</sup>, Mordyk A. V.<sup>1</sup>, Andreev K. A.<sup>1</sup>, Berezhnoy V. G.<sup>3</sup>, Vershinina M. V.<sup>1</sup>, Gorbenko A. V.<sup>1</sup>, Druk I. V.<sup>1</sup>, Korennova O. Yu.<sup>1,4</sup>, Kostenko M. B.<sup>1,5</sup>, Lisichkina A. V.<sup>6</sup>, Nadey E. V.<sup>1</sup>, Ovsyannikov N. V.<sup>1</sup>, Puzyreva L. V.<sup>1,7</sup>, Tolokh I. M.<sup>7</sup>, Fedorin M. M.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Omsk State Medical University. Omsk; <sup>2</sup>National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow; <sup>3</sup>Clinical Medical and Surgical Center. Omsk; <sup>4</sup>Clinical cardiology dispensary. Omsk; <sup>5</sup>City polyclinic № 8. Omsk; <sup>6</sup>City Clinical Hospital № 11. Omsk; <sup>7</sup>D. M. Dalmatov Infectious Clinical Hospital № 1. Omsk, Russia

The paper presents algorithms for adult outpatient care of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and its assumption.

**Keywords:** algorithms, coronavirus infection, outpatient care, follow-up monitoring, COVID-19

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: drapkina@bk.ru

Тел.: +7 (495) 730-20-26

[Ливзан М. А. — д.м.н., профессор, ректор, зав. кафедрой факультетской терапии и гастроэнтерологии, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России (Сибирский федеральный округ), ORCID: 0000-0002-6581-7017, Драпкина О. М.\* — д.м.н., профессор, член-корр. РАН, директор, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, ORCID: 0000-0002-4453-8430, Николаев Н. А. — д.м.н., доцент, проректор по медицинской деятельности и региональному здравоохранению, профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, ORCID: 0000-0002-3758-4930, Скирденко Ю. П. — к.м.н., доцент кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, помощник проректора по медицинской деятельности и региональному здравоохранению, ORCID: 0000-0002-6225-2444, Шепель Р. Н. — зам. директора по перспективному развитию медицинской деятельности, главный внештатный специалист по терапии Минздрава России (Центральный федеральный округ), ORCID: 0000-0002-8984-9056, Викторова И. А. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической терапии и внутренних болезней, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава Омской области, ORCID: 0000-0001-8728-2722, Кузнецова М. В. — к.м.н., зам. директора по лечебной работе, ORCID: 0000-0002-2315-4825, Мордык А. В. — д.м.н., профессор, зав. кафедрой фтизиатрии, фтизиохирургии и инфекционных болезней, главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава Омской области, ORCID: 0000-0001-6196-7256, Андреев К. А. — инспектор управления по развитию регионального здравоохранения и медицинской деятельности, ORCID: 0000-0001-9976-573X, Бережной В. Г. — к.м.н., главный врач, ORCID: 0000-0001-8159-2471, Вершинина М. В. — д.м.н., доцент, профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины ДПО, ORCID: 0000-0001-6172-9012, Горбенко А. В. — инспектор управления по развитию регионального здравоохранения и медицинской деятельности, ORCID: 0000-0001-9703-9371, Друк И. В. — д.м.н., доцент, зав. кафедрой внутренних болезней и семейной медицины ДПО, ORCID: 0000-0001-8317-7765, Кореннова О. Ю. — д.м.н., профессор, главный врач, начальник отдела по развитию регионального здравоохранения управления по развитию регионального здравоохранения и медицинской деятельности, профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины ДПО, главный внештатный специалист кардиолог Минздрава Омской области, ORCID: 0000-0001-8047-5521, Костенко М. Б. — д.м.н., доцент, главный врач, профессор кафедры факультетской терапии и гастроэнтерологии, ORCID: 0000-0001-6627-6040, Лисичкина А. В. — главный врач, ORCID: 0000-0003-0160-4853, Надей Е. В. — к.м.н., доцент, доцент кафедры внутренних болезней и семейной медицины ДПО, ORCID: 0000-0003-0440-7118, Овсянников Н. В. — д.м.н., доцент, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней, ORCID: 0000-0002-9945-7881, Пузырева Л. В. — к.м.н., доцент, доцент кафедры фтизиатрии, фтизиохирургии и инфекционных болезней, ORCID: 0000-0003-0495-3645, Толох И. М. — главный врач, ORCID: 0000-0001-5637-291X, Федорин М. М. — инспектор управления по развитию регионального здравоохранения и медицинской деятельности, ORCID: 0000-0002-0238-4664].

**Relationships and Activities:** none.

\*Corresponding author: drapkina@bk.ru

Livzan M. A. ORCID: 0000-0002-6581-7017, Drapkina O. M.\* ORCID: 0000-0002-4453-8430, Nikolaev N. A. ORCID: 0000-0002-3758-4930, Skirdenko Y. P. ORCID: 0000-0002-6225-2444, Shepel R. N. ORCID: 0000-0002-8984-9056, Viktorova I. A. ORCID: 0000-0001-8728-2722, Kuznetsova M. V. ORCID: 0000-0002-2315-4825, Mordyk A. V. ORCID: 0000-0001-6196-7256, Andreev K. A. ORCID: 0000-0001-9976-573X, Berezhnoy V. G. ORCID: 0000-0001-8159-2471, Vershinina M. V. ORCID: 0000-0001-6172-9012, Gorbenko A. V. ORCID: 0000-0001-9703-9371, Druk I. V. ORCID: 0000-0001-8317-7765, Korennova O. Yu. ORCID: 0000-0001-8047-5521, Kostenko M. B. ORCID: 0000-0001-6627-6040, Lisichkina A. V. ORCID: 0000-0003-0160-4853, Nadey E. V. ORCID: 0000-0003-0440-7118, Ovsyannikov N. V. ORCID: 0000-0002-9945-7881, Puzyreva L. V. ORCID: 0000-0003-0495-3645, Tolokh I. M. ORCID: 0000-0001-5637-291X, Fedorin M. M. ORCID: 0000-0002-0238-4664.

**Received:** 17/05-2021

**Revision Received:** 20/05-2021

**Accepted:** 20/05-2021

**For citation:** Livzan M. A., Drapkina O. M., Nikolaev N. A., Skirdenko Y. P., Shepel R. N., Viktorova I. A., Kuznetsova M. V., Mordyk A. V., Andreev K. A., Berezhnoy V. G., Vershinina M. V., Gorbenko A. V., Druk I. V., Korennova O. Yu., Kostenko M. B., Lisichkina A. V., Nadey E. V., Ovsyannikov N. V., Puzyreva L. V., Tolokh I. M., Fedorin M. M. Algorithms for adult outpatient care of coronavirus disease 2019 (COVID-19) and its assumption. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2021;20(4):2916. (In Russ.) doi:10.15829/1728-8800-2021-2916

КТ — компьютерная томография, ОРВИ — острая респираторная вирусная инфекция, ОРИ — острая респираторная инфекция, РНК — рибонуклеиновая кислота, УЗИ — ультразвуковое исследование, ФР — факторы риска, ЭКГ — электрокардиограмма, ОРИТ — отделение реанимации и интенсивной терапии, ОГК — органы грудной клетки, COVID-19 — "Coronavirus disease 2019", RASS — The Richmond Agitation-Sedation Scale, SARS-CoV-2 — Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (коронавирус 2, вызывающий тяжелый острый респираторный дистресс-синдром).

Начавшаяся в декабре 2019г пандемия нового заболевания, вызванного коронавирусом, которому Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020г присвоил официальное название SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2, коронавирус 2, вызывающий тяжелый острый респираторный дистресс-синдром), а Всемирная организация здравоохранения в этот же день установила официальное название "Coronavirus disease 2019" (COVID-19) [1], изменила жизнь всего человечества. Она поставила перед специалистами в области охраны здоровья и врачами трудные задачи, связанные с быстрой диагностикой и клиническим ведением больных COVID-19 в условиях, когда сведения об эпидемиологии, клинических особенностях, профилактике и лечении нового заболевания были крайне ограничены, а часто и вовсе отсутствовали.

В этой чрезвычайной ситуации государственная система здравоохранения России смогла в кратчайшие сроки мобилизоваться и переориентироваться на борьбу с новым заболеванием. Огромную роль в этом сыграли и продолжают играть в настоящее время временные методические рекомендации, направленные на объединение и максимально быстрое распространение лучшего опыта по профилактике, диагностике и лечению COVID-19. Уже 29 января 2020г Министерство здравоохранения Российской Федерации выпустило первую версию Временных методических рекомендаций "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)" [2].

В настоящее время накоплен значительный опыт борьбы с COVID-19, сформирована постоянно обновляемая комплексная научно-практическая, методическая и правовая база. Мероприятия по предупреждению завоза и снижению рисков распространения COVID-19 регулируются распо-

ряжениями Правительства Российской Федерации (от 30.01.2020 № 140-п, от 31.01.2020 № 154-п, от 03.02.2020 № 194-п, от 18.02.2020 № 338-п, от 27.02.2020 № 447-п, от 27.02.2020 № 446-п, от 27.02.2020 № 448-п от 16.03.2020 № 635-п, от 06.03.2020 № 550-п, от 12.03.2020 № 597-п, от 14.03.2020 № 622-п, от 16.03.2020 № 730-п, от 27.03.2020 № 763-п, от 01.08.2020 №1996-п, от 01.08.2020 № 1997-п, от 02.09.2020 № 2236-п, от 12.09.2020 № 2338-п, от 20.09.2020 № 2406-п, от 14.10.2020 № 2649-п) и постановлениями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации (от 24.01.2020 № 2, от 31.01.2020 № 3, от 02.03.2020 № 5, от 13.03.2020 № 6, от 18.03.2020 № 7, от 30.03.2020 № 9, от 03.04.2020 № 10, от 13.04.2020 № 11, от 22.05.2020 № 15, от 07.07.2020 № 18, от 13.07.2020 № 20, от 15.07.2020 № 21, от 27.07.2020 № 22, от 18.09.2020 № 27, от 16.10.2020 № 31, от 13.11.2020 № 34, от 13.11.2020 № 35). Мероприятия по недопущению распространения COVID-19 в медицинских организациях проводятся в соответствии с приказом Минздрава России от 19.03.2020 № 198н "О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19" (в постоянно актуализируемых приказах Минздрава России редакциях). А 7 мая 2021г Минздравом России была опубликована уже 12-я версия временных методических рекомендаций "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)" [3].

Временные методические рекомендации содержат детализированные и структурированные сведения для всех уровней оказания медицинской помощи больным COVID-19 — амбулаторно-поликлинического, стационарного, реабилитационного и профилактического. Вместе с тем, такой формат рекомендаций несколько ограничивает возмож-

ность их оперативного использования в амбулаторной практике, в первую очередь — в качестве пособия деятельности врача-терапевта участкового.

Понимая это, по инициативе Министерства здравоохранения Омской области и Омского государственного медицинского университета, при активном участии ФГБУ “НМИЦ ТПМ” Минздрава России, были созданы рабочая группа и комитет экспертов, целью которых стала разработка “Алгоритма амбулаторной медицинской помощи взрослым пациентам с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) и подозрением на неё”, с его постоянной актуализацией на основе актуальных версий временных методических рекомендаций “Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)” и приказа Минздрава России от 19.03.2020 № 198н “О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19”. Одной из важных задач рабочей группы стало форматирование алгоритмов в максимально лаконичном и компактном виде, удобном для визуального восприятия (Приложение 1).

Основу рабочей группы составили работники — представители профессорско-преподавательского состава клинического профиля, главные внештатные специалисты различных уровней и специалисты-организаторы здравоохранения, а комитета экспертов — руководители амбулаторно-поликлинических и стационарных медицинских организаций (в т.ч. перепрофилированных для оказания помощи больным COVID-19), научные работники, работники структурных подразделений по развитию регионального здравоохранения и представители практического здравоохранения.

В настоящее время подготовлена и актуализирована версия 5 алгоритмов, созданная на основе версии 11 временных методических рекомендаций “Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)” и приказа Минздрава России от 19.03.2020 № 198н “О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19” в редакции Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 04.12.2020 № 1288н “О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020г № 198н”.

Первая часть алгоритма посвящена диагностике COVID-19. Алгоритм открывает представленная в табличной форме классификация COVID-19 по степени тяжести. Учитывая эмпирически меняющийся подход к использованию методов лучевой визуализации (в первую очередь — компьютерной

томографии, КТ) с целью диагностики, для оптимизации работы врачей первичного звена здравоохранения в эту часть алгоритма включены блок КТ-критериев по объему поражения, показания к КТ, а внимание врачей акцентировано на том, что данные лучевого исследования не заменяют результаты исследования на рибонуклеиновую кислоту (РНК) SARS-CoV-2. Отсутствие изменений при КТ не исключает наличия COVID-19 и возможности развития пневмонии после проведения исследования. При отсутствии симптомов и легком течении острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) применение рентгенографии, КТ и ультразвуковых исследований (УЗИ) не рекомендуется, за исключением случаев, когда у пациента есть факторы риска. Дополнительно указано, что МРТ и УЗИ не являются стандартными процедурами и не заменяют КТ. Не рекомендовано применение методов лучевой диагностики при отсутствии симптомов острой респираторной инфекции (ОРИ) у пациентов с положительными результатами на РНК SARS-CoV-2 и при наличии данных, указывающих на возможность инфицирования.

В эту часть алгоритма включена схема диагностического скрининга случаев, подозрительных на COVID-19, вероятных (клинически подтвержденных) и подтвержденных. В алгоритме внимание врачей привлечено к тому, что лабораторное исследование на наличие РНК SARS-CoV-2 необходимо проводить всем лицам с признаками ОРИ. При отрицательном результате, полученном при определении антигена SARS-CoV-2 методами иммунохроматографии или другими иммунохимическими методами, рекомендовано определение РНК SARS-CoV-2 с применением методов амплификации нуклеиновых кислот. В обязательном порядке такое обследование необходимо выполнить лицам: прибывшим на территорию Российской Федерации с наличием симптомов ОРИ или при их появлении в течение периода медицинского наблюдения; контактировавшим с больным COVID-19, при появлении симптомов, не исключающих COVID-19, в ходе медицинского наблюдения и при отсутствии клинических проявлений — на 8-10 календарный день медицинского наблюдения со дня контакта с больным COVID-19; с диагнозом “внебольничная пневмония”; в возрасте >65 лет, обратившихся за медицинской помощью с респираторными симптомами.

В алгоритм включена разработанная для 10-й версии временных методических рекомендаций таблица интерпретации результатов исследования амплификации нуклеиновых кислот и иммунохимическими методами, которая, будучи простой и наглядной, представляет большую ценность для практического применения.

Отдельными блоками алгоритма выделены для практических врачей амбулаторного звена основ-

ные характеристики клинических особенностей, клинических вариантов и проявления COVID-19. Учитывая особенности течения заболевания у пациентов пожилого и старческого возраста и частое развитие в этой возрастной группе атипичной картины заболевания без лихорадки и кашля вследствие сниженной реактивности, с невыраженными симптомами, не соответствующими тяжести заболевания и серьезности прогноза, но при этом часто сопровождающимся делирием и бредом, в алгоритм включена краткая шкала оценки спутанности сознания (для выявления признаков делирия у пациентов пожилого и старческого возраста), включающая оценку изменения уровня сознания по Ричмондской шкале ажитации (The Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS).

Во второй части алгоритма приведены варианты действий медицинских работников на амбулаторном этапе, в т.ч. на дому, у пациентов с ОРИ, в частности — при зафиксированном случае контакта с больным COVID-19, при ОРИ легкого течения у пациентов не из групп риска и входящих в группу риска, а также при ОРИ среднетяжелого и тяжелого течения.

Рассмотрены подходы к возможности лечения пациентов на дому. Указано, что оно у пациентов с положительным результатом теста на COVID-19 может оказываться в случае отсутствия клинических проявлений заболевания, при легком течении заболевания, а также при среднетяжелом течении заболевания у взрослых при наличии для этого подходящих условий (возможность обеспечения самоизоляции больного, отсутствие совместно проживающих с больным лиц >65 лет и т.д.). Обращено внимание врачей на то, что пациент должен быть проинформирован медицинским работником о необходимости вызова врача или бригады скорой медицинской помощи при ухудшении самочувствия, а также о возможных способах обращения за медицинской помощью. Лица, проживающие с пациентом в одном помещении, должны быть проинформированы о рисках заболевания COVID-19 и необходимости временного проживания в другом месте.

Пациент и лица, проживающие с ним, также должны быть проинформированы об ответственности, вплоть до уголовной, за нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание. При этом пациент и лица, проживающие с ним, должны быть обеспечены информационными материалами по вопросам ухода за пациентами, больными COVID-19, и общими рекомендациями по защите от инфекций, передающихся воздушно-капельным и контактным путем. В случае принятия решения о дальнейшем оказании медицинской помощи пациенту в амбулаторных условиях, обязательно должно быть оформлено информированное добро-

вольное согласие на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях и соблюдение режима изоляции при лечении COVID-19.

В этом же разделе алгоритма приведены критерии амбулаторного мониторинга. Особое внимание врачей акцентировано на эпизодах повторного повышения температуры тела после её нормализации в течение  $\geq 1$  сут., к показателям частоты дыхания (с учетом того, что в случае увеличения частоты дыхательных движений необходимо ориентироваться не только на стандартные нормальные значения показателя, но и на прирост показателя в сравнении с исходным), и выделены показания к госпитализации пациентов с COVID-19, находящихся на амбулаторном лечении.

Третий раздел алгоритма посвящен действиям по медикаментозной профилактике на амбулаторном этапе в зависимости от клинической ситуации и схемам лекарственной терапии больных COVID-19 на амбулаторном этапе при легком и среднетяжелом течении. Важно отметить, что в алгоритме нашли свое отражение принципиальные изменения лекарственной терапии, появившиеся в 11-й версии временных методических рекомендаций, наиболее важными из которых является окончательное исключение из рекомендуемых схем препаратов гидроксихлорохина.

Это позволило существенно оптимизировать и упростить ряд аспектов амбулаторной курации пациентов, поскольку отпала необходимость в предикции и мониторинге кардиотоксических эффектов хлорохинов. Напомним, что при терапии гидроксихлорохином всем пациентам требовалось дополнительно выполнять электрокардиографию (ЭКГ) перед началом лечения, с контролем 1 раз в 5 дней с оценкой величины QT ЭКГ (QTc). Для контроля кардиотоксичности было необходимо выполнить ЭКГ на 3-й день терапии через 2-3 ч после приема дозы препарата. Все амбулаторные пациенты должны были тщательно следить за симптомами, обращая внимание на факторы риска (ФР) аритмии (обмороки, обезвоживание, прием новых лекарств и ухудшение состояния здоровья). При выявлении ФР аритмии показана внеочередная ЭКГ. При амбулаторном применении гидроксихлорохина в условиях карантина и ограниченности ресурсов (отсутствие возможности контроля ЭКГ и электролитов в плазме) также было необходимо оценивать риск лекарственно-ассоциированного удлинения интервала QT по шкале Тисдейла и выявлять дополнительные ФР удлинения интервала QT по модифицированному чек-листу.

В этом же разделе алгоритма внимание врачей обращено на три проблемных вопроса при организации амбулаторной помощи больным COVID-19. Это особенности применения средств антибактериальной терапии, кортикостероидов и препаратов для симптоматического лечения.

Заключительный раздел алгоритма описывает особенности диспансерного наблюдения больных с COVID-19. В частности указывается, что пациентам, выписанным после длительной искусственной вентиляции легких и/или с признаками значительных функциональных/органических нарушений, через 4 нед. после выписки необходимо дистанционное консультирование (оценка общего состояния, выявление депрессии, симптомов, подозрительных на тромбоэмболию, других синдромов и заболеваний), а через 8 нед. после выписки — обязательное посещение врача, с исследованиями по показаниям. При отсутствии жалоб и патологических изменений у таких пациентов дальнейшее диспансерное наблюдение должно осуществляться в соответствии с приказом Минздрава России от 29.03.2019г №173н «Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми». При выявлении на КТ легких признаков легочного фиброза, интерстициальных болезни легких, васкулита — направление к пульмонологу; при отсутствии таких изменений, но наличии жалоб или изменений в результатах других исследований — дифференциальный диагноз с другими заболеваниями/состояниями. За пациентами с перенесенной пневмонией легкой или средней тяжести, которые не нуждались в лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), в т.ч. проходившим лечение амбулаторно, сразу устанавливается наблюдение в соответствии с приказом Минздрава России от 29.03.2019г № 173н, с определением сатурации и проведением рентгенографии органов грудной клетки (ОГК).

## Литература/References

1. Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it. (In Russ.) Наименование заболевания, вызванного коронавирусом (COVID-19), и вирусного возбудителя. [https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/ru/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it).
2. Avdeev SN, Adamyan LV, Baranov AA, et al. Prevention, diagnosis and treatment of new coronavirus infection (2019-NCOV). Temporary guidelines. Electronic resource. The Ministry of Health of the Russian and The Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Wellbeing. Moscow, 2020. Volume Version 1. (In Russ.) Авдеев С.Н., Адамян Л.В., Баранов А.А. и др. Профилактика, диагностика и лечение
3. Avdeev SN, Adamyan LV, Alekseeva EI, et al. Prevention, diagnosis and treatment of new coronavirus infection (COVID-19). Moscow, 2021. Volume Version 11 (7.05.2021). (In Russ.) Авдеев С.Н., Адамян Л.В., Алексеева Е.И. и др. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Москва, 2021. Том Версия 11 (7.05.2021). <https://base.garant.ru/400738625>.

Акцентировано внимание врачей на то, что при диспансерном наблюдении перенесших COVID-19 больных необходимо проводить оценку психосоциальных ФР, включая выявление симптомов тревоги и депрессии, с коррекцией выявленных отклонений, при необходимости — с привлечением психолога, психиатра, социальных работников, а также информировать всех пациентов о том, что при прогрессировании или появлении новых респираторных симптомов до даты планового осмотра им следует сразу обратиться за медицинской помощью.

Мониторинг применения “пилотных” версий алгоритма в клинической практике, проводимый комитетом экспертов и рабочей группой на пилотной площадке — в амбулаторно-поликлиническом звене медицинских организаций системы здравоохранения Омской области, показал его хорошую применимость и удобство в амбулаторно-поликлинической службе, что позволило, начиная с версии 3, все последующие актуализированные пересмотры использовать в работе терапевтической службы Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Авторы выражают надежду, что дальнейшее применение алгоритма будет полезным в деятельности работников амбулаторно-поликлинических учреждений Российской Федерации.

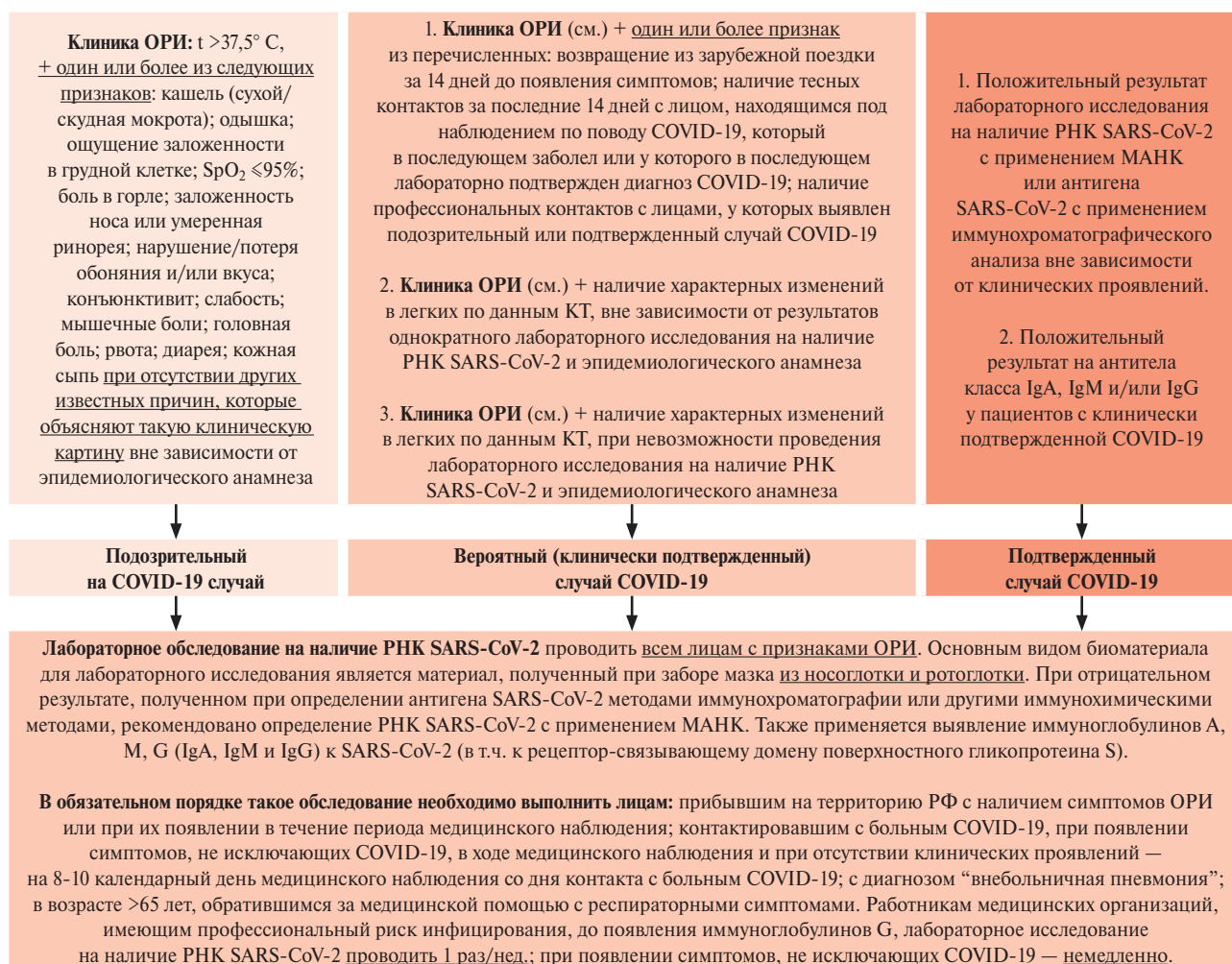
**Отношения и деятельность:** все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

## Приложение 1

### АЛГОРИТМ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛЫМ ПАЦИЕНТАМ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19) И ПОДОЗРЕНИЕМ НА НЕЁ Версия 5.0 (08.05.2021)

СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ COVID-19			
ЛЕГКАЯ	СРЕДНЯЯ	ТЯЖЕЛАЯ	КРАЙНЕ ТЯЖЕЛАЯ
t <38° С, кашель, слабость, боли в горле <i>при отсутствии критериев более тяжелого течения</i>	t >38° С, ЧДД >22/мин, одышка при физической нагрузке, изменения при КТ 1-2, SpO <sub>2</sub> <95%, СРБ сывороточной крови >10 мг/л	ЧДД >30/мин, SpO <sub>2</sub> <93%, PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> <300 мм рт.ст., снижение уровня сознания, ажитация, САД <90 мм рт.ст. или ДАД <60 мм рт.ст., диурез <20 мл/ч, изменения при КТ 3-4, лактат артериальной крови >2 ммоль/л, qSOFA >2 баллов	стойкая t >38° С, ОДН с необходимостью респираторной поддержки, септический шок, полиорганная недостаточность, изменения при КТ 4 или ОРДС
<p><b>КТ-1 (минимальный) &lt;25% объема легочной ткани, КТ-2 (средний) — 25-50%, КТ-3 (значительный) — 50-75%, КТ-4 (субтотальный) ≥75%.</b> Показания к КТ: <u>первичная оценка состояния ОГК у пациентов с тяжелыми прогрессирующими формами заболевания; дифференциальная диагностика выявленных изменений; медицинская сортировка и оценка динамики процесса при среднетяжелом, тяжелом и крайне тяжелом течении заболевания.</u></p> <p><b>ВАЖНО!</b> Данные лучевого исследования не заменяют результаты исследования на РНК SARS-CoV-2. Отсутствие изменений при КТ не исключают наличие COVID-19 и возможность развития пневмонии после проведения исследования. <u>При отсутствии симптомов и легком течении ОРВИ применение рентгенографии, компьютерной томографии и УЗИ не рекомендуется, за исключением случаев, когда у пациента есть факторы риска.</u></p> <p>МРТ и УЗИ не являются стандартными процедурами и не заменяют КТ. <u>Не рекомендовано применение методов лучевой диагностики при отсутствии симптомов ОРВИ у пациентов с положительными результатами на РНК SARS-CoV-2 и при наличии данных, указывающих на возможность инфицирования.</u></p>			

#### Диагностический скрининг на амбулаторном этапе



### Интерпретация результатов исследования МАНК и иммунохимическими методами

Результаты исследования SARS-CoV-2				Интерпретация*
РНК	Антиген	IgM/IgA	IgG	* результаты исследований суммарных антител интерпретируют в соответствии с включенным в определение видом антител
-	-	-	-	Отсутствие текущей и ранее перенесенной COVID-19
+	+	-	-	Острая фаза инфекции. Серонегативный период. Результат может предшествовать появлению симптомов COVID-19
+	+	+	-	Острая фаза инфекции, Начало развития иммунного ответа
+	+	+	+	Острая фаза инфекции, выраженный иммунный ответ на COVID-19
-	-	+	+	Поздняя фаза заболевания или выздоровление, выраженный иммунный ответ
-	-	-	+	Наличие COVID-19 в прошлом или период выздоровления. Сформирован иммунитет к SARS-CoV-2

### Клинические особенности COVID-19

Инкубационный период составляет от 2 до 14 сут. (в среднем 5-7 сут.). Для COVID-19 характерно наличие клинических симптомов ОРВИ: повышение t тела (>90%); кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты) в 80% случаев; одышка (30%); отумляемость (40%); ощущение заложенности в грудной клетке (>20%). **Также могут отмечаться:** боль в горле, насморк, снижение обоняния и вкуса, признаки конъюнктивита.

Наиболее тяжелая одышка развивается к 6-8-му дню от момента заболевания. Также среди первых симптомов могут быть миалгия (11%), спутанность сознания (9%), головная боль (8%), кровохарканье (2-3%), диарея (3%), тошнота, рвота, сердцебиение. Данные симптомы в начале болезни могут наблюдаться и при отсутствии повышения температуры тела.

### Клинические варианты и проявления COVID-19

ОРВИ (поражение только верхних отделов дыхательных путей); Пневмония без дыхательной недостаточности; ОРДС (пневмония с ОДН); Сепсис, септический (инфекционно-токсический) шок; ДВС-синдром, тромбозы и тромбозболнии. Гипоксемия ( $SpO_2 < 88\%$ ) развивается у >30% пациентов.

### Особенности клинических проявлений у пациентов пожилого и старческого возраста

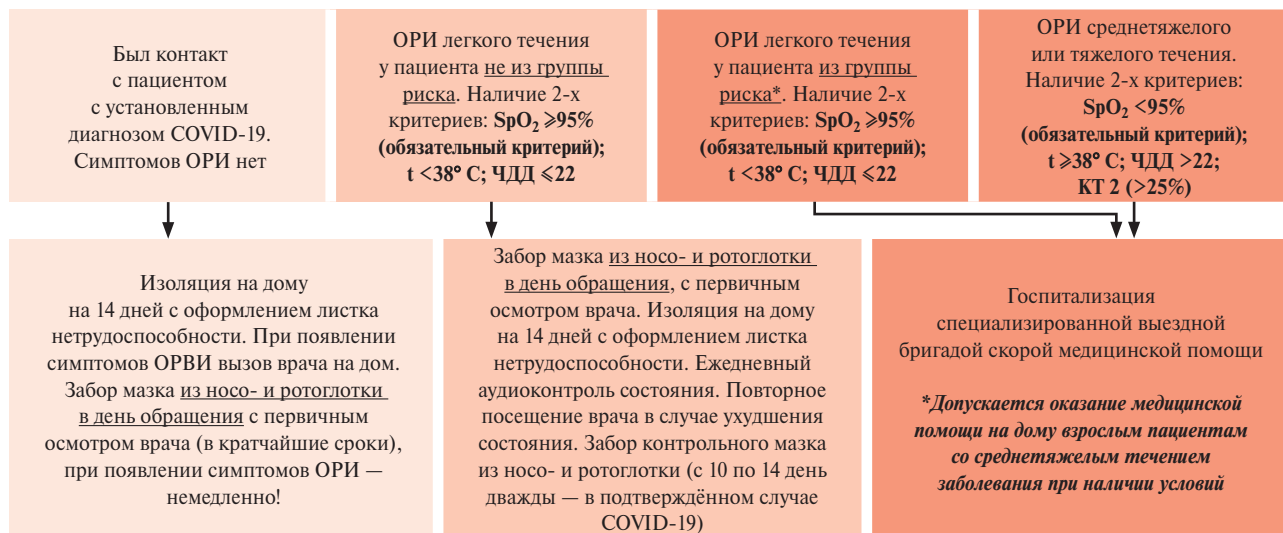
У пациентов старческого возраста может наблюдаться атипичная картина заболевания без лихорадки и кашля вследствие сниженной реактивности. Симптомы COVID-19 могут быть невыраженными и не соответствовать тяжести заболевания и серьезности прогноза. Атипичные симптомы COVID-19 у пациентов пожилого и старческого возраста включают делирий и бред.

### Краткая шкала оценки спутанности сознания

(для выявления признаков делирия у пациентов пожилого и старческого возраста)

<b>ЭТАП 1. Оценка остроты и волнообразности изменений психического статуса</b>	
<b>Оценка:</b> Имеются ли изменения психического статуса относительно исходного уровня? ИЛИ Отмечались ли волнообразные изменения психического статуса в течение последних 24 часов?	Если ответы на оба вопроса "НЕТ" → ДЕЛИРИЯ НЕТ; на 1 вопрос "ДА" → этап 2
<b>ЭТАП 2. Оценка нарушения внимания</b>	
<b>Оценка:</b> "Сжимайте мою руку каждый раз, когда я скажу букву А" "Прочитайте следующую последовательность букв: Л А М П А А Л А Д Д И Н А" ОШИБКИ: не сжимает на букву А и сжимает на другие буквы	0-2 ошибки → ДЕЛИРИЯ НЕТ; ≥ 2 ошибок → этап 3
<b>ЭТАП 3. Оценка изменения уровня сознания (уровень сознания на текущий момент)</b>	
<b>Оценка по Ричмондской шкале агитации (The Richmond Agitation-Sedation Scale, RASS):</b> +4 ВОИНСТВЕННЫЙ: воинственен, агрессивен, опасен для окружающих (срочно сообщить врачу об этих явлениях); +3 ОЧЕНЬ ВОЗБУЖДЕН: агрессивен, пытается вырвать трубки, капельницу или катетер (сообщить врачу); +2 ВОЗБУЖДЕН: частые бесцельные движения, сопротивление процедурам; +1 НЕСПОКОЕН: тревожен, неагрессивные движения; 0 СПОКОЕН И ВНИМАТЕЛЕН; -1 СОНЛИВ: невнимателен, сонлив, но реагирует всегда на голос; -2 ЛЕГКАЯ СЕДАЦИЯ: просыпается на короткое время на голос; -3 СРЕДНЯЯ СЕДАЦИЯ: движение или открытие	RASS* не 0 → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ; RASS* = 0 → этап 4
<b>ЭТАП 4. Оценка дезорганизованности сознания</b>	
<b>Оценка:</b> 1. Камень будет держаться на воде? 2. Рыба живет в море? 3. Один килограмм весит больше двух? 4. Молотком можно забить гвоздь? Команда: "Покажите столько пальцев" (покажите 2 пальца) "Теперь сделайте то же другой рукой" (не демонстрируйте) ИЛИ "Добавьте еще один палец" (если пациент не может двигать обеими руками)	≥ 2 ошибок → ДЕЛИРИЙ ЕСТЬ; 0-1 ошибка → ДЕЛИРИЯ НЕТ
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ДЕЛИРИЙ/ДЕЛИРИЯ НЕТ</b>	

Варианты действий медицинских работников на амбулаторном этапе  
(в том числе на дому), у пациентов с ОРИ



**ЛЕЧЕНИЕ НА ДОМУ:** Медицинская помощь пациенту с положительным результатом теста на COVID-19 может оказываться на дому в случае отсутствия клинических проявлений заболеваний, при легком течении заболевания ( $t < 38,0^\circ C$ , ЧДД  $\leq 22$  в мин,  $SpO_2 \geq 93\%$ ), а также при среднетяжелом течении заболевания у взрослых при наличии условий (возможность обеспечения самоизоляции больного, отсутствие совместно проживающих с больным лиц  $> 65$  лет и т.д.). Пациент должен быть проинформирован медицинским работником о необходимости вызова врача или бригады скорой медицинской помощи при ухудшении самочувствия ( $t$  тела  $> 38,5^\circ C$  в течение 3 дней и более, появление затрудненного дыхания, одышки,  $SpO_2 < 93\%$ ), а также о возможных способах обращения за медицинской помощью. Лица, проживающие с пациентом в одном помещении, должны быть проинформированы о рисках заболевания COVID-19 и необходимости временного проживания в другом месте. Пациент и лица, проживающие с ним, должны быть проинформированы о том, что нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание, может повлечь привлечение их к уголовной ответственности, предусмотренной статьей 236 Уголовного кодекса РФ (Собрание законодательства РФ, 1996, № 25, ст. 2954; 2011, № 50, ст. 7362). Пациент и лица, проживающие с ним, должны быть обеспечены информационными материалами по вопросам ухода за пациентами, больными COVID-19, и общими рекомендациями по защите от инфекций, передающихся воздушно-капельным и контактным путем. В случае принятия решения о дальнейшем оказании медицинской помощи пациенту в амбулаторных условиях (на дому) оформляется согласие на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) и соблюдение режима изоляции при лечении COVID-19.

**АМБУЛАТОРНЫЙ МОНИТОРИНГ. Мониторинг температуры тела** (ежедневно минимум 2 раза в день в утренние и вечерние часы); особого внимания требуют эпизоды повторного повышения  $t$  тела после нормализации в течение 1 и более суток.

**Мониторинг ЧДД** оценивается ежедневно, в случае увеличения ЧДД необходимо ориентироваться не только на стандартные нормальные значения показателя, но и на прирост показателя в сравнении с исходным ЧДД. При развитии или нарастании признаков дыхательной недостаточности необходимо тщательно контролировать  $SpO_2$ . При ЧДД  $\geq 22$  в мин при лечении на дому необходимо решать вопрос о госпитализации пациента в стационар.

Пациент с положительным результатом теста на COVID-19 подлежит госпитализации: при средней, тяжелой и крайне тяжелой степени тяжести заболевания (критерии тяжести — в таблице “Степень тяжести COVID-19”); при сохранении в период амбулаторного лечения  $t \geq 38,0^\circ C$  на протяжении  $\geq 3$  дней; вне зависимости от высоты температуры, при наличии ЧДД  $\geq 22$  в мин и/или  $SpO_2 < 93\%$ ; при легком течении заболевания, в случае если возраст пациента  $> 65$  лет или имеются симптомы ОРВИ в сочетании с ХСН, СД, заболеваниями дыхательной системы — бронхиальная астма, ХОБЛ (данной категории пациентов медицинская помощь может оказываться амбулаторно при наличии условий); при совместном проживании с лицами, относящимися к “группе риска” (лица  $> 65$  лет; лица с наличием хронических заболеваний бронхолегочной, сердечно-сосудистой, эндокринной систем, системными заболеваниями соединительной ткани, хронической болезнью почек, онкологическими заболеваниями, иммунодефицитами, болезнями двигательного нейрона, циррозом печени, хроническим и воспалительными заболеваниями кишечника) и невозможности их отселения независимо от тяжести течения заболевания у пациента; при легком течении заболевания у детей при наличии у них симптомов ОРВИ в сочетании с хроническими заболеваниями: сердечной недостаточностью, СД, бронхиальной астмой, врожденными пороками сердца и легких, находящихся на иммуносупрессивной терапии и других; совместное проживание с лицами из “группы риска”.

**Подлежат госпитализации вне зависимости от степени тяжести:** пациенты, относящиеся к группе риска (65+, при наличии: АГ; ХСН; онкологических заболеваний; гиперкоагуляции; ДВС-синдрома; ОКС; СД; болезни двигательного нейрона; цирроза печени; длительном приеме ГК и биологической терапии по поводу воспалительных заболеваний кишечника; ревматоидного артрита; пациенты, получающие гемодиализ или перитонеальный диализ; пациенты с иммунодефицитными состояниями, в т.ч. с ВИЧ-инфекцией без антиретровирусной терапии; получающие химиотерапию); пациенты, проживающие в общежитии, многоквартирной квартире, с лицами  $> 65$  лет, с лицами, страдающими хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем.



### Медикаментозная профилактика на амбулаторном этапе в зависимости от клинической ситуации

Здоровые лица и лица из группы риска (>60 лет или с сопутствующими хроническими заболеваниями)	Постконтактная профилактика у лиц при единичном контакте с подтвержденным случаем COVID-19, включая медработников
<b>СХЕМА 1:</b> ИФН-α (интраназальные формы) в соответствии с инструкцией по применению (спрей, капли, раствор, лиофилизат, гель, мазь), ИЛИ	
<b>СХЕМА 2:</b> Умифеновир по 200 мг 2 раза/нед. в течение 3 нед.	<b>СХЕМА 2:</b> Умифеновир по 200 мг 1 раз/сут. в течение 10-14 дней
При необходимости профилактические курсы повторяют; беременным назначают только рекомбинантный ИФН-α2b	

### Лекарственная терапия больных COVID-19 на амбулаторном этапе при легком течении

#### СХЕМА 1 (ПРИОРИТЕТНАЯ):

- 1). Фавипиравир:** с массой <75 кг — по 1600 мг 2 раза/сут. в 1-й день и далее по 600 мг 2 раза/сут. со 2-го по 10-й дни; с массой ≥75 кг — по 1800 мг 2 раза/сут. в 1-й день и далее по 800 мг 2 раза/сут. со 2-го по 10-й дни
- 2). ИФН-α, интраназальные формы:** в соответствии с инструкцией по применению препарата (спрей, капли, раствор, лиофилизат, гель, мазь)
- 3). Парацетамол:** 1-2 таб. (0,5-1,0 г) 2-3 раза/сут., не >4 г/сут. (при t тела >38° С)

#### СХЕМА 2:

- 1). Умифеновир:** по 200 мг 4 раза/сут. в течение 5-7 дней
- 2). ИФН-α, интраназальные формы:** в соответствии с инструкцией по применению препарата (спрей, капли, раствор, лиофилизат, гель, мазь)
- 3). Парацетамол:** 1-2 таб. (0,5-1,0 г) 2-3 раза/сут., не >4 г/сут. (при t тела >38° С)

### Лекарственная терапия больных COVID-19 на амбулаторном этапе при среднетяжелом течении

#### СХЕМА 1:

- 1). Фавипиравир:** с массой <75 кг — по 1600 мг 2 раза/сут. в 1-й день и далее по 600 мг 2 раза/сут. со 2-го по 10-й дни; с массой ≥75 кг — по 1800 мг 2 раза/сут. в 1-й день и далее по 800 мг 2 раза/сут. со 2-го по 10-й дни
- 2). ИФН-α, интраназальные формы:** в соответствии с инструкцией по применению препарата (спрей, капли, раствор, лиофилизат, гель, мазь)
- 3). Парацетамол:** 1-2 таб. (0,5-1,0 г) 2-3 раза/сут., не >4 г/сут. (при t тела >38° С)
- 4). Ривароксабан<sup>1</sup>:** 10 мг 1 раз/сут. **или Апиксабан<sup>1</sup>:** 2,5 мг 2 раза/сут. **или Дабигатрана этексилат<sup>1,2</sup>:** 110 мг 2 раза/сут. (при клиренсе креатинина 30-49 мл/мин — 75 мг 2 раза/сут.) — вплоть до 30 дней

<sup>1</sup> — при наличии факторов риска тромбообразования (сильно ограниченная подвижность, наличие ТГВ/ТЭЛА в анамнезе, активное злокачественное новообразование, крупная операция или травма в предшествующий месяц; носительство тромбофилий — дефициты антитромбина, протенинов С или S, антифосфолипидный синдром, фактор V Лейден, мутация гена протромбина G-20210A), а также при сочетании дополнительных факторов риска ТГВ/ТЭЛА; возраст >70 лет;

<sup>2</sup> — эффективность дабигатрана этексилата в профилактике ТГВ/ТЭЛА изучена только при крупных ортопедических вмешательствах.

### Особенности лекарственной терапии взрослых пациентов на амбулаторном этапе

**АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ** длительностью 3-7 дней назначается только при наличии убедительных признаков ВП: лейкоцитоз >12x10<sup>9</sup>/л (при отсутствии предшествующего применения ГК), палочкоядерный сдвиг ≥10%, гнойная мокрота, повышение прокальцитонина ≥0,5 нг/мл. Нетяжелая ВП без сопутствующих заболеваний у пациентов, не принимавших за последние 3 мес. антибиотики ≥2 дней и без других факторов риска: **амоксциллин внутрь** (препарат выбора) **или макролиды внутрь** (альтернатива). Нетяжелая ВП у пациентов с сопутствующими заболеваниями и/или принимавшими за последние 3 мес. антибиотики ≥2 дней и/или имеющих другие факторы риска: **амоксциллин/клавулановая кислота (или другие ИЗП) внутрь** (препараты выбора) **или РХ** (левофлоксацин, моксифлоксацин) **внутрь или цефдиторен внутрь (альтернатива)**.

**КОРТИКОСТЕРОИДЫ** (метилпреднизолон, дексаметазон) показаны только при цитокиновом шторме! Не рекомендуется их использовать для лечения больных с легкой и умеренной степенью тяжести течения COVID-19, в т.ч. в амбулаторных условиях. Ранние предикторы развития цитокинового шторма: повышение сывороточной концентрации СРБ >46 мг/л, ферритина >250 нг/мл; лимфопения (<10%) и/или повышение активности АЛТ >60 Ед/л, и/или АСТ >87 Ед/л, и/или ЛДГ >416 Ед/л крови, и/или уровня D-димера крови (в 4 раза и более по сравнению с референсным значением) или его быстрое нарастание, и/или уровня тропонина I >1,09 нг/мл. Лабораторные признаки цитокинового шторма: лейкопения, снижение числа моноцитов, эозинофилов и базофилов, Т- и В-лимфоцитов крови, повышение сывороточного уровня интерлейкина-6 (>40 пг/мл), повышение уровня продуктов деградации фибрина, гиперфибриногенемия, нормальное или укороченное протромбиновое и активированное частичное тромбопластиновое время, нормальный уровень антитромбина III.

**СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ** включает: купирование лихорадки (жаропонижающие препараты, например, парацетамол); комплексную терапию ринита и/или ринофарингита (увлажняющие/элиминационные препараты, назальные деконгестанты); комплексную терапию бронхита (мукоактивные, бронхолитические и прочие средства). Жаропонижающие назначают при t >38,0-38,5° С. При плохой переносимости лихорадочного синдрома, головных болях, повышении артериального давления и выраженной тахикардии (особенно при наличии ишемических изменений или нарушения 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.

Особенности диспансерного наблюдения у больных с COVID-19

**Пациентам, выписанным после длительной ИВЛ, и/или с признаками значительных функциональных/органических нарушений:**  
**через 4 нед. после выписки:** дистанционное консультирование (оценка общего состояния, выявление депрессии, симптомов подозрительных на тромбоэмболию, других синдромов и заболеваний); **через 8 нед. после выписки:** посещение врача, с исследованиями (по показаниям): рентгенография ОГК; спирография; сатурация в покое и при нагрузке (возможен тест 6-минутной ходьбы с определением сатурации до и после теста); ЭхоКГ (по показаниям — другие исследования). При отсутствии жалоб и патологических изменений — диспансерное наблюдение в соответствии с приказом Минздрава России от 29.03.2019г № 173н “Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми”. При выявлении на КТ легких признаков легочного фиброза, интерстициальных заболеваний легких, васкулита — направление к пульмонологу; при отсутствии таких изменений, но наличии жалоб или изменений в результатах других исследований — дифференциальный диагноз с другими заболеваниями/состояниями.

**Пациентам с перенесенной пневмонией легкой или средней тяжести, которые не нуждались в лечении в ОРИТ (в т.ч. лечившимся амбулаторно):** наблюдение в соответствии с приказом Минздрава России от 29.03.2019г № 173н, с определением сатурации и проведением рентгенографии ОГК. Если в процессе стационарного лечения выявлено подозрение на злокачественное новообразование в легких — повторная рентгенография ОГК через 6 нед. после выписки (при необходимости — КТ легких и консультация онколога).

**Пациентам с сохраняющимися после выписки из стационара изменениями на рентгенограмме или КТ легких:**  
 рентгенография ОГК или КТ через 8 нед. после последней рентгенографии ОГК или КТ легких. *При выявлении патологических изменений:* спирография; сатурация в покое и при нагрузке (в т.ч. тест с 6-минутной ходьбой); ЭхоКГ. *При подозрении на ТЭЛА* — сразу выполнить КТ-ангиографию легочных артерий. *При подозрении на легочный фиброз, интерстициальные болезни легких* — выполнить КТ высокого разрешения (и диффузионный тест). При выявлении на КТ легких признаков интерстициальных заболеваний легких, легочных васкулитов, легочной гипертензии — направить к специалисту (пульмонологу, кардиологу). При отсутствии таких изменений, но наличии жалоб (или изменений в результатах других исследований) — дифференциальный диагноз с другими заболеваниями. При диспансерном наблюдении проводить оценку психосоциальных факторов риска (включая выявление симптомов тревоги и депрессии с помощью валидированных опросников), с коррекцией выявленных отклонений (при необходимости — с привлечением психолога, психиатра, социальных работников). **Информировать всех пациентов, что при прогрессировании или появлении новых респираторных симптомов до даты планового осмотра, им следует сразу обратиться за медицинской помощью.**

**Примечание:** АГ — артериальная гипертония, АЛТ — аланинаминотрансфераза, АСТ — аспартатаминотрансфераза, ВИЧ — вирус иммунодефицита человека, ВП — внебольничная пневмония, ГК — глюкокортикоиды, ДАД — диастолическое артериальное давление, ДВС-синдром — синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, ИВЛ — искусственная вентиляция легких, ИЗП — ингибитор защищенные пенициллины, ИФН- $\alpha$  — интерферон- $\alpha$ , КТ — компьютерная томография, ЛДГ — лактатдегидрогиназа, МАНК — методы амплификации нуклеиновых кислот, МРТ — магнитно-резонансная томография, ОГК — органы грудной клетки, ОДН — острая дыхательная недостаточность, ОКС — острый коронарный синдром, ОРВИ — острая респираторная вирусная инфекция, ОРДС — острый респираторный дистресс-синдром, ОРИ — острая респираторная инфекция, ОРИТ — отделение реанимации и интенсивной терапии, РНК — рибонуклеиновая кислота, РФ — Российская Федерация, РХ — респираторные хинолоны, САД — систолическое артериальное давление, СРБ — С-реактивный белок, СД — сахарный диабет, ТВГ — тромбоз глубоких вен, ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии, УЗИ — ультразвуковые исследования, ХОБЛ — хроническая обструктивная болезнь легких, ХСН — хроническая сердечная недостаточность, ЧДД — частота дыхательных движений, ЭКГ — электрокардиограмма, ЭхоКГ — эхокардиография, COVID-19 — “Coronavirus disease 2019”, FiO<sup>2</sup> (Fraction of Inspired Oxygen) — фракция кислорода во вдыхаемой газовой смеси, Ig — иммуноглобулин, PaO<sub>2</sub> — парциальное давление кислорода, qSOFA — шкала для определения риска развития неотложных и критических состояний, органно-системной дисфункции, SARS-CoV-2 — Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2 (коронавирус 2, вызывающий тяжелый острый респираторный дистресс-синдром), SpO<sub>2</sub> — уровень насыщения крови кислородом.