

УДК 614.2

DOI: <https://doi.org/10.17816/RFD83780>

Амбулаторное лечение пациентов с COVID-19: нормативные документы и/или клиническое мышление

В.В. Васильев^{1, 2}, Е.С. Романова¹, Г.Ю. Старцева¹, Н.И. Кузнецов¹

¹ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия;

² Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства, Санкт-Петербург, Россия

Согласно правовой базе оказания медицинской помощи, оценки и контроля ее качества в России лечащий врач должен неукоснительно выполнять положения нормативных документов. Однако рекомендованные алгоритмы соответствуют не всем клиническим случаям. Во время пандемии новой коронавирусной инфекции помимо следования установленным правилам, необходимо тщательное наблюдение за каждым пациентом и своевременная коррекция лечебно-диагностических мероприятий, в том числе за рамками предписанных требований. Методы дистанционного контроля состояния пациентов в существующем виде не обеспечивают объективной оценки отдельной клинической картины. Очные осмотры больных новой коронавирусной инфекцией, получающих медицинскую помощь амбулаторно, следует проводить не реже чем каждые 72 ч. Отсутствие эффекта от терапии в течение 3 сут может стать показанием для перевода пациента на следующий уровень оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: COVID-19; клиническое мышление; амбулаторное лечение; принятие медицинских решений.

Как цитировать:

Васильев В.В., Романова Е.С., Старцева Г.Ю., Кузнецов Н.И. Амбулаторное лечение пациентов с COVID-19: нормативные документы и/или клиническое мышление // Российский семейный врач. 2021. Т. 25. № 4. С. 31–36. DOI: <https://doi.org/10.17816/RFD83780>

DOI: <https://doi.org/10.17816/RFD83780>

Outpatient treatment of patients with COVID-19: Normative documents and/or clinical thinking

Valery V. Vasilyev^{1,2}, Elena S. Romanova¹, Galina Yu. Startseva¹, Nikolay I. Kuznetsov¹

¹ North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia;

² Pediatric Research and Clinical Center for Infectious Diseases, Saint Petersburg, Russia

The legal framework for the provision of medical care, its evaluation and control of quality in Russia requires the attending physician to strictly comply with the provisions of regulatory documents. At the same time, clinical practice shows that the recommended algorithms for the provision of care do not allow in all situations to provide medical care of adequate quality. Analysis of the clinical example shows that in the era of the COVID-19 pandemic, in addition to compliance with the established rules, a thorough assessment of a specific clinical situation in the dynamics of development is necessary and timely correction of treatment and diagnostic measures, including those in excess of the established requirements, are required. The methods of remote monitoring of the patient's condition need to be improved, since in their current form they do not provide an objective assessment of the patient's condition. Face-to-face examinations of patients with COVID-19 receiving medical care at home should be carried out at least every 72 hours, regardless of the result of the remote assessment. The absence of the effect of therapy within three days may be an indication for transferring the patient to a higher level of medical care.

Keywords: COVID-19; clinical thinking; outpatient treatment; medical decision making.

To cite this article:

Vasilyev VV, Romanova ES, Startseva GYu, Kuznetsov NI. Outpatient treatment of patients with COVID-19: Normative documents and/or clinical thinking. *Russian Family Doctor*. 2021;25(4):31–36. DOI: <https://doi.org/10.17816/RFD83780>

Received: 25.10.2021

Accepted: 16.11.2021

Published: 30.12.2021

ВВЕДЕНИЕ

Особенности проявлений эпидемического и инфекционного процессов при новой коронавирусной инфекции (COVID-19) обусловили разработку и внедрение Приказа Минздрава России от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции» и временных методических рекомендаций «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции». Эти документы в действующих редакциях составляют основу медицинской помощи, в частности, маршрутизации пациентов, и определяют лечебно-диагностическую тактику на разных этапах наблюдения за пациентом.

При этом ни один документ, даже тщательно подготовленный, не может предусмотреть все характеристики пациентов и заменить клиническое мышление лечащего врача. Постоянное развитие и неоднозначность профессиональных подходов к диагностике и лечению COVID-19 вызывают вопрос, при каких обстоятельствах допустимы отступления от требований нормативных документов и как эти отступления должны быть оформлены в медицинской документации.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Мы ознакомились с выпиской из учетной формы № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и приводим сведения о пациенте и клиническом случае.

Мужчина 52 лет, профессиональный водитель, осмотрен терапевтом на дому в первый день болезни. Он жаловался на повышение температуры тела до 38 °С, боль в горле, общую слабость. При объективном осмотре врач счел состояние пациента удовлетворительным: температура тела — 37,7 °С; кожные покровы обычной окраски, без сыпи; носовое дыхание затруднено; лимфатические узлы обычного размера, безболезненные при пальпации; пульс — 103 в минуту, ритмичный; артериальное давление — 135/80 мм рт. ст., тоны сердца ясные, ритмичные.

Таблица. Чек-лист динамического наблюдения пациента

Table. Follow-up checklist for the patient

День аудиоконтроля	1	2	3	4	5	6	7	
День болезни	2	3	5	6	7	8	9	10
Общее состояние: 1 — улучшилось, 2 — без изменений, 3 — ухудшилось	2	2	2	2	2	2	3	
Температура (максимальная) в течение дня, °С	37,7	37,9	37,7	37,5	37,7	37,9	37,9	
Кашель: 1 — есть, 2 — нет	2	2	2	2	2	2	1	
Жалобы на одышку, нехватку воздуха боли в грудной клетке: 1 — есть, 2 — нет	2	2	2	2	2	2	1	
Жалобы на работу желудочно-кишечного тракта (диарея, тошнота, рвота): 1 — есть, 2 — нет	2	2	2	2	2	2	2	

госпитализация

Перкуссия легких показала ясный звук, без притуплений. Аускультативные данные: дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Сатурация кислорода — 97 %. Живот обычной формы и размеров, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень при пальпации не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Со слов пациента, моча обычной окраски, стул в норме. Периферических отеков нет.

Пациенту поставили диагноз «острая респираторная вирусная инфекция» и выдали лист нетрудоспособности на 14 дней. Дополнительно у него взяли мазок на наличие COVID-19. Назначили: парацетамол в дозе 500 мг при температуре 38 °С (не более 4 раз в сутки); умифеновир по 200 мг 4 раза в сутки, 5 дней; орошения зева спреем Гексорал по 2 раза в сутки, 5 дней; спрей Тизин или Ксилен 0,1 % по 1 капле в каждый носовой ход не более 3 раз в сутки, 5 дней; Лизобакт, Доритрицин, Стрепсилс интенсив — по 1 таблетке 4 раза в сутки, 5 дней; интерферон рекомбинантный альфа по 3 капли 5 раз в сутки в каждый носовой ход, 5 дней. При ухудшении состояния пациенту рекомендовали вызвать на дом врача или бригаду неотложной помощи.

С точки зрения нормативных документов, действовавших на момент описываемой ситуации [1, 2], терапевт все сделал правильно, но не указал степень тяжести острой респираторной вирусной инфекции. По описанию, которое он зафиксировал в карте пациента, клиническая картина соответствует легкой степени тяжести.

Пациент взят под наблюдение методом аудиоконтроля (табл.). На второй день получили положительный результат теста на РНК SARS-CoV-2. Случай заболевания зарегистрировали в Центре гигиены и эпидемиологии и проинформировали об этом пациента по телефону. После согласия пациента лечиться амбулаторно, ему разъяснили порядок соблюдения противоэпидемического режима. Содержание дневника наблюдения и чек-лист аудиоконтроля поместили в карте пациента.

Согласно чек-листу с 1-го по 3-й день болезни пациент не предъявлял жалоб, не отмечал ухудшения самочувствия, динамика контролируемых проявлений отсутствовала. Терапевт провел второй очный осмотр на 4-й день болезни, при котором пациент пожаловался на повышение

температуры тела до 38 °С, ломоту в мышцах, заложенность носа, слабость, боль в горле. При объективном осмотре врач определил удовлетворительное общее состояние пациента: температура тела 37,8 °С; кожные покровы обычной окраски, без сыпи; носовое дыхание затруднено; зев розовый, без налета; миндалины не увеличены, периферические лимфатические узлы обычного размера, безболезненные при пальпации; пульс — 103 в минуту, ритмичный; артериальное давление — 135/80 мм рт. ст.; тоны сердца ясные, ритмичные. Перкуссия легких показала ясный звук, без притуплений. Частота дыхательных движений — 18 в минуту. Сатурация кислорода — 97 %. Аускультативные данные: дыхание в легких везикулярное, без хрипов. Периферических отеков нет.

Терапевт зафиксировал диагноз «COVID-19 с осложнением в виде острой респираторной вирусной инфекции». Помимо ранее названных назначений он рекомендовал самоизоляцию в пределах квартиры до получения отрицательного результата теста на РНК SARS-CoV-2, термометрию и аудионаблюдение ежедневно, текущую дезинфекцию и взятие мазка из зева и носа на наличие COVID-19 через 10 дней.

В начале болезни пациент по правилам не нуждался в госпитализации, поскольку его состояние не соответствовало средней степени тяжести COVID-19, при которой уровень S_pO_2 меньше 95 %, температура тела не меньше 38 °С и частота дыхательных движений больше 22 в минуту [1].

Ему также не были показаны дополнительные диагностические мероприятия, такие как общий анализ крови, определение уровня С-реактивного белка, ферритина и лучевые методы исследования, поскольку его состояние оставалось стабильным, интоксикация не нарастала, признаков органной недостаточности не выявили.

С учетом состояния больного и динамики течения заболевания, отраженных в чек-листе и карте, другие средства терапии пациенту по нормативному документу [2, приложение 8.1] не рекомендованы, поскольку нет сведений о сопутствующих патологиях, факторах риска (ожирение, сахарный диабет, курение и т. д.) или приеме препаратов до настоящего заболевания.

Медицинскую помощь больному с 1-го по 4-й день болезни оказали в полном соответствии с требованиями нормативных документов.

Анализ последующих записей в чек-листе аудиоконтроля (кто именно звонил пациенту — врач или медицинская сестра — неизвестно) показывает, что до 9-го дня болезни контролируемые параметры (общее состояние, максимальная температура тела, наличие кашля, одышки, диспептических жалоб) оставались стабильными, без динамики, поэтому лечебно-диагностический процесс не корректировали.

В 9-й день болезни пациент вызвал скорую помощь и пожаловался на общую слабость, потливость, повышение температуры тела до 39 °С, приступообразный сухой кашель. Анамнез: заболел 9 дней назад, когда поднялась температура тела до 39 °С, появилась общая слабость, кашель. В течение 9 дней температура тела поднималась

в промежутке 37,5–40 °С. Пациент сообщил о наличии у него хронической язвы желудка.

Сотрудники скорой помощи определили общее состояние больного как удовлетворительное: поведение спокойное, сознание ясное; оценка по шкале Глазго — 15 баллов; кожные покровы нормальные; температура тела — 38,3 °С; сатурация кислорода — 96 %; нет отеков, сыпи, очаговой неврологической симптоматики, менингеальных знаков, одышки; частота дыхательных движений — 16 в минуту. Аускультативные данные: дыхание жесткое, ритмичное. При перкуссии легочный звук нормальный. Пульс — 100 в минуту, нормального наполнения. Артериальное давление — 140/80 мм рт. ст. (привычное). Частота сердечных сокращений — 100 в минуту. Сердцебиение ритмичное, тоны сердца ясные, без шумов. Ротоглотка гиперемирована, без налета. Электрокардиограмма показала ритм синусовый с частотой сердечных сокращений 100 в минуту без острой коронарной патологии.

Поставили диагноз «пневмония неуточненная (J18.9), COVID-19 идентифицированный (U07.1)». Назначили: раствор анальгина 50 % в дозе 2 мл, раствор димедрола 1 % — 1 мл, раствор дротаверина 2 % — 2 мл внутримышечно; раствор дексаметазона — 16 мг, раствор натрия хлорида 0,9 % — 16 мл внутривенно медленно; раствор аскорбиновой кислоты 5 % — 4 мл.

Лечение показало эффективность: артериальное давление 130/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений — 90 в минуту, пульс — 90 в минуту, частота дыхательных движений — 16 в минуту, температура тела — 37,9 °С, сатурация кислорода — 97 %.

От предложенного стационарного лечения пациент отказался, и сотрудники скорой помощи передали вызов на срочное посещение больного терапевтом.

Бригада скорой помощи действовала в полном соответствии с нормативными документами: осмотрела пациента, сформулировала верный диагноз, оказала эффективную помощь, предложила госпитализацию и при получении письменного отказа от госпитализации, передала данные в поликлинику.

В 10-й день болезни пациента осмотрел дежурный врач. Больной пожаловался на повышение температуры тела до 39 °С, одышку в покое, сухой кашель, слабость. Врач зафиксировал объективный статус — состояние средней степени тяжести: температура тела 38,5 °С, кожные покровы бледные, без сыпи; инъекции сосудов склер; пульс — 117 в минуту, ритмичный; артериальное давление — 130/80 мм рт. ст.; тоны сердца ясные, приглушены; грудная клетка при осмотре правильной формы, симметричная; притупление перкуторного звука легких с двух сторон; частота дыхательных движений — 24 в минуту. Аускультативные данные: дыхание ослаблено с двух сторон. Сатурация кислорода — 93 %. Живот обычной формы и размеров, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень при пальпации не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный

с обеих сторон. Со слов пациента, моча обычной окраски, стул в норме. Периферических отеков нет. Врач поставил диагноз «COVID-19 с осложнением в виде внебольничной двусторонней полисегментарной пневмонии (вероятно), дыхательная недостаточность I или II степени» и вызвал бригаду скорой помощи для экстренной госпитализации.

Пациента доставили в стационар. Действия бригады и дежурного врача поликлиники полностью соответствовали требованиям нормативных документов.

При осмотре в приемном покое выявили наличие в анамнезе пациента гипертонической болезни II степени и ишемической болезни сердца. При компьютерной томографии легких выявили признаки двусторонней полисегментарной пневмонии вирусной этиологии II стадии.

Сформулировали основной диагноз «COVID 19 средней степени тяжести и гипертоническая болезнь II степени, риск 3» с осложнениями в виде внебольничной умеренной двусторонней полисегментарной пневмонии, дыхательной недостаточности I или II степени, интоксикации. Обозначили сопутствующий диагноз «язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в ремиссии, риск тромбозов — средний».

Пациенту назначили фавипиравир, антикоагулянты, глюкокортикоиды, селективные иммунодепрессанты, кислородную поддержку. Однако, несмотря на комплексную терапию, смерть больного наступила на 17-е сутки стационарного лечения (26-й день болезни).

ОБСУЖДЕНИЕ

Оставляя за рамками обсуждения терапевтическую тактику на этапе госпитализации, мы хотим определить, все ли было сделано на амбулаторном этапе для предотвращения неблагоприятного исхода заболевания. С позиций нормативных документов больному оказана медицинская помощь надлежащего качества. Однако с точки зрения учения об инфекционных болезнях и клинического мышления, выполнили не все.

Мы считаем, что в процессе оказания медицинской помощи допущены когнитивные ошибки, в частности ошибка подтверждения [3, 4].

Тщательно описывая жалобы, анамнез, объективный статус при очных осмотрах в 1-й и 4-й дни болезни, врач не уделил должного внимания тому, что у мужчины 52 лет, работающего в условиях стресса, есть тахикардия (частота сердечных сокращений более 100 в минуту), не соответствующая температуре тела ниже 38 °С.

Терапевт также не отметил «пограничное» систолическое артериальное давление у пациента. Даже при отсутствии в анамнезе указаний на гипертоническую болезнь, врач по характерным признакам мог предположить ее наличие уже на 4-й день болезни, внести в качестве сопутствующего диагноза и настойчиво предлагать стационарное лечение из-за риска тяжелого течения COVID-19 [1, приложение 12, пункт 8].

Лечащий врач не учел отсутствия улучшения на фоне проводимой терапии средствами, рекомендованными в нормативных документах ни в течение первых 3 суток их применения, ни позднее. Исходя из современного понимания динамики течения COVID-19 целесообразно оценивать потенциальную тяжесть течения заболевания и формулировать диагноз в данном случае как «COVID-19 средней степени тяжести». Начиная с 4-го дня болезни (на повторном очном осмотре) необходимо было рассмотреть возможность назначения пациенту перорального антиагреганта/антикоагулянта. Эффективность таких препаратов на догоспитальном этапе активно изучают, но в нормативных документах их применение ограничено. Тромбозы микроциркуляторного русла и микроангиопатии — основной патогенетический механизм полиорганной недостаточности и летальных исходов [5], поэтому назначать противотромбозные препараты на 9–10-е сутки от начала заболевания, по нашему мнению, поздно.

Чек-лист динамического наблюдения в представленном виде не выполняет свои задачи — контроль состояния, своевременную корректировку лечебно-диагностической тактики. Из трех параметров, определяющих тяжесть заболевания на догоспитальном этапе (и, следовательно, дальнейшую маршрутизацию), в нем учли только один (температура тела), причем, без объективизации — со слов пациента. Такой обязательный параметр, как уровень сатурации кислорода, амбулаторно можно проконтролировать только по видеосвязи с пациентом, который правильно эксплуатирует предоставленный ему пульсоксиметр. Частоту дыхательных движений больной тоже не может измерить самостоятельно, однако контроль этого показателя необходим при наблюдении за пациентом с COVID-19 и сопутствующими заболеваниями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ клинического случая подтверждает, что наличие нормативных документов не отменяет необходимости тщательного изучения конкретной клинической ситуации и соответствующих действий лечащего врача. Организацию дистанционного наблюдения за пациентами с COVID-19 следует совершенствовать и проводить очный осмотр пациента не реже чем каждые 72 ч, вне зависимости от результатов дистанционного контроля.

ДОПОЛНИТЕЛЬНО

Источник финансирования. Исследование не имело финансового обеспечения или спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, прочли и одобрили финальную версию перед публикацией.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ 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» [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_348101/. Дата обращения: 26.10.2021.

2. Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) Версия 11» (07.05.2021). Режим доступа: <https://base.garant.ru/400738625/>. Дата обращения: 26.10.2021.

REFERENCES

1. Prikaz Minzdrava Rossii 19.03.2020 #198n (red. 22.07.2021) "O vremennom poryadke organozatsii raboty meditsinskikh organizatsii v tsekyakh realizatsii mer po profilaktike i snizheniyu riskov rasprostraneniya novoi koronavirusnoi infektsii COVID-19" [Internet]. Available from: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_348101/. Accessed: Oct 26, 2021. (In Russ.)

2. Vremennyye metodicheskiye rekomendatsii. Profilaktika, diagnostika i lecheniye COVID-19. Versiya 11 (07.05.2021) [Internet]. Available from: <https://base.garant.ru/400738625/>. Accessed: Oct 26, 2021. (In Russ.)

3. Pines J.M. Profiles in patient safety: Confirmation bias in emergency medicine // *Acad. Emerg. Med.* 2006. Vol. 13, No. 1. P. 90–94. DOI: 10.1197/j.aem.2005.07.028

4. Graber M.A. Эвристики и медицинские ошибки. Часть 2. Как улучшить медицинские решения // *Российский семейный врач.* 2021. Т. 25, № 1. С. 45–52. DOI: 10.17816/RFD62009/

5. Romanova E.S., Vasilyev V.V., Startseva G. et al. Cause of death based on systematic postmortem studies in patients with positive SARS-CoV2 tissue PCR during the COVID-19 pandemic // *J. Intern. Med.* 2021. Vol. 290, No. 3. P. 655–665. DOI: 10.1111/joim.13300

3. Pines JM. Profiles in patient safety: Confirmation bias in emergency medicine. *Acad Emerg Med.* 2006;13(1):90–94. DOI: 10.1197/j.aem.2005.07.028

4. Graber MA. Heuristics and medical errors. Part 2. How to make better medical decisions. *Russian Family Doctor.* 2021;25(1):45–52. (In Russ.). DOI: 10.17816/RFD62009

5. Romanova ES, Vasilyev VV, Startseva G, et al. Cause of death based on systematic postmortem studies in patients with positive SARS-CoV2 tissue PCR during the COVID-19 pandemic. *J Intern Med.* 2021;290(3):655–665. DOI: 10.1111/joim.13300

ОБ АВТОРАХ

Валерий Викторович Васильев, д-р мед. наук, профессор; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7336-8805>; eLibrary SPIN: 5644-9877; Author ID: 623265; ResearcherID: 0-4773-2014; e-mail: vcubed@ya.ru

Елена Сергеевна Романова, канд. мед. наук, доцент; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9887-8561>; eLibrary SPIN: 9435-6838; Author ID: 707096; e-mail: asrom@yandex.ru

Галина Юрьевна Старцева, канд. мед. наук, доцент; eLibrary SPIN: 8392-2950; Author ID: 442573; e-mail: star661@rambler.ru

* **Николай Ильич Кузнецов**, д-р мед. наук, профессор; адрес: Россия, 191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41; eLibrary SPIN: 2558-9273; Author ID: 89000; e-mail: meri-kuz-48@mail.ru

AUTHORS INFO

Valery V. Vasilyev, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7336-8805>; eLibrary SPIN: 5644-9877; Author ID: 623265; ResearcherID: 0-4773-2014; e-mail: vcubed@ya.ru

Elena S. Romanova, MD, Cand. Sci. (Med.), Assistant Professor; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9887-8561>; eLibrary SPIN: 9435-6838; Author ID: 707096; e-mail: asrom@yandex.ru

Galina Yu. Startseva, MD, Cand. Sci. (Med.), Assistant Professor; eLibrary SPIN: 8392-2950; Author ID: 442573; e-mail: star661@rambler.ru

* **Nikolay I. Kuznetsov**, MD, Dr. Sci. (Med.), Professor; address: 41 Kirochnaya St., Saint Petersburg, 191015, Russia; eLibrary SPIN: 2558-9273; Author ID: 89000; e-mail: meri-kuz-48@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author