



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

15 0 1 1 6

№ 45-Н/Вз-04

На № _____ от _____

Руководителям органов
исполнительной власти
субъектов Российской Федерации
в сфере здравоохранения

Департамент медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации, в связи с увеличением числа случаев заболевания гриппом А/Н1N1 сообщает следующее.

Учитывая, что беременные женщины, роженицы и родильницы являются группой повышенного риска по развитию осложнений, угрожающих жизни, необходимо разработать и внедрить комплекс организационных мероприятий, направленных на предупреждение распространения вируса типа А(Н1N1), включая мероприятия по проведению иммунизации и совершенствованию режима работы женских консультаций, а также на своевременное оказание медицинской помощи, направленной на предупреждение возникновения тяжелых форм заболевания и его осложнений, предусмотрев обеспеченность противовирусными препаратами, организацию оказания стационарной помощи в условиях, позволяющих проводить лечебно-диагностические мероприятия в полном объеме.

Приложение: информационное письмо «Грипп А/Н1N1 и вызванная им пневмония у беременных. Этиотропная и респираторная терапия. Рекомендации по организации и проведению иммунизации беременных и родильниц против гриппа А(Н1N1) вакцинами, разрешенными к применению на территории Российской Федерации» на 10 л. в 1 экз.

Директор

Е.Н. Байбарина

ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО

ГРИПП А/Н1N1 И ВЫЗВАННАЯ ИМ ПНЕВМОНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ. ЭТИОТРОПНАЯ И РЕСПИРАТОРНАЯ ТЕРАПИЯ. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ИММУНИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ ПРОТИВ ГРИППА А (Н1N1) ВАКЦИНАМИ, РАЗРЕШЕННЫМИ К ПРИМЕНЕНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

Течение гриппа А/Н1N1 может сопровождаться появлением осложнений в виде тяжелых вирусно-бактериальных пневмоний и сопровождаться летальными исходами.

Группой высокого риска по тяжести течения заболевания и развитию осложнений являются беременные и женщины, находящиеся в послеродовом периоде.

В целом при гриппе госпитализация показана больным с тяжёлым и средней тяжести течением инфекции, а в период эпидемии – всем беременным с выраженным синдромом интоксикации. При развитии пневмонии госпитализация беременных обязательна, независимо от тяжести её течения.

Беременные с тяжелыми формами гриппа и при тяжелых пневмониях должны помещаться в блок интенсивной терапии, персонал которого подготовлен к оказанию специализированной помощи: неинвазивной вентиляции легких, искусственной вентиляции легких, легочно-сердечной реанимации, при необходимости - к санационной бронхоскопии. Наблюдение и лечение таких беременных осуществляют совместно врачи-терапевты (пульмонологи), инфекционисты, анестезиологи-реаниматологи и акушеры-гинекологи.

Принципы и схемы терапии

1. Этиотропная терапия

В связи с тем, что беременные женщины являются группой повышенного риска по развитию осложнений, угрожающих жизни, им показано назначение противовирусных препаратов при лечении инфекции, вызываемой новым гриппом типа А(Н1N1).

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, лечение антиретровирусным препаратом осельтамивиром беременных женщин следует начинать как можно раньше после появления симптомов, не дожидаясь результатов лабораторных тестов, поскольку осельтамивир наиболее эффективен в течение первых 48 часов заболевания.

Лечение беременных с тяжелым или прогрессирующим течением заболевания необходимо начинать и в более поздние сроки. При отсутствии осельтамивира или невозможности его применения по какой-либо причине можно использовать занамивир.

При назначении указанных противовирусных препаратов кормящим женщинам решение вопроса о продолжении грудного вскармливания зависит от тяжести состояния матери.

Информация по дозировке препаратов представлена в таблице № 1.

Таблица №1.

Рекомендации в отношении дозировки противовирусных препаратов женщинам в период беременности и в послеродовой период при лечении инфекции, вызываемой вирусом гриппа типа А(Н1N1)

Название препарата (МНН)	Схема лечения
Осельтамивир	75 мг капсула или 75 мг суспензии дважды в день в течение 5 дней
Занамивир	Две ингаляции по 5мг (всего 10мг) дважды в день в течение 5 дней

Следует отметить, что осельтамивир и занамивир - это препараты, по уровню безопасности относящиеся к категории "С", которая указывает на то, что не были проведены клинические исследования для оценки безопасности применения данных препаратов для беременных и кормящих женщин. Тем не менее, имеющиеся данные по оценке рисков и преимуществ указывают на то, что беременным и кормящим женщинам с подозреваемым или подтвержденным гриппом необходимо быстрое проведение противовирусной терапии, т.к. возможные преимущества от его применения превышают потенциальный риск для плода или грудного ребенка. Вопрос о необходимости назначения указанных противовирусных препаратов решается консилиумом с учетом жизненных показаний. При назначении терапии должно быть получено письменное информированное согласие пациентки на лечение.

Особые указания по противовирусной терапии

1. Лечение должно быть начато как можно раньше: **в течение 48 часов от начала заболевания**, что в большей степени обеспечивает выздоровление.

2. При лечении **не следует ожидать лабораторного подтверждения гриппа**, поскольку это задержит начало терапии, а отрицательный экспресс-тест на грипп не опровергает диагноз гриппа. Следует учитывать, что чувствительность к экспресс-тестам составляет 10-70 %.

3. Противовирусные препараты беременным с тяжелым или прогрессирующим течением заболевания необходимо назначать и в более поздние сроки. При отсутствии осельтамивира (тамифлю) или невозможности его применения по какой-либо причине можно использовать занамивир (реленза).

2. Антибактериальная терапия

Важной частью в лечении пневмоний у больных с осложненными формами гриппа является выбор антибактериальной терапии. При постановке диагноза пневмония, согласно существующим международным рекомендациям, **антибактериальная терапия должна быть назначена в течение ближайших четырех часов**. Этот показатель относится к числу индикаторов, по которым оценивают качество оказания лечебной помощи. У тяжелых больных способ введения антибиотиков является внутривенный.

При вторичной вирусно-бактериальной пневмонии (наиболее вероятные возбудители – *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* и *Haemophilus influenza*) предпочтительнее использовать следующие схемы антибиотикотерапии:

- цефалоспорин III поколения ± макролид;
- защищенный аминопенициллин ± макролид;

При третичной бактериальной пневмонии (наиболее вероятные возбудители – метициллинрезистентные штаммы *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenza*, грамм(–) микроорганизмы) обосновано назначение следующих препаратов (в различных комбинациях):

- цефалоспорин IV поколения ± макролид;
- карбапенемы;
- ванкомицин;
- линезолид.

3. Адекватная респираторная поддержка - является важнейшим и необходимым компонентом комплексной терапии.

➤ **Показатели сатурации кислорода должны определяться у всех беременных с пневмонией!**

При развитии пневмонии на фоне гриппа часто возникает необходимость назначения адекватной респираторной поддержки. Респираторная поддержка проводится тремя методами: ингаляция чистым медицинским увлажненным кислородом, неинвазивная вентиляция легких и искусственная вентиляция легких. Неэффективность проводимой респираторной поддержки служит основанием для перехода от одного метода к другому.

Алгоритм действий *

- При $SpO_2 < 90\%$ начать респираторную терапию – ингаляцию увлажненного кислорода через лицевую маску или назальную канюлю.
- Поток O_2 от 4-6 до 10-15 л/мин.
- Положение больной – с приподнятым головным концом кровати на 30° .
- При неэффективности ВВЛ – показана ИВЛ.

* данные рекомендации носят общий характер и респираторная терапия может быть скорректирована в зависимости от состояния пациента

Показаниями к ИВЛ при пневмонии являются:

- неэффективность методов ВВЛ:

- сохранение одышки - тахипноэ более 40 в минуту, не исчезающее после снижения температуры,
- продолжающееся снижение PaO_2 , несмотря на повышенную FiO_2 ,
- прогрессирующее снижение $PaCO_2$;
- снижение $SpO_2 < 80\%$ на фоне ингаляции кислорода;
- $PaO_2/FiO_2 < 200$ мм.рт.ст.

- вторая стадия ОРДС по клинико-рентгенологическим данным, особенно важны начинающиеся нарушения сознания и психики (сонливость, эйфория, возбуждение, галлюцинации).

Особенности проведения ИВЛ:

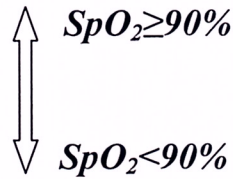
- Положение больной – с приподнятым головным концом кровати на 30° .
- Показано удлинение фазы вдоха ($Ti:e$ 1:1 – 1,5:1).
- Следует использовать инспираторную паузу ("плато") не меньше 15% от длительности вдоха.
- P пиковое ≤ 35 см.вод.ст;
- P плато ≤ 30 см.вод.ст;
- Показано применение ПДКВ, уровень которого регулируют по величине SpO_2 – (минимально достаточно - 93%) и параметрам гемодинамики. Алгоритм – 5-8-10 см.вод.ст.
- Возможно применение режима периодического раздувания легких (Sigh).
- Если, несмотря на перечисленные мероприятия, SpO_2 – ниже 93%, приходится применять увеличенное FiO_2 до 0,6.

Помимо сатурации необходимо ориентироваться на следующие параметры:

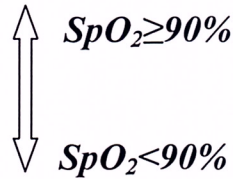
- PaO_2 – 60-100 мм.рт.ст;
- $PaCO_2$ – 35-45 мм.рт.ст;
- $EtCO_2$ – 3,7-4,7%.
- Если гипоксемия не поддается устранению традиционными и специальными методами ИВЛ, целесообразно использование пронального положения (прон-позиции) (до 12 ч/сут).
- Установление минимального дыхательного объема, при котором нет гипоксии (6 мл/кг идеальной массы тела), при этом необходимая минутная вентиляция поддерживается увеличением частоты дыхания.

Стратегические вопросы вентиляции (по степени инвазивности):

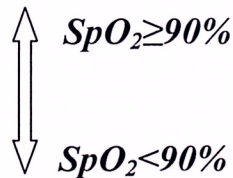
Инсуффляция увлажненного O_2 низким потоком (4-6 л/мин) через маску или носовые канюли.



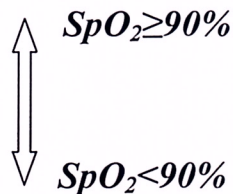
Самостоятельное дыхание с СРАР (маска, неинвазивная ИВЛ), при неинвазивной ИВЛ предпочтительно использовать режим BiPAP.



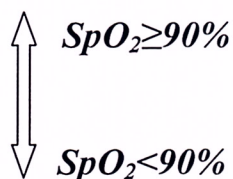
Инвазивная ИВЛ + РЕЕР.



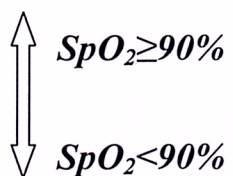
Инвазивная ИВЛ + РЕЕР + IRV(1:1-1,5:1- 2:1).



Инвазивная ИВЛ + РЕЕР + IRV(2:1) + FiO_2 до 60%.



Инвазивная ИВЛ + РЕЕР + IRV(2:1) + FiO_2 до 60% + лазикс 0,5-1 мг/кг.



Инвазивная ИВЛ + РЕЕР + IRV(2:1) + FiO_2 до 100% (не более 24 ч).

В таблице № 2 приведен алгоритм ведения больной при инвазивной ИВЛ.

Ведение больной при инвазивной ИВЛ

Мероприятия	Периодичность
Оценка сознания, общего состояния, АД, ЦВД, аускультация легких, контроль параметров ИВЛ, аспирация секрета из трубки	1 раз в час
Поворот больного, вибромассаж,	1 раз в час днем, через 3 часа ночью
Бронхоскопия	по показаниям
Пульсоксиметрия	постоянно
КОС, газы крови	4-6 раз в сутки
Обработка полости рта	3-4 раза в сутки
Уход за аппаратом ИВЛ, промывание мочевого катетера	2-3 раза в сутки
Клинические и биохимические анализы	1 раз в сутки
Рентгенография легких	Первые 5 суток – ежедневно, затем – по показаниям*
Посев мокроты, замена эндотрахеальной трубки или трахеостомической канюли, очистительная клизма	Через 2-3 суток

* Поскольку перевод на ИВЛ осуществляется при неэффективности неинвазивной респираторной поддержки, при выраженных признаках гипоксии у матери и плода, тактика ведения представлена с учетом того, на этом этапе беременная родоразрешена.

Условия безопасного прекращения респираторной поддержки – устранение причины дыхательной недостаточности. Необходимо восстановление глоточных и гортанных рефлексов, ясное сознание. Важным условием успешного прекращения ИВЛ является возможность снизить FiO_2 до 0,35-0,4, а также уменьшить частоту дыхания до 12-14 в минуту без нарушения адаптации больного к респиратору.

Безусловные критерии возможности прекращения респираторной поддержки:

- четкая положительная динамика по основному заболеванию;
- спонтанная дыхательная активность;
- достаточный мышечный тонус.

Дополнительные критерии:

- отсутствие или значительный регресс воспалительных изменений в легких;
- отсутствие признаков SIRS;
- стабильная гемодинамика, ЧСС < 120;
- адекватный диурез;
- компенсированные сдвиги гемостаза;
- при FiO_2 не более 0,3 в течение суток SpO_2 по пульсоксиметру не ниже 90 %, PaO_2 не ниже 80 мм рт.ст. (PaO_2 / FiO_2 не менее 250);
- восстановление кашлевого рефлекса и кашлевого толчка;
- при временном переводе на самостоятельное дыхание отношение f/VT меньше 100.

Желательно сочетать вентиляцию легких с введением лекарственных средств через небулайзер, что позволяет улучшить мукоцилиарный клиренс, купировать неэффективный и непродуктивный кашель.

При тяжелых пневмониях возможно применение препарата Сурфактант-БЛ как части комплексного лечения согласно «Инструкции по медицинскому применению препарата Сурфактант-БЛ» (регистрационный номер: Р№003383/01). Вопрос о необходимости применения препарата решается индивидуально консилиумом специалистов и при наличии письменного информированного согласия пациента.

При беременности возможно применение:

I триместр – муколитики (лазолван 2-3 мл с физраствором в соотношении 1:1 2-3 раза в день); бронходилататоры (беродуал по 20 капель в 2-4 мл физраствора 2 раза в день).

II-III триместр – муколитики (лазолван 2-3 мл с физраствором в соотношении 1:1 2-3 раза в день); бронходилататоры (сальбутамол 2,5-5 мг в 5 мл физраствора 2 раза в день).

В послеродовом и постабортном периоде:

- муколитики: лазолван 2-3 мл с физраствором в соотношении 1:1 2-3 раза в день;
- глюкокортикостероиды (будезонид – 0,5-1,0 мг в 2 мл раствора);
- бронходилататоры (беродуал по 20 капель в 2-4 мл физраствора или сальбутамол 2,5-5 мг в 5 мл физраствора 2 раза в день).

Ошибки и необоснованные назначения

- позднее начало противовирусной терапии;
- нерациональная противовирусная терапия;
- недооценка тяжести состояния и недостаточный контроль за состоянием на амбулаторном этапе;
- поздняя госпитализация в стационар при средних и тяжелых вариантах течения заболевания;
- поздняя и неадекватная респираторная поддержка;
- антибактериальные лекарственные средства, противопоказанные при беременности: тетрациклины, доксициклин, фторхинолоны, ко-тримоксазол, сульфаниламиды;
- нерациональная антибиотикотерапия (комбинация бактериостатических и бактерицидных антибиотиков; форсированная комбинация ампиокса);
- длительное применение нестероидных противовоспалительных средств, ненаркотических анальгетиков, биогенных стимуляторов.

Акушерская тактика

Прерывание беременности и родоразрешение в разгар заболевания сопряжено с большим числом осложнений: утяжеление основного заболевания и вызванных им осложнений, развитие и прогрессирование дыхательной недостаточности, возникновение акушерских кровотечений, интранатальная гибель плода, послеродовые гнойно-септические осложнения.

При заболевании гриппом в начале 1-го триместра беременности, особенно в случаях средних и тяжелых вариантов течения, целесообразно в последующем эту беременность прервать в связи с высоким риском перинатальных осложнений.

В случае развития спонтанной родовой деятельности на фоне гриппа и пневмонии роды предпочтительно вести через естественные родовые пути под мониторным контролем состояния матери и плода. Проводить тщательное обезболивание, детоксикационную, антибактериальную терапию, респираторную поддержку. Во втором периоде родов, если существует опасность развития дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, необходимо исключить потуги путем проведения оперативного родоразрешения – кесарево сечение или при необходимости вакуум-экстракция или акушерские щипцы.

При необходимости оперативного родоразрешения в качестве анестезиологического пособия следует считать предпочтительными методы регионарной анестезии на фоне обязательного применения методов респираторной поддержки.

Всем пациенткам, независимо от срока беременности, показана профилактика кровотечения. В послеродовом (постабортном) периоде – назначить утеротоники на 2-3 дня и продолжить лечение гриппа и пневмонии, начатое до родов (выкидыша).

Во всех случаях вопрос о времени и методе родоразрешения решается индивидуально консилиумом врачей.

Критерии выписки из стационара беременных и родильниц, перенесших грипп

- нормальная температура тела в течение 3-х дней (после выписки из стационара больная приступает к работе не ранее 7 суток от нормализации температуры!);
- отсутствие симптомов поражения респираторного тракта;
- восстановление нарушенных лабораторных показателей;
- отсутствие акушерских осложнений (беременности, послеродового периода).

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ИММУНИЗАЦИИ БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ ПРОТИВ ГРИППА А (H1N1) ВАКЦИНАМИ, РАЗРЕШЕННЫМИ К ПРИМЕНЕНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ вакцинацию против гриппа беременным женщинам рекомендуется проводить во втором и третьем триместрах беременности в осенне-зимний период. Особого внимания заслуживают женщины, относящиеся к группе риска по развитию тяжелых форм болезни и летальности, вызванной осложнениями гриппа.

Показания к проведению вакцинации:

- II и III триместр беременности;
- в I триместре беременности проведение вакцинации возможно у беременных групп повышенного риска: медицинские работники, работники образовательных учреждений, сферы социального обслуживания, транспорта, торговли, милиции, МЧС, воинский контингент, беременные женщины, страдающие иммунодефицитными состояниями, часто и длительно болеющие ОРЗ, страдающие заболеваниями почек, центральной нервной, сердечно-сосудистой и бронхо-легочной систем, сахарным диабетом, болезнями обмена веществ, аутоиммунными заболеваниями. В этих случаях риск тяжелых последствий от гриппа у беременных превышает риск развития поствакцинальных осложнений.

Противопоказания к вакцинации:

- I триместр беременности (кроме лиц из группы повышенного риска);
- наличие противопоказаний, указанных в инструкции по применению вакцины.

Решение о вакцинации принимается беременной женщиной самостоятельно после предоставления ей лечащим врачом полной информации об особенностях течения заболевания, риске осложнений, о пользе и возможных осложнениях вакцинации.

Проведение вакцинации возможно после подписания беременной женщиной письменного информированного согласия.

Во время беременности вакцинацию против гриппа можно проводить с использованием только инаktivированных субъединичных или расщепленных (сплит-) вакцин, так как эти вакцины не содержат живых вирусов и характеризуются высоким профилем безопасности.

Вакцинацию против гриппа субъединичными вакцинами можно проводить не только традиционно в осенне-зимний период, перед сезонной вспышкой гриппа, но и в любое время года (круглогодично).

Вакцинация должна проводиться в соответствии с инструкцией по применению.

Организация вакцинации беременных противогриппозной моновакциной А (H1N1).

Вакцинация беременных противогриппозной моновакциной А (H1N1) должна проводиться на базе лицензированного прививочного кабинета поликлиники по месту жительства беременной женщины, имеющего стандартное оснащение, включая противошоковый набор (адреналин (N70/151/11), преднизолон или дексон в ампулах, тавегил в ампулах).

Руководством поликлиники разрабатывается порядок вакцинации беременных женщин (выделяются конкретные дни (часы) для беременных, принимаются меры по «разделению» потоков беременных женщин и других пациентов с целью минимизации контакта с инфицированными).

Вакцинация против гриппа также может осуществляться в других организациях, оказывающих медицинскую помощь, имеющих лицензию на проведение вакцинации.

Вакцинация должна проводиться медицинским персоналом, имеющим сертификат на оказание данного вида медицинской помощи.

Перед вакцинацией беременная осматривается акушером-гинекологом и ей выдается на руки заключение об отсутствии противопоказаний к вакцинации.

После осмотра акушера-гинеколога беременная женщина осматривается врачом терапевтом женской консультации (или участковым врачом терапевтом поликлиники) и ей выдается на руки заключение об отсутствии противопоказаний к вакцинации.

С заключениями врачей акушера-гинеколога и терапевта беременная женщина обращается в прививочный кабинет поликлиники по месту жительства для проведения вакцинации.

После вакцинации пациентке выдается справка, в которой отмечается название вакцины, серия, номер, доза препарата, дата проведения прививки, название лечебного учреждения, где проводилась прививка и наличие побочных реакций, если они были.

Информация о проведении прививки заносится в «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (форма № 111/у) и «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы» (форма № 113/у).

Организация вакцинации родильниц противогриппозной моновакциной А (H1N1).

Вакцинация родильниц осуществляется в соответствии с вышеизложенными рекомендациями. Кормление грудью не является противопоказанием для вакцинации.