



КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

21.01.2016

ПРИКАЗ

№ 144

Волгоград

Об организации лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий в период эпидемического неблагополучия по гриппу и острым респираторно - вирусным инфекциям у беременных женщин на территории Волгоградской области

В связи с эпидемическим подъемом заболеваемости гриппом и острых респираторных вирусных инфекций на территории Волгоградской области, в целях организации лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий в учреждениях здравоохранения Волгоградской области, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Акушерство и гинекология" на период эпидемического подъема, во исполнение постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 20.08.2015 года № 39 "О мероприятиях по профилактике гриппа и острых респираторных вирусных инфекций в эпидсезоне 2015-2016 годов" и в соответствии с информационным письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.01.2016 № 15-4/82-07
п р и к а з ы в а ю:

1. Главным врачам медицинских организаций, подведомственных комитету здравоохранения Волгоградской области, оказывающих медицинскую помощь по профилю "Акушерство и гинекология" (далее - медицинские организации):

1.1. Определить приказом по учреждению ответственное лицо за организацию мероприятий по готовности учреждения к работе в условиях повышенной заболеваемости гриппом и ОРВИ;

1.2. Рекомендовать обеспечить:

1.2.1. Готовность госпитальной базы (с учетом плана перепрофилирования коечного фонда), к приёму, лечению и транспортировке больных в условиях массового обращения за медицинской помощью, предусмотрев укомплектованность кадрами, материально-техническое оснащение, в т.ч. аппаратами искусственной вентиляции легких, пульсоксиметрами, обеспечение лекарственными средствами, обеспечение индивидуальными средствами защиты медицинского персонала, обеспечение автотранспортом, соблюдая

порядок привлечения дополнительного автотранспорта для своевременной госпитализации больных, изоляции контактных, обслуживания больных на дому, порядок оказания медицинской помощи беременным больным гриппом и ОРВИ и медицинские учреждения (отделения) для их госпитализации и родоразрешения;

1.2.2. Введение масочного режима работы в учреждениях здравоохранения (со сменой масок каждые 3 часа) до особого распоряжения;

1.2.3. Усиление дезинфекционного режима и режима проветривания (4 раза в день по 15 минут) в учреждениях здравоохранения;

1.2.4. Введение в амбулаторно-поликлинических учреждениях, в том числе в женских консультациях, отдельного приема пациентов с признаками острой вирусной респираторной инфекции и другими заболеваниями;

1.2.5. Госпитализацию в инфекционные стационары (отделения) беременных с диагнозом грипп независимо от степени тяжести и ОРВИ средней и тяжелой степени тяжести при отсутствии акушерских осложнений;

1.2.6. Госпитализацию в наблюдательные отделения (боксы) акушерских стационаров учреждений здравоохранения беременных с симптомами гриппа или ОРВИ при развитии у них акушерских осложнений или родовой деятельности;

1.2.7. Незамедлительную изоляцию в наблюдательное отделение беременных, рожениц и родильниц, находящихся в акушерских стационарах, при появлении у них первых признаков острого респираторного заболевания, с последующим переводом после консультации инфекциониста при необходимости в инфекционные стационары или специализированные отделения для беременных больных гриппом и ОРВИ;

1.2.8. Передачу информации о случаях заболевания гриппом и ОРВИ в государственное казенное учреждение здравоохранения "Территориальный центр медицины катастроф" на электронный адрес: omk1@mail.ru или по факсу (8442) 44-77-41.

1.2.9. Решение вопроса о месте, сроках и способе родоразрешения беременных женщин с тяжелой формой гриппа, с явлениями дыхательной недостаточности на косилиуме, с привлечением главного внештатного специалиста по акушерству и гинекологии комитета здравоохранения Волгоградской области, главного врача государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Волгоградский областной клинический перинатальный центр № 2" (далее - ГБУЗ "ВОКПЦ № 2") Т.А.Веровской, главного внештатного специалиста по анестезиологии и реаниматологии комитета здравоохранения Волгоградской области, заведующего II отделением анестезиологии и реанимации ГБУЗ "Волгоградская областная клиническая больница № 1" И.Ю.Баранова, главного внештатного специалиста по инфекционным заболеваниям комитета здравоохранения

Волгоградской области, главного врача ГБУЗ "Волгоградская областная инфекционная больница № 2" г.Волжский Е.А.Хлопотовой.

1.2.10. Внедрение в работу мероприятий по организации медицинской помощи беременным женщинам при гриппе АН1N1 и вызванной им пневмонии согласно приложению к настоящему приказу.

1.3. Организовать:

1.3.1. Направление на родоразрешение беременных женщин со сроком беременности 37 недель и более с признаками гриппа и ОРВИ в государственное учреждение здравоохранения "Родильный дом № 3" с 09 ч 00 мин. 25.01.2016 до 09 ч 00 мин. 01.03.2016;

1.3.2. Направление на родоразрешение беременных женщин со сроком беременности менее 37 недель с признаками гриппа и ОРВИ в государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Волгоградский областной клинический перинатальный центр № 1 им.Л.И.Ушаковой" (далее - ГБУЗ "ВОКПЦ № 1 им.Л.И.Ушаковой"), ГБУЗ "ВОКПЦ № 2" при наличии мест и по согласованию с главными врачами.

1.3.3. Проведение разъяснительной работы с беременными женщинами по ограничению посещений женских консультаций на период эпидсезона (при отсутствии жалоб);

1.3.4. Осуществление патронажа беременных, преимущественно по телефону в соответствующие сроки, индивидуально (с целью получения информации об общем самочувствии, температуре тела, наличии катаральных симптомов и иных жалобах), для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременности и с последующим оформлением медицинской документации.


2. Исполняющему обязанности главного врача государственного учреждения здравоохранения "Родильный дом № 3" А.Г.Пупышеву обеспечить госпитализацию беременных женщин и рожениц согласно п. 1.3.1. настоящего приказа с 09 ч 00 мин. 25.01.2016 до 09 ч 00 мин. 01.03.2016.

3. Главным врачам ГБУЗ "ВОКПЦ № 1 им.Л.И.Ушаковой" А.А.Бухтину, ГБУЗ "ВОКПЦ № 2" Т.А.Веровской обеспечить госпитализацию беременных женщин и рожениц согласно п. 1.3.2. настоящего приказа с 09 ч 00 мин. 25.01.2016 до 09 ч 00 мин. 01.03.2016.

4. Директору государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Волгоградский областной медицинский информационно – аналитический центр" Е.В.Крехову разместить настоящий приказ на официальном сайте Облздрави в течение трех дней с момента подписания и обеспечить рассылку по электронной почте в медицинские организации, подведомственные Облздраву.

5. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителей председателя комитета здравоохранения Волгоградской области И.А.Карасеву и А.И.Себелева.

Председатель комитета здравоохранения
Волгоградской области

 В.В.Шкарин

Л.Е.Безбожнова
И.Б.Галей
(8442)30-82-96

ПРИЛОЖЕНИЕ

к приказу комитета
здравоохранения
Волгоградской области

от 21.01.2016 № 1/14

Мероприятия по организации медицинской помощи беременным женщинам при гриппе А/Н1N1 и вызванной им пневмонии.

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 - 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 послеродовый 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 influenzae*) предпочтительнее использовать следующие схемы антибиотикотерапии:

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

При третичной бактериальной пневмонии (наиболее вероятные возбудители - метициллинрезистентные штаммы *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, 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

Показания 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 FiC^{\wedge} ,
- прогрессирующее снижение $PaCC^{\wedge}$;
- снижение $SpO_2 < 80\%$ на фоне ингаляции кислорода;
- $Pa O_2 / Fi O_2 < 200$ 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, $SpC > 2$ - ниже 93%, приходится применять увеличенное FiO_2 до 0,6.
- Помимо сатурации необходимо ориентироваться на следующие параметры:
- PaO_2 - 60-100 мм.рт.ст,
 - $PaCC_2$ - 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.
 - В таблице № 2 приведен алгоритм ведения больной при инвазивной

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

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. ($Fa(V FiO_2)$ 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: РМ№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 (будесонид - 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, котримоксазол, 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).