



**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 : 16 № 15-Н/82-04

На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

*В.П. Дурманов*  
*в работу*

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

*Байбарина*

Е.Н. Байбарина

Ратушняк С.С.  
(495) 627 24 00 \* 1546

<p>Департамент здравоохранения Тюменской области</p> <p>27 ЯНВ 2016</p> <p>Вх. № 51/26</p> <p>Сектор документационного обеспечения</p> <p>тел: 56-94-41</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 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 тяжелым 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.

Вакцинация беременных противогриппозной моновакциной А (Н1N1) 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 (Н1N1).**

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

## 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 инактивированных 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).

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(H1N1)

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 подозрением 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:

- цефалоспорины 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):

- цефалоспорины 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  $30^\circ$ .
- При неэффективности ВВЛ – показана ИВЛ.

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

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 мониторингом 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).

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 постартном 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, 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.

#### **Показаниями к ИВЛ при пневмонии являются:**

- неэффективность методов ВВЛ:
  - сохранение одышки - тахипноэ более 40 в минуту, не исчезающее после снижения температуры,
  - продолжающееся снижение PaO<sub>2</sub>, несмотря на повышенную FiO<sub>2</sub>,
  - прогрессирующее снижение PaCO<sub>2</sub>;
  - снижение SpO<sub>2</sub> < 80% на фоне ингаляции кислорода;
  - Pa O<sub>2</sub>/Fi O<sub>2</sub> < 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<sub>2</sub> – (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<sub>2</sub> – ниже 93%, приходится применять увеличенное FiO<sub>2</sub> до 0,6.

Помимо сатурации необходимо ориентироваться на следующие параметры:

- PaO<sub>2</sub> – 60-100 мм.рт.ст;
- PaCO<sub>2</sub> – 35-45 мм.рт.ст;
- EtCO<sub>2</sub> – 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.

↑  $SpO_2 \geq 90\%$   
 ↓  $SpO_2 < 90\%$

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

↑  $SpO_2 \geq 90\%$   
 ↓  $SpO_2 < 90\%$

Инвазивная ИВЛ + PEEP.

↑  $SpO_2 \geq 90\%$   
 ↓  $SpO_2 < 90\%$

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

↑  $SpO_2 \geq 90\%$   
 ↓  $SpO_2 < 90\%$

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

↑  $SpO_2 \geq 90\%$   
 ↓  $SpO_2 < 90\%$

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

↑  $SpO_2 \geq 90\%$   
 ↓  $SpO_2 < 90\%$

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

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

Таблица № 2

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 сплизить  $FiO_2$  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  $f/V_T$  меньше 100.