



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

06 АПР 2016

ПРИКАЗ

№ 488-П.

г. Екатеринбург

*О порядке госпитализации беременных женщин, рожениц, родильниц,
в период подъема заболеваемости ОРВИ, гриппом, пневмонией*

С целью оптимизации оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам в условиях сезонного подъема заболеваемости ОРВИ, гриппом, пневмонией

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) перечень мероприятий по организации медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам в период подъема заболеваемости ОРВИ, гриппом, пневмонией (приложение № 1);

2) форму информационного письма для беременных и родильниц по профилактике и лечению ОРВИ, гриппа и пневмонии (приложение № 2);

3) список учреждений здравоохранения, прикрепленных к межмуниципальным центрам для госпитализации беременных женщин, рожениц и родильниц (приложение № 3);

4) отчетную форму о количестве заболевших и госпитализированных беременных женщин, рожениц и родильниц с ОРВИ, гриппом, пневмонией (приложение № 4);

5) рекомендации по организации и проведению иммунизации беременных и родильниц против гриппа А/Н1N1 вакцинами, разрешенными к применению на территории Российской Федерации (приложение № 5).

2. Руководителям территориальных отделов здравоохранения по Горнозаводскому, Южному, Западному управленческим округам, главным врачам ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница» Чуракову А.В., ГБУЗ СО «Краснотурьинская городская больница» Гончарову Ю.Н. обеспечить предоставление отчета главному специалисту акушеру - гинекологу Министерства здравоохранения Свердловской области Зильбер Н.А. о количестве заболевших и госпитализированных беременных женщин, рожениц и родильниц с ОРВИ, гриппом, пневмонией за истекшие сутки в соответствии с отчетной формой (приложение № 4) на электронную почту n.zilber@egov66.ru в ежедневном режиме, до 10 часов.

3. Руководителям государственных учреждений здравоохранения Свердловской области обеспечить маршрутизацию беременных женщин, рожениц, родильниц на период подъема заболеваемости ОРВИ, гриппом, пневмонией согласно приложению № 3.

4. Главному врачу ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» Бадаеву Ф.И.:

1) обеспечить госпитализацию беременных женщин со сроком беременности до 22 недель и родильниц с тяжелыми формами ОРВИ, гриппа, пневмонии, в том числе нуждающихся в продленной искусственной вентиляции легких;

2) выделить резервные койки, в том числе реанимации и интенсивной терапии, для беременных после 22 недель беременности, требующих перегоспитализации из межмуниципальных медицинских центров.

5. Главному врачу ГБУЗ СО «Территориальный центр медицины катастроф» Попову В.П.:

1) обеспечить перегоспитализацию беременных женщин, рожениц, родильниц с тяжелыми формами ОРВИ, гриппа, пневмонии, в том числе вызванных вирусом гриппа А(H1N1-09), в отделения реанимации и интенсивной терапии, требующих родоразрешения и/или продленной искусственной вентиляции легких из межмуниципальных медицинских центров и учреждений здравоохранения в ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» в сроке беременности до 22 недель и в МАУ «Городская клиническая больница № 40» г. Екатеринбурга в сроке беременности после 22 недель;

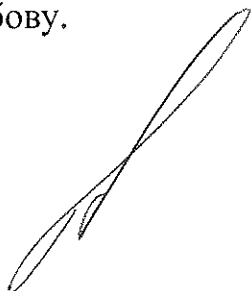
2) ежедневно предоставлять отчет главному специалисту акушеру-гинекологу Министерства здравоохранения Свердловской области Зильбер Н.А. о числе беременных женщин и родильниц, поставленных на мониторинг, по форме: число женщин состоявших на мониторинге, вновь поставленных, снятых с мониторинга за истекшие сутки, число очных и телефонных консультаций, перегоспитализаций на электронную почту n.zilber@egov66.ru в ежедневном режиме, до 10 часов.

6. Рекомендовать начальнику Управления здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга Дорнбушу А.А. обеспечить оказание медицинской помощи беременным женщинам с тяжелыми формами ОРВИ, гриппа, пневмонии, в сроке беременности 22 недель и более, перегоспитализированным из межмуниципальных медицинских центров и учреждений здравоохранения Свердловской области в МАУ «Городская клиническая больница № 40».

7. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 15.01.2013 № 11-п «О порядке госпитализации беременных женщин, рожениц, родильниц, в период подъема заболеваемости ОРВИ, гриппом, пневмонией» считать утратившим силу.

8. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра Е.С. Жолобову.

Министр



А.Р. Белявский

Приложение № 1 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 06 АПР 2016 № 488-н

**Перечень
мероприятий по организации медицинской помощи беременным,
роженицам, родильницам в период подъема заболеваемости ОРВИ,
гриппом, пневмонией**

1. Беременные, роженицы и родильницы составляют группу высокого риска в период повышенной заболеваемости ОРВИ, гриппом, пневмонией. У этих пациенток грипп имеет тяжелое течение, определяет развитие осложнений беременности и родов (самопроизвольное прерывание, преждевременное излитие околоплодных вод, преэклампсию, плацентарную недостаточность, дистресс плода), высокий риск материнской и перинатальной смерти.

2. Руководителям учреждений здравоохранения Свердловской области рекомендуется дополнительно провести:

1) выделение потока беременных женщин и родильниц, обращающихся за медицинской помощью, из общего потока пациентов, начиная с приемного отделения и регистратуры;

2) проведение консультаций и обследования смежными специалистами (терапевт, отоларинголог, окулист, невропатолог, кардиолог, электрокардиография и др. методы исследования) беременных женщин в условиях женской консультации;

3) ограничение лечения беременных в условиях дневных стационаров женских консультаций на период повышенной заболеваемости ОРВИ, гриппом, пневмонией;

4) заведующим женскими консультациями взять под личный контроль выполнение патронажа к беременным женщинам и родильницам, своевременно не обратившихся на очередной прием при диспансерном наблюдении по беременности, постоянный мониторинг социально неблагополучных женщин с активным их выявлением и наблюдением в ежедневном режиме.

3. При первичном обращении по поводу симптомов ОРВИ, гриппа обеспечить оказание медицинской помощи участковыми терапевтами на дому: в случае амбулаторного лечения обеспечить наблюдение терапевта в ежедневном режиме в течение 3 дней с последующей частотой наблюдения терапевтом 1 раз в 3 дня до выздоровления. В случае госпитализации в соответствии с показаниями в круглосуточный стационар межмуниципального центра, транспортировка в стационар осуществляется бригадой скорой медицинской помощи лечебного учреждения. При госпитализации обеспечить проведение рентгенологического исследования

легких у всех беременных, рожениц, родильниц при сохранении температурной реакции более 2 дней.

4. Обеспечить госпитализацию беременных и родильниц с ОРВИ, гриппом, пневмонией в любом сроке беременности - в специально выделенные палаты терапевтического, инфекционного отделения, при наличии акушерских осложнений - в специально выделенные палаты гинекологического отделения. При лечении в условиях гинекологического стационара обеспечить клинический осмотр врачом-терапевтом в ежедневном режиме (не менее 2 раз в день), другими специалистами - по показаниям; при условии лечения в терапевтическом стационаре обеспечить клинический осмотр врачом акушером-гинекологом в ежедневном режиме и чаще по показаниям.

5. При наблюдении беременных женщин, больных и перенесших ОРВИ, грипп, пневмонию, рекомендуется проводить кардиомониторный (кардиотахографический), доплерометрический контроль за внутриутробным состоянием плода в еженедельном режиме.

6. При тяжелой степени ОРВИ, гриппа, пневмонии беременная женщина госпитализируется бригадой скорой помощи в отделение интенсивной терапии и реанимации учреждения здравоохранения с последующей очной консультацией специалистов Акушерского консультативно-реанимационного центра ГБУЗ СО «Территориальный центр медицины катастроф» (далее - ГБУЗ СО «ТЦМК») для решения вопроса о перегоспитализации в отделение реанимации ГБУЗ СО «СОКБ № 1» или МАУ «ГКБ № 40», лечении, сроках и способе родоразрешения при необходимости. Беременные и родильницы города Екатеринбурга госпитализируются скорой медицинской помощью в МАУ «ГКБ № 40».

7. Все беременные со среднетяжелым и тяжелым течением острой респираторной вирусной инфекции, гриппа, пневмонии должны быть осмотрены консилиумом врачей в составе: заместителя главного врача по лечебной работе, заместителя по родовспоможению и заведующего анестезиологическим отделением с привлечением других профильных специалистов (терапевта, пульмонолога и др.).

8. Перегоспитализация беременных женщин со сроком беременности до 22 недель и родильниц осуществляется в отделение реанимации ГБУЗ СО «СОКБ № 1». При беременности 22 недели и более проводится в МАУ «ГКБ № 40» г. Екатеринбурга.

9. Заболевших беременных женщин, рожениц и родильниц, имеющих тяжелую и среднетяжелую форму, ежедневно ставить на мониторинг в Акушерский реанимационно-консультативный центр ГБУЗ СО «ТЦМК».

10. Показания для госпитализации: обоснованием необходимости стационарного лечения гриппа при беременности является быстрое развитие тяжелых осложнений (пневмония) и высокий риск материнской смерти, который более выражен у лиц с отягощенным преморбидным фоном, в первую очередь, с заболеваниями дыхательной и сердечно-сосудистой систем, сахарным диабетом, ВИЧ и другими социально значимыми

инфекциями. Пневмония (92%) чаще всего встречается во 2 и 3 триместрах беременности. Течение пневмонии у беременных бывает более тяжелым в связи со снижением дыхательной поверхности легких и дополнительной нагрузкой на сердечно-сосудистую систему. Однако течение пневмонии может быть и стертым, без высокой лихорадки, выраженных явлений интоксикации, патологических сдвигов в крови. Особенностью гриппа А (H1N1-09) у беременных женщин является развитие пневмонии на 2-3 сутки от начала заболевания с быстрым прогрессированием дыхательной недостаточности, требующей продленной ИВЛ. Необходимость в искусственной вентиляции легких возникает в 20% случаев.

11. Клинические критерии для госпитализации:

Жалобы:

местные симптомы: кашель сухой или продуктивный, изменение цвета респираторного секрета у пациентов с хроническим кашлем, кровохарканье, боль при дыхании или дискомфорт в грудной клетке;

общие симптомы: лихорадка или гипотермия, озноб, симптомы интоксикации и неспецифические симптомы (слабость, усталость, миалгия, боль в животе, потливость, снижение аппетита, головная боль);

клинические проявления пневмонии у беременных могут носить стертый характер, напоминая острую респираторную вирусную инфекцию с умеренным кашлем и незначительной одышкой.

Физикальные данные: притупление перкуторного звука, усиление голосового дрожания, крепитация, мелкопузырчатые хрипы.

Критерии тяжести состояния беременных, больных гриппом, пневмонией.

Симптом	Степень тяжести			
	Легкая	Средняя	Тяжелая	Крайне тяжелая
Кашель, мокрота	малопродуктивный в 1 сутки; слизистогнойная на 2-4 сутки	возможно, со «ржавой мокротой»	возможно, со «ржавой мокротой»	возможно ослабление кашля из-за утомленности дыхательной мускулатуры
Интоксикация	слабо выраженная интоксикация	слабость, потливость, снижение аппетита, апатия	адинамия, потливость, потеря аппетита, дезориентация	нарушение сознания, рвота, диарея
Температура	до 38° С	до 39° С	>39° С	>39° С
ЧДД	до 25 в мин	до 30 в мин	>35 в мин	> 40 в мин
ЧСС	< 90 в мин	до 100 в мин	> 110 в мин	> 130 в мин

АД	норма	может быть повышено, но чаще с тенденцией к гипотонии	СД < 90 мм Hg ДД < 60 мм Hg	СД < 70 мм Hg ДД < 50 мм Hg
Потребность в O ₂	нет	непостоянно	зависимость	необходимость в ИВЛ
Цианоз	как правило отсутствует	цианоз губ	акроцианоз	диффузный цианоз

12. Состояния, при которых необходима госпитализация в ОРИТ (тяжелая и крайне тяжелая).

Показания для экстренной госпитализации беременных в ОРИТ непосредственно из приемного покоя:

- 1) ЧД > 30 в мин.;
- 2) соотношение SpO₂/FiO₂ < 235;
- 3) SpO₂ < 90% при дыхании атмосферным воздухом;
- 4) мультилобарные инфильтраты на рентгенограмме;
- 5) истощение, усталость больной, спутанность сознания или дезориентация;
- 6) температура > 38 °C или < 36 °C;
- 7) гипотония: систолическое АД < 90 мм Hg, диастолическое АД < 60 мм Hg;
- 8) частота сердечных сокращений > 110 в мин.

Дополнительные критерии тяжести: мочевины более чем в 2 раза верхней границы нормы, лейкоцитоз > 12*10⁹/мл или лейкопения < 4*10⁹/мл, тромбоцитопения < 100*10⁹/мл, НЬ < 90 г/л.

13. Показания для госпитализации в межмуниципальные центры:

- 1) ОРВИ, грипп, пневмония средней степени тяжести, пневмония в том числе у беременных групп риска;
- 2) отсутствие эффекта от проводимой терапии ОРВИ, гриппа у беременных и родильниц в течение 2-3 дней (сохраняющаяся гипертермия выше 38 °C) амбулаторно или в учреждениях здравоохранения.

14. Показания для перегоспитализации в ГБУЗ СО «СОКБ № 1»: тяжелые формы ОРВИ, гриппа, пневмонии у беременных со сроком беременности до 22 недель и родильниц, в том числе нуждающихся в продленной искусственной вентиляции легких.

15. Показания для перегоспитализации в МАУ «ГКБ № 40» с целью родоразрешения при ОРВИ, гриппе, пневмонии: беременные с тяжелой формой ОРВИ, гриппа пневмонии в сроке беременности свыше 22 недель.

16. 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(Н1 N1).

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(Н1 N1)

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 или невозможности его применения по какой-либо причине можно использовать занамивир.

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 pneumonia*, *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:

1. 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.

2. 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.

- Р пиковое < 35 см.вод.ст;

- Р 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):

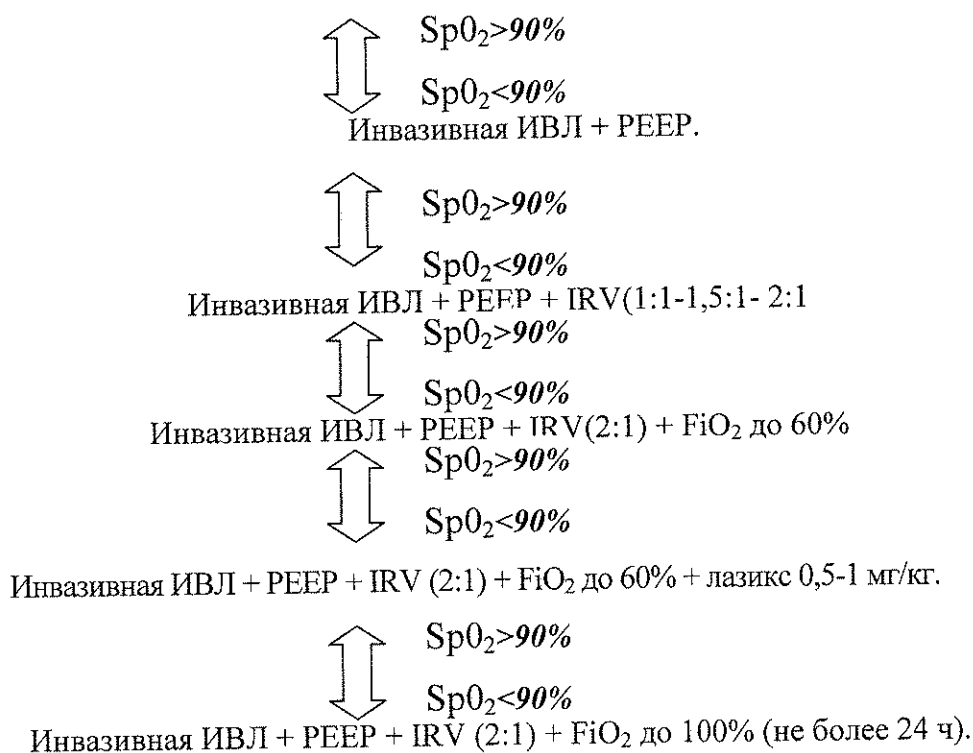
Инсуфляция увлажненного O_2 низким потоком (4-6 л/мин) через маску или носовые канюли.



$SpO_2 > 90\%$

$SpO_2 < 90\%$

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



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 крови	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 P_{Ю2} 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 1:12-3 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 1:12-3 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.

17. 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).

Приложение № 2 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 06 АПР 2016 № 488-н.

Форма информационного письма для беременных и родильниц по профилактике и лечению ОРВИ, гриппа и пневмонии *

В Свердловской области начался сезонный подъем заболеваемости гриппом и острыми респираторными вирусными инфекциями. Источником инфекции является человек с явными или стертыми формами заболевания.

Что делать, если у Вас появились симптомы заболевания, похожего на грипп:

- подъем температуры;
- кашель;
- боли в горле;
- насморк или заложенность носа;
- боли в теле;
- головная боль;
- озноб, слабость;
- затрудненное дыхание или одышка;
- боли или чувство тяжести в груди или в брюшной полости;
- внезапное головокружение;
- спутанность сознания;
- сильная или устойчивая рвота;
- симптомы гриппа ослабевают, но затем возвращаются вместе с высокой температурой и усилившимся кашлем;
- у значительного числа людей, инфицированных этим вирусом, также отмечаются диарея и рвота.

Если Вы больны, Вы должны оставаться дома и избегать контактов с другими людьми. С целью оказания Вам медицинской помощи необходимо срочно обратиться в лечебное учреждение по месту жительства по телефону * * и вызвать врача на дом.

В случае, если Вы не можете самостоятельно обратиться к врачу поликлиники (температура выше 38 градусов, сильное головокружение, спутанность сознания), необходимо вызвать бригаду скорой медицинской помощи на дом.

Следует помнить, что своевременное обращение за медпомощью позволяет снизить риск осложнений и ведет к быстрому выздоровлению!

С информацией ознакомлена _____ (подпись)

Дата _____

Приложение № 3 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 06 АПР 2016 № 488-П.

**Список учреждений здравоохранения, прикрепленных к
межмуниципальным центрам для госпитализации беременных
женщин, рожениц и родильниц в период подъема заболеваемости
ОРВИ, гриппом, пневмонией**

Учреждения здравоохранения (МПЦ, ММЦ)	Учреждения здравоохранения
ГБУЗ СО «Краснотурьинская городская больница»	ГБУЗ СО «Ивдельская центральная районная больница» ГБУЗ СО «Волчанская городская больница» ГБУЗ СО «Карпинская центральная городская больница» ГБУЗ СО «Североуральская центральная городская больница» ГБУЗ СО «Новолялинская районная больница» ГБУЗ СО «Центральная районная больница Верхотурского района»
ГБУЗ СО «Серовская городская больница»	ГБУЗ СО «Серовская городская больница»
ГБУЗ СО «Городская больница город Первоуральск»	ГБУЗ СО «Нижнесергинская центральная районная больница» ГБУЗ СО «Шалинская центральная городская больница» ГБУЗ СО «Артинская центральная районная больница» ГБУЗ СО «Ачитская центральная районная больница» ГБУЗ СО «Красноуфимская районная больница»
ГБУЗ СО «Ревдинская городская больница»	ГБУЗ СО «Дегтярская городская больница» ГБУЗ СО «Ревдинская городская больница»

ГБУЗ СО «Демидовская городская больница» ГБУЗ СО «Городская инфекционная больница г. Нижний Тагил» ГБУЗ СО «Городская больница № 4 город Нижний Тагил»	ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Нижний Тагил» ГБУЗ СО «Городская больница ЗАТО Свободный» ГБУЗ СО «Кировградская центральная городская больница» ГБУЗ СО «Невьянская центральная районная больница» ГБУЗ СО «Нижнесалдинская центральная городская больница» ГБУЗ СО «Верхнесалдинская центральная городская больница» ГБУЗ СО «Центральная городская больница город Кушва» ГБУЗ СО «Центральная городская больница город Верхняя Тура» ГБУЗ СО «Верх-Нейвинская городская поликлиника» ГБУЗ СО «Красноуральская городская больница» ГБУЗ СО «Нижнетуринская центральная городская больница» ГБУЗ СО «Качканарская центральная городская больница»
г. Каменск- Уральский: до 22 недель беременности - ГБУЗ СО «Городская больница № 5 г. Каменск- Уральский»; свыше 22 недель беременности - ГБУЗ СО «Городская больница № 2 г. Каменск-Уральский»	ГБУЗ СО «Каменская центральная районная больница» ГБУЗ СО «Камышловская центральная районная больница» ГБУЗ СО «Пышминская центральная районная больница» ГБУЗ СО «Богдановичская центральная районная больница» ФГБУЗ «Центральная МСЧ № 32 Федерального медико-биологического агентства России»
ГБУЗ СО «Городская больница № 1 город Асбест»	ГБУЗ СО «Белоярская центральная районная больница» ГБУЗ СО «Рефтинская городская больница» ГБУЗ СО «Малышевская городская больница» ГАУЗ СО «Сухоложская районная больница»

ГБУЗ СО «Ирбитская центральная городская больница»	ГБУЗ СО «Тавдинская центральная районная больница» ГБУЗ СО «Талицкая центральная районная больница» ГБУЗ СО «Тугулымская центральная районная больница» ГБУЗ СО «Туринская центральная районная больница им. О.Д. Зубова» ГБУЗ СО «Байкаловская центральная районная больница» ГБУЗ СО «Слободо-Туринская районная больница»
ГБУЗ СО «Алапаевская центральная районная больница»	ГБУЗ СО «Алапаевская городская больница» ГБУЗ СО «Махневская районная больница»
ГБУЗ СО «СОКБ № 1»	ГБУЗ СО «Берёзовская центральная городская больница» ГБУЗ СО «Режевская центральная районная больница» ГБУЗ СО «Арамилевская городская больница» ГБУЗ СО «Сысертская центральная районная больница» ГБУЗ СО «Полевская центральная городская больница» ГБУЗ СО «Верхнепышминская центральная городская больница им. П.Д. Бородин» ГБУЗ СО «Артемовская центральная районная больница»

Примечание: г. Лесной и г. Новоуральск - лечение на местах;

вопрос о месте и сроках родоразрешения беременной женщины, возникшей при перегоспитализации, решается совместно с главным специалистом акушером - гинекологом Минздрава Свердловской области Зильбер Н.А., в зависимости от состояния пациентки.

Приложение № 4 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 06 АПР 2016 № 488-П.

**Отчетная форма о количестве заболевших и госпитализированных
беременных женщин с ОРВИ, гриппом, пневмонией**

Дата _____

Управленческий округ _____

**Заболеваемость ОРВИ, грипп, пневмонией
в разрезе прикрепленных учреждений**

учреждение	Состоит на учете	Обратилось с ОРВИ, грипп, пневмонией	госпитализировано	В т.ч. РАО	H1N1

Заболеваемость пневмонией в разрезе прикрепленных учреждений

учреждение	всего	тяжесть			Подтверждение H1N1	Перегоспитализирована*
		легкая	средней	тяжелая		

● - указать учреждение, куда перегоспитализирована пациентка

Приложение № 5 к приказу
Министерства здравоохранения
Свердловской области
от 06 АПР 2016 № 488-н.

Рекомендации по организации и проведению иммунизации беременных и родильниц против гриппа А/Н1N1 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:

1. II и III триместр беременности;
2. 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:

1. I триместр беременности (кроме лиц из группы повышенного риска);
2. 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).

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), преднизалон 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.