

Министр здравоохранения
Забайкальского края
Б.П.Сормолотов

« 6 » *Июль* 2009



Ректор ГОУ ВПО
«Читинская государственная
медицинская академия»
Профессор А.В.Говорин



Клинический протокол по лечению гриппа и его осложнений у беременных

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ЛЕЧЕНИЮ ГРИППА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Составители:

Заведующий кафедрой госпитальной терапии ГОУ ВПО ЧГМА, профессор,
д.м.н. Ю.В. Пархоменко.

Заведующая кафедрой акушерства и гинекологии лечебного и
стоматологического факультета ГОУ ВПО ЧГМА д.м.н., профессор
Т.Е.Белокриницкая.

Консультант МЗ Забайкальского Края по акушерству и гинекологии В.Ф.Лига.

Доцент кафедры госпитальной терапии ГОУ ВПО ЧГМА, к.м.н. А.П.Пергаев.

Зам. главного врача по терапии ГУЗ ККБ г. Читы Т.С.Юркова.

Зам. главного врача по акушерству и гинекологии ГУЗ ККБ г. Читы
Т.В.Хавень.

Ассистент кафедры госпитальной терапии ГОУ ВПО ЧГМА, А.В. Лыков.

Главный внештатный пульмонолог МЗ Забайкальского Края А.В.Малкин.

Общая характеристика вируса гриппа А/Н1N1 и эпидемиология

Грипп, названный новым штаммом вируса А/Н1N1/КАЛИФОРНИЯ/04/09, является новым штаммом, образовавшегося из человеческого вируса А (подтип Н1N1) и частично из нескольких штаммов вируса, обычно распространённых только у свиней. Этот штамм отличает ряд характерных особенностей:

1. Ранее этот вирус никогда не циркулировал среди людей и не связан с эпидемиями сезонного гриппа. По этой причине он является более контагиозным и коэффициент инфицирования в отношении этого штамма составляет 22-33% (5-15% для сезонного гриппа).
2. Среди заболевших преобладают люди молодого возраста (до 53% заболевших в Мексике были моложе 19 лет).
3. Беременные женщины являются группой высокого риска по развитию гриппа и вызванных им серьёзных осложнений. Это касается как гриппа 2009 - А(Н1N1), так и сезонного гриппа. Заболевание у таких пациенток протекает более тяжело и сопровождается высокой частотой осложнений в виде пневмоний, респираторного дистресс-синдрома, спонтанных абортов, плацентарной недостаточности, антенатальной гибели плода и др.
4. Летальность у всех подгрупп, заболевших гриппом А/Н1N1 превосходит сезонный грипп.

Темпы роста заболеваемости новым штаммом вируса очень высоки, при этом до 15% случаев сопровождаются осложнениями, около 0,1% - летальными случаями.

Патогенез развития гриппа и его осложнений у беременных

По мере прогрессирования беременности усиливается иммуносупрессия, направленная на сохранение аллоантигенного плода, уменьшается общий объем легких, их дыхательная экскурсия, повышается на 10% частота дыхательных движений, что делает беременных более восприимчивыми к респираторным инфекциям и более уязвимыми в плане развития осложнений, как со стороны легких, так и генерализованных инфекций. К концу I триместра гестации у беременных развивается компенсированный респираторный алкалоз. В III триместре гестации из-за высокого стояния диафрагмы происходит углубление реберно-диафрагмального синуса, в связи с чем, у 50% беременных развивается одышка. Эти изменения приводят к тому, что в случае развития пневмонии 20% беременных требуется респираторная поддержка.

В течение 2 недель послеродового или постабортного периода происходит процесс восстановления состояния иммунной системы, функций дыхательной и сердечно-сосудистой системы, поэтому эти категории пациенток также следует считать лицами повышенного риска в отношении осложнений гриппа. По данным пандемии гриппа 1918-1919 г.г., материнская смертность от гриппа и его осложнений составила около 50%.

Осложнения гестации обусловлены развитием системного воспаления, оксидативного стресса, ДВС-синдрома у матери, приводящими к нарушениям всех функций плаценты, гипоксии, внутриутробному инфицированию плода, прерыванию беременности, кровотечениям при беременности и в родах.

Клиническая картина

В последних исследованиях эпидемических вспышек инфекции, обусловленных вирусом 2009-А(Н1N1), начальные клинические проявления у беременных включали в себя: лихорадку (97%), кашель (94%), ринорею (59%), катаральные явления (50%), головную боль (47%), поверхностное дыхание (41%), миалгии (35%), тошноту (18%), диарею (12%) и конъюнктивит (9%), схожие с подобными симптомами в общей популяции. Следует отметить, что пациентки, инфицированные гриппом, и в том числе вирусом А(Н1N1), могут иметь только респираторные проявления без лихорадки. В ряде случаев лихорадка возникает только при развитии осложнений.

Осложненные формы гриппа регистрируются на разных стадиях эпидемического процесса заболеваемости гриппом, в том числе при сезонном подъеме заболеваемости, а также в период эпидемии и пандемии, когда число больных с тяжелыми формами гриппа значительно возрастает.

Группами риска по тяжести течения заболевания и развитию осложнений являются больные с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, сахарным диабетом, онкологическими заболеваниями, а также дети в возрасте до пяти лет и беременные женщины.

Критериями тяжести заболевания являются выраженность общего интоксикационного синдрома, нарушение в сфере сознания, гемодинамическая нестабильность, острая дыхательная недостаточность, первичная и вторичная пневмония.

Клинические проявления тяжелых форм заболевания. Осложнения гриппа.

В первые дни заболевания больные предъявляют жалобы на интенсивную головную и ретробульбарную боль, а так же фотофобию, интенсивность их проявлений нарастает при движении глазных яблок. Центральная нервная система может вовлекаться в патологический процесс и характеризуется определенным полиморфизмом: клиническая картина асептического менингита, энцефалита и синдрома Guillain – Barre. Картина неврологических симптомов при осложненном течении гриппа может дополняться признаками миозита и рабдомиолиза. Эти проявления чаще встречаются у детей. Превалируют признаки миалгии, в то время как истинный миозит встречается крайне редко. Боли локализуются чаще всего в ногах и поясничной области. У таких больных необходимо исследовать сыворотку крови на креатининфосфокиназу, концентрация которой резко возрастает с развитием миозита. Миоглобинурия является биохимическим маркером рабдомиолиза и может привести к присоединению почечной недостаточности.

Наиболее грозным осложнением при гриппе является развитие пневмонии. В настоящее время в зависимости от характера возбудителя выделяют первичную (гриппозную), вторичную (как правило, бактериальную) и смешанную (вирусно-бактериальную) пневмонии.

Под первичной пневмонией понимается прямое вовлечение легких в патологический процесс, вызванный вирусом гриппа. Подобного рода пневмония всегда протекает тяжело, о чем могут свидетельствовать признаки острой дыхательной недостаточности: число дыхательных экскурсий превышает 30 и более в одну минуту, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура

грудной клетки и брюшного пресса, сатурация кислорода ниже 90%. Кашель, как правило, носит непродуктивный характер, его появление усугубляет тягостное чувство одышки, нарастает цианоз. Аускультация легких выявляет характерные хрипы, которые по своей характеристике напоминают крепитирующие: на высоте вдоха выслушиваются влажные хрипы преимущественно в базальных отделах легких. Первичная пневмония развивается на второй-третий день от острого начала гриппа. Признаки острой дыхательной недостаточности должны насторожить на развитие пневмонии. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с респираторным дистресс-синдромом, некардиогенным отеком легких.

Вторичная пневмония носит бактериальный характер и встречается у значительной части больных, которые перенесли грипп. Принято считать, что более 25% больным проводится лечение в связи с развитием вторичной бактериальной пневмонии. Вирус гриппа поражает эпителиальные клетки трахеи и бронхов, что способствует адгезии микроорганизмов и последующей их инвазии в дыхательные пути. Вторичная пневмония развивается в конце первой и начале второй недели от того срока, как человек заболел гриппом. Наиболее частыми возбудителями пневмонии являются: *Streptococcus pneumoniae* (48%); *Staphylococcus aureus* (19%) часто встречаются штаммы, которые резистентны к метициллину. Третье место среди патогенов, приводящих к развитию пневмонии, занимает *Haemophilus influenzae*.

Характерной особенностью в развитии вторичной бактериальной пневмонии у больных, переносящих грипп, является усиление кашля: нарастает его продолжительность, он становится мучительным для больного, вновь нарастают общие интоксикационные проявления (повышается температура тела, возрастает потоотделение, снижается аппетит). Больной может жаловаться на боль в грудной клетке, связанной с актом дыхания. Мокрота приобретает гнойный характер, при рентгенологическом исследовании выявляются пневмонические очаги. Пневмония у больных, перенесших грипп, протекает тяжело, она приобретает затяжной характер, период выздоровления затягивается до двух-трех месяцев. Особенно тяжело протекает пневмония, возбудителем которой являются метициллин-резистентные штаммы золотистого стафилококка. Клиническая практика свидетельствует, что подобного рода пневмония часто осложняется развитием абсцессов легкого.

Третий тип относят к вирусно-бактериальным пневмониям. В мокроте обнаруживаются как вирусы, так и бактерии. В клинической картине отмечается прогрессивное течение гриппа. Температура тела не нормализуется, сохраняются

и другие признаки вирусной интоксикации, и в то же время, присоединяются влажный кашель, больная начинает отделять мокроту гнойного характера, иногда она носит кровянистый характер. При аускультации легких выслушиваются как сухие рассеянные хрипы, так и влажные. Необходимо провести рентгенологическое исследование грудной клетки, которая в подобной ситуации выявляет консолидирующие пневмонические очаги.

Среди других осложнений следует указать на возможность развития инфекционно-аллергического миокардита, перикардита. Эпидемии и пандемии гриппа сопровождались в последующем постэпидемическом периоде ростом числа больных ревматической лихорадкой, бронхиальной астмой, нефритом и другими заболеваниями.

В системном обзоре по клиническим проявлениям тяжёлых форм гриппа, который включил 16 исследований, указано, что более чем в 95% встречается холодный озноб с повышением температуры и выраженное недомогание. Тяжелое течение гриппа характеризуется выраженной головной болью, часто сопровождается тошнотой и рвотой, болями в мышцах преимущественно нижних конечностей. Угрожающие жизни осложнения при тяжелой форме гриппа связаны с поражением легких. Неэффективный и непродуктивный кашель, цианоз слизистых и кожных покровов, одышка, превышающая 30 экскурсий в минуту, снижение сатурации кислорода ниже 90% свидетельствуют о присоединении к течению осложненной формы гриппа острой дыхательной недостаточности.

Диагноз и рекомендуемые клинические исследования

Критериями тяжести заболевания является выраженность общего интоксикационного синдрома, нарушение в сфере сознания, гемодинамическая нестабильность, острая дыхательная недостаточность, первичная и вторичная пневмония.

- Обследование беременных проводится по общепринятым схемам.
- Рентгенографию легких в 2-х проекциях применяют при беременности по следующим показаниям:
 - тяжелое течение заболевания;
 - нарастающая дыхательная недостаточность;
 - неэффективность проводимой терапии.
- В качестве вспомогательного метода диагностики рекомендуется УЗИ грудной клетки, брюшной полости (при подозрении на эндокардит, экссудативный плеврит, сепсис).

Лечение беременных при гриппе А(Н1N1)

Лечение беременных с легкими формами заболевания осуществляется в домашних условиях под наблюдением терапевта и акушера-гинеколога.

Госпитализация показана больным с тяжёлым и средней тяжести течением инфекции, а в период эпидемии – **всем беременным с выраженным синдромом интоксикации.**

Лихорадка у беременных должна быть купирована, поскольку является риском, ставящим под угрозу плод. Парацетамол признан наиболее щадящим методом лечения лихорадки во время беременности.

Беременные, у которых выявляются признаки угрозы жизни, должны помещаться в блок интенсивной терапии, персонал которого должен быть специально подготовлен к оказанию квалифицированной помощи: неинвазивной вентиляции легких, искусственной вентиляции легких, умению проводить легочно-сердечную реанимацию, при необходимости - к санационной бронхоскопии.

Принципы и схемы терапии

1. Этиотропная терапия

Противовирусные препараты показаны всем заболевшим беременным и женщинам в течение 2 недель (???) послеродового (постабортного) периода с подозреваемым или подтверждённым гриппом и может проводиться в любом триместре беременности. Длительность антивирусной терапии составляет 5 дней. При назначении указанных противовирусных препаратов кормящим женщинам вопрос о продолжении грудного вскармливания решается индивидуально, с учетом тяжести состояния матери.

Информация по дозировке препаратов представлена в таблице 1.

Таблица №1.

Дозы этиотропных препаратов при лечении и профилактике гриппа А (Н1N1)

➤ 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. Лечение беременных с тяжелым или прогрессирующим течением заболевания необходимо начинать и в более поздние сроки. При отсутствии

осельтамивира (тамифлю) или невозможности его применения по какой-либо причине можно использовать занамивир (реленза).

4. Осельтамивир и занамивир - это препараты, по уровню безопасности, относящиеся к категории "С" (клинические исследования для оценки безопасности применения данных препаратов для беременных и кормящих женщин не были проведены). Тем не менее, имеющиеся данные по оценке рисков и преимуществ указывают на то, что беременным и кормящим женщинам с подозреваемым или подтвержденным гриппом необходимо максимально 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.

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. Учитывая, что наиболее частыми возбудителями пневмоний являются *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* и *Haemophilus influenzae* стартовая эмпирическая терапия пневмонии у беременных включает назначение цефалоспоринов третьего или четвертого поколения, карбапенемов, монобактамов. Если высока вероятность стафилококковой колонизации, то антибиотиком выбора является ванкомицин.

Таблица 2.

Предпочтительные препараты для лечения пневмонии у беременных

Препарат	Дозировка при парентеральном введении
Амоксициллин клавлонат	1,2 г в/в, в/м каждые 6- 8 часов
Цефтриаксон (<i>Роцефин, Медаксон, Мовигип</i>)	2 г в/в, в/м каждые 24 ч
Цефотаксим (<i>Цефабол, Клафоран</i>)	2 г в/в, в/м каждые 8 ч
Цефепим (<i>Максипим</i>)	2-3 г в/в каждые 12 ч
Меропенем (<i>Меронем</i>)	1 г в/в каждые 8 ч

Группы антибактериальных препаратов, допустимых к применению у беременных

I группа - β-Лактамные антибиотики (пенициллины, цефалоспориновые карбапенемы, монобактамы)

1. Пенициллины:

- а) Природные
- б) Полусинтетические

Наиболее перспективен **амоксициллин**. Назначается в той же дозе, как и вне беременности. Особая форма - флемоксин соллютаб - полностью всасывается по 500-750 мг x 2р./сут. В молоке только следы.

Карбенициллин - против сибирской язвы.

Хорошо комбинировать для борьбы с резистентностью бактерий, связанной с продукцией ими бета-лактамаз (комбинируют с ингибиторами ферментов).

В клинике - 3 ингибитора бета-лактамаз: сульбактам, клавулановая кислота и тазобактам.

Существуют следующие комбинации:

ампициллин + сульбактам (уназин)

амоксициллин + клавулановая кислота (амоксиклав, аугментин, клавоцин)

тикарциллин + клавулановая кислота (тиментин)

пиперациллин + тазобактам (тазоцин)

Эти антибиотики безопасны для плода и новорожденного.

2. Цефалоспорины:

I. поколение - цефазолин, цефалотин, цефадроксил (per os), цефалексин

II. поколение - цефаклор (per oss), цефамандол, цефокситин, цефуроксим; цефотетан

III. поколение - цефтазидим (+ синегнойная палочка), цефтриаксон (1р./сут.), цефоперазон (не требует коррекции дозировок даже при выражении почечной недостаточности), цефотаксим, клафоран

IV. поколение - цефепим

3. Карбапенемы (тиенамицины) тиенам, меронем.

4. Монобактамы: азтреонам - узкий спектр, бактерициден против синегнойной палочки и энтеробактерий.

II группа – Аминогликозиды, макролиды, азалиды и линкосамиды, оксазалидоны.

1. **Аминогликозиды** - все оказывают эмбриотоксическое действие, поэтому противопоказаны, за исключением случаев тяжелых инфекций с Грам-отрицательной флорой.

2. **Макролиды и азалиды** - сравнительно безопасны при беременности (за исключением рокситромицина - рулид), средства выбора при хламидиозе и микоплазмозе. **Спирамицин** по 6-9 млн. МЕ прерывистым курсом (10-20 дн.) во время беременности значительно снижает риск внутриутробного токсоплазмоза. **Кларитромицин** - 250 мг x 2 р. Но есть сведения о задержке роста плода в эксперименте. **Азитромицин** (сумамед) - является производным азалидов - 3 дня лечения или 5 дней.

3. **Линкосамиды: линкомицин и клиндамицин.** Допустимы к применению в течение всей беременности.

4. **Оксазалидоны: Линезолид (зивокс)** адекватных и строго контролируемых исследований безопасности применения препарата не проводилось. Применение зивокса возможно только в случаях, если предполагаемая польза терапии для матери превосходит потенциальный риск. Дозировка 600 мг 1-2 раза в день.

III группа - Антибиотики разных групп.

1. **Ванкомицин** - узкий спектр (Грамположительные кокки), сейчас это единственный антибиотик, эффективно воздействующий на метициллин-резистентные штаммы стафилококков (*S. Aureus*, *S. epidermidis*). При беременности используют по жизненным показаниям (при особо тяжелых состояниях и энтерококковых инфекциях), неподдающихся терапии бета-лактамными антибиотиками или при их непереносимости.

2. **Спектиномиксон** - широкий спектр, особенно при гонококковой природе инфекции в периоды беременности и лактации безопасность не установлена.

3. **Фосфомицин (урофосфабол)** - широкий спектр - только при крайней необходимости.

IV группа. Другие антибактериальные препараты.

- **Противопротозойные средства:** метронидазол – допустимо применение во 2-м и 3-триместрах.
- **Противогрибковые средства:** амфотерицин В допускается его применение; период беременности и лактации. Производные азолов **флуконазол** **траконазол** при беременности не рекомендуются. **Натамицин (пимафуцин)** - препарат выбора для лечения-кандидоза (не всасывается из ЖКТ), применяется в виде свечей, суспензий, кремов и энтерального применения. **Нистатин, нафтидин** - их эффективность невелика, особенно при кандидозах половых путей у беременных. **Клотримазол** используется наружно, вагинально на курс: 3 дня по 200 мг, 6 дней по 100 мг. Для предродовой санации родовых путей достаточно однократного применения вагинальных таблеток (200 мг). Одним из наиболее эффективных средств лечения микозов является флуконазол. Внутрь по 200-400 мг/сут. в один прием несколько недель. При вагинальном кандидозе эффективен однократный прием 150 мг. При беременности применять только в случаях, потенциально угрожающих жизни, грибковых инфекций.

3. Адекватная респираторная поддержка.

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. Показанием для проведения кислородотерапии является $\text{SatO}_2 < 90\%$ $\text{PaO}_2 < 60$ мм рт ст (при дыхании воздухом).

Показатели сатурации кислорода должны определяться у всех больных!

Кислород ингалируют через маску или же носовую канюлю и подают его со скоростью 2-4 литра в минуту. Перед назначением ингаляции кислорода определяют сатурацию кислорода и в последующем через 10 - 15 минут повторно производят измерение. Положительный ответ проявляется в приросте на 2% и более. Если этого не произошло, то необходимо подготовить аппаратуру к проведению неинвазивной вентиляции легких. Неинвазивная вентиляция легких особенно показана тем больным, у которых имеется выраженное тахипноэ, в акте дыхания активно участвует вспомогательная мускулатура грудной клетки и брюшного пресса. Желательно сочетать неинвазивную вентиляцию легких с назначением лекарственных средств через небулайзер. К таким лекарственным средствам можно отнести теплый физиологический раствор, ацетилцистеин, глюкокортикостероиды (будезонид – 0,5-1,0 мг в 2 мл раствора), симпатомиметики (сальбутамол 2,5-5 мг в 5 мл физраствора). Назначение этих лекарственных средств направлено на улучшение мукоцилиарного клиренса, борьбе с неэффективным и непродуктивным кашлем.

Показанием к механической вентиляции легких является нарастающая в своей интенсивности гипоксемия, синдром утомления дыхательных мышц. Дополнительными показаниями к механической вентиляции являются

двусторонние легочные инфильтраты, выявляемые при рентгенографии органов грудной клетки.

4. Симптоматическая терапия при гриппе

- Сосудосуживающие средства в виде капель в нос. Применяется для облегчения носового дыхания, проводится короткими курсами во избежание побочных эффектов в виде сухости и кровоточивости.
- Жаропонижающие и обезболивающие препараты показаны при температуре выше 38°C (парацетамол).
- Бронхолитические, муколитические и отхаркивающие средства. Возможен пероральный и ингаляционный путь введения Амброксол 30 мг 3 р/д, ацетилцистеин 600 мг /день.

Ошибки и необоснованные назначения

- позднее начало противовирусной терапии;
- нерациональная противовирусная терапия;
- поздняя госпитализация в стационар при средних и тяжелых вариантах течения заболевания;
- антибактериальные лекарственные средства, противопоказанные при беременности (доксциклин, 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 средней 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, вводить препараты, улучшающие функции фетоплацентарного

комплекса. Во втором периоде для профилактики развития дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности ограничить потуги путем проведения пудендальной анестезии и/или эпизиотомии. При необходимости быстрого окончания родов – применить вакуум-экстракцию или акушерские щипцы. Всем пациенткам показана профилактика кровотечения. В послеродовом периоде – назначить утеротоники на 2-3 дня и продолжить лечение гриппа и пневмонии, начатое до родов.

Во всех остальных 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;
- отсутствие симптомов поражения респираторного тракта;
- восстановление нарушенных лабораторных показателей;
- отсутствие акушерских осложнений (беременности, послеродового периода).

Профилактика гриппа А(Н1N1)

Профилактика гриппа А(Н1N1) в общем смысле неспецифична и включает те же меры, что и для обычного сезонного гриппа (рекомендации ВОЗ).

1. Индивидуальные меры профилактики

- «Этикет кашля» - прикрывать нос и рот салфеткой во время кашля или чихания. После использования выбрасывать салфетку в мусор.
- Частое мытье рук с мылом и водой, особенно после того, как вы чихнули или кашляли.
- Использование спиртосодержащих средств для мытья рук.
- Избегать близкого контакта с больными людьми, объятий, поцелуев и рукопожатий.
- Избегать касаний глаз, носа, рта.
- Ограничение контактов с другими людьми, если у пациента выявлены гриппоподобные проявления, чтобы не заразить их и/или держаться на расстоянии не менее 1 метра от окружающих.
- Немедленное обращение за медицинской помощью при появлении симптомов гриппа.

2. Фармацевтическая послеконтактная профилактика показана беременным и родильницам (включая лиц с выкидышами и абортами), имевшими контакт с каким-либо лицом с гриппоподобными проявлениями (см. таблицу 1).

Альтернативным и эффективным методом профилактики следует признать Арбидол - по 200 мг 1 раз в день в течение 10-14 дней.

Беременных и родильниц, которые получали профилактику после контакта, следует информировать о том, что профилактика снижает, но не убирает полностью риск возникновения гриппа и защита прекратится, как только закончится курс терапии.

3. Фармпрофилактика у беременных в период эпидемии гриппа:

- Арбидол - по 200 мг два раза в неделю в течение 3 недель.
- Интерферон альфа-2b:

Гриппферон - интраназально по 3 капли в каждый носовой ход 5–6 раз в день (разовая доза - 3000 МЕ, суточная - 15000–18000 МЕ) в течение 2 недель (разрешен к применению в течение всего периода беременности).

Виферон - в суппозиториях по 500000 МЕ* 2 раза в день (суточная доза 1 млн МЕ) в течение 5 суток.

*- правка внесена после эпидемии 2009 г

Литература

1. Акушерство. Национальное руководство.- Москва, 2007.- 1200 с.
2. Акушерство/ Учебник для медицинских вузов под ред. Г.М.Савельевой // Рекомендован МЗ РФ. – М.: Медицина, 2008.- 656 с.
3. Информационное письмо №24-0/10/1-5039 от 25 августа 2009 г. (в редакции от 03 ноября 2009 г.) - «Временные методические рекомендации «Схемы лечения и профилактики гриппа, вызванного вирусом типа А/Н1N1» .
4. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: руководство для практикующих врачей / В.И.Кулаков, В.Н.Серов, П.Р.Абакарова, А.Г.Антонов и др.; под общ. Ред. В.И.Кулакова, В.Н.Серова. М.: Литтерра, 2005.- 1152 с.
5. Регистр лекарственных средств России.- 2008 г.
6. Рекомендации главного внештатного специалиста по инфекционным болезням МЗ и СР РФ В.В.Малеева по результатам работы в ЛПУ Забайкальского края от 4.11.2009 г.
7. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных.- М.: Триада-Х, 2008.- 816 с.
8. CDC. Pregnant Women and Novel Influenza A (H1N1) Virus: Considerations for Clinicians.- June 30, 2009.
9. CDC Updated Interim Recommendations for Obstetric Health Care Providers Related to Use of Antiviral Medications in the Treatment and Prevention of Influenza for the 2009-2010 Season.- October 23, 2009.