**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Ирбитская центральная городская больница»**

**ПРИКАЗ**

19 ноября 2018 г. № 607

***О порядке оказания медицинской помощи и маршрутизации беременных женщин, рожениц и родильниц в период подъема заболеваемости ОРВИ, гриппом и пневмонией в эпидемический сезон 2018-2019 годов***

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения Свердловской области от 19.11.2018 № 2017-п «О порядке госпитализации беременных женщин, рожениц, родильниц в период подъема заболеваемости ОРВИ, гриппом и пневмонией в эпидемический сезон 2018-2019 годов», с целью оптимизации оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам в условиях сезонного подъема заболеваемости ОРВИ, гриппом и пневмонией

**ПРИКАЗЫВАЮ:**

1.Назначить ответственным за организацию оказания медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам в период подъема заболеваемости ОРВИ, гриппом и пневмонией в эпидемический сезон 2018-2019 годов заместителя главного врача по детству и родовспоможению А.П. Семенову.

2. Заведующей поликлиники № 1 С.Ф. Рыбиной, заведующей поликлиники №2 Н.М. Рожковой, заведующей женской консультацией В.Ф. Кашаповой:

2.1.организовать оказание амбулаторной медицинской помощи беременным женщинам, роженицам и родильницам в соответствии с перечнем мероприятий по организации медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам в период подъема заболеваемости ОРВИ, гриппом, пневмонией в эпидемиологическом сезоне 2018-2019 годов (приложение № 1 к приказу Минздрава Свердловской области от 19.11.2018 № 2017-п);

2.2.обеспечить предоставление информации о количестве заболевших и госпитализированных беременных женщин, рожениц и родильниц с ОРВИ, гриппом, пневмонией за истекшие сутки в соответствии с отчетной формой (приложение № 4 к приказу Минздрава Свердловской области от 19.11.2018 № 2017-п) в эпидемиологический отдел ГБУЗ СО «Ирбитская ЦГБ» до 8:30 в ежедневном режиме;

2.3. организовать проведение иммунизации беременных и родильниц против гриппа вакцинами, разрешенными к применению на территории Российской Федерации, в соответствии с приложением № 5 к приказу Минздрава Свердловской области от 19.11.2018 № 2017-п.

3. Заместителю главного врача по лечебной работе А.В. Азевой, заведующему терапевтическим отделением №1 И.Я. Попову, заведующей инфекционным отделением А.И. Якименко, и.о. заведующего гинекологическим отделением Д.А. Булдакову, заведующему акушерским отделением Ю.Б. Лобанову обеспечить оказание стационарной медицинской помощи беременным женщинам, роженицам, родильницам в соответствии с перечнем мероприятий по организации медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам в период подъема заболеваемости ОРВИ, гриппом, пневмонией в эпидемиологическом сезоне 2018-2019 годов (приложение № 1 к приказу Минздрава Свердловской области от 19.11.2018 № 2017-п).

4. Заведующей РАО А.В. Башкировой, заведующему терапевтическим отделением №1 И.Я. Попову, заведующей инфекционным отделением А.И. Якименко, и.о. заведующего гинекологическим отделением Д.А. Булдакову, заведующему акушерским отделением Ю.Б. Лобанову обеспечить предоставление информации о количестве заболевших и госпитализированных беременных женщин, рожениц и родильниц с ОРВИ, гриппом, пневмонией за истекшие сутки в соответствии с отчетной формой (приложение № 4 к приказу Минздрава Свердловской области от 19.11.2018 № 2017-п) в эпидемиологический отдел ГБУЗ СО «Ирбитская ЦГБ» до 8:30 в ежедневном режиме.

5. Заведующей эпидемиологическим отделом Н.Л. Левит обеспечить предоставление информации по ГБУЗ СО «Ирбитская ЦГБ» о количестве заболевших и госпитализированных беременных женщин, рожениц и родильниц с ОРВИ, гриппом, пневмонией за истекшие сутки в соответствии с отчетной формой (приложение № 4 к приказу Минздрава Свердловской области от 19.11.2018 № 2017-п) в организационно-методический отдел ГБУЗ СО «Ирбитская ЦГБ» до 9:00 в ежедневном режиме.

6. Фельдшеру ОМО Н.А. Бердюгиной (дублер – фельдшер ОМО Л.А. Майер) обеспечить предоставление отчета главному специалисту акушеру-гинекологу Министерства здравоохранения Свердловской области Н.А. Зильбер о количестве заболевших и госпитализированных беременных женщин, рожениц и родильниц с ОРВИ, гриппом, пневмонией за истекшие сутки в соответствии с отчетной формой (приложение № 4 к приказу Минздрава Свердловской области от 19.11.2018 № 2017-п) на электронную почту [n.zilber@egov66.ru](mailto:n.zilber@egov66.ru) до 10:00 в ежедневном режиме.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач А. В. Чураков

Приложение № 1 к приказу

Министерства здравоохранения

Свердловской области

от 19 ноября 2018 г. № 2017-п

**Перечень**

**мероприятий по организации медицинской помощи беременным,**

**роженицам, родильницам в период подъема заболеваемости ОРВИ,**

**гриппом, пневмонией в эпидемиологическом сезоне 2018-2019 годов**

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, рожениц 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, рожениц и родильниц 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, роженицам 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 отделений, 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), допплерометрический 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» для решения вопроса о перегоспитализации в отделение реанимации ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 1» или МАУ «Городская клиническая больница № 40», лечении, сроках и способе родоразрешения при необходимости. Беременные и родильницы^ города Екатеринбурга госпитализируются бригадами скорой медицинской помощи в МАУ «Городская клиническая больница № 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 «Свердловская областная клиническая больница № 1». При беременности 22 недели и более перегоспитализация проводится в МАУ «Городская клиническая больница № 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 «Территориальный центр медицины катастроф».

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 A (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:

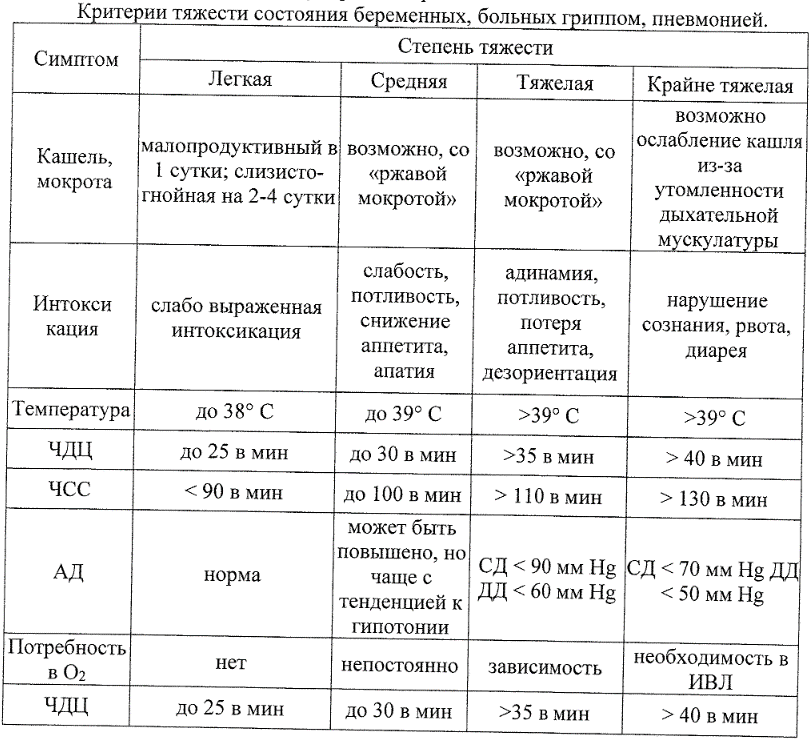
Жалобы:

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.



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 Sp02/Fi02<235;

3) Sp02<90% при дыхании атмосферным воздухом;

4) мультилобарные инфильтраты на рентгенограмме;

5) истощение, усталость больной, спутанность сознания или дезориентация-

6) температура > 38 °С или <36 °С;

7) гипотония: систолическое АД <90 мм Hg, диастолическое АД < 60 мм Hg-

8) частота сердечных сокращений >110 в мин.

**Дополнительные критерии тяжести:** мочевина более чем в 2 раза верхней границы нормы, лейкоцитоз >12\*109/мл или лейкопения <4\* 109/мл, тромбоцитопения <100\* 109/мл, НЬ <90г/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 свыше 38°С) амбулаторно или в учреждениях здравоохранения.

14. Показания для перегоспитализации в ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая больница № 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 «Городская клиническая больница № 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 (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 A (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 10 мг) 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, грам(–) 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 SpО2<90% начать респираторную терапию - ингаляцию увлажненного кислорода через лицевую маску или назальную канюлю.

- Поток О2 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 РаО2, несмотря на повышенную FiО2,

- прогрессирующее снижение РаСО2;

- снижение SpО2<80% на фоне ингаляции кислорода;

- РаО2/ FiО2<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 SpО2 - (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, SpО2 - ниже 93%, приходится применять увеличенное FiО2 до 0,6.

Помимо сатурации необходимо ориентироваться на следующие параметры:

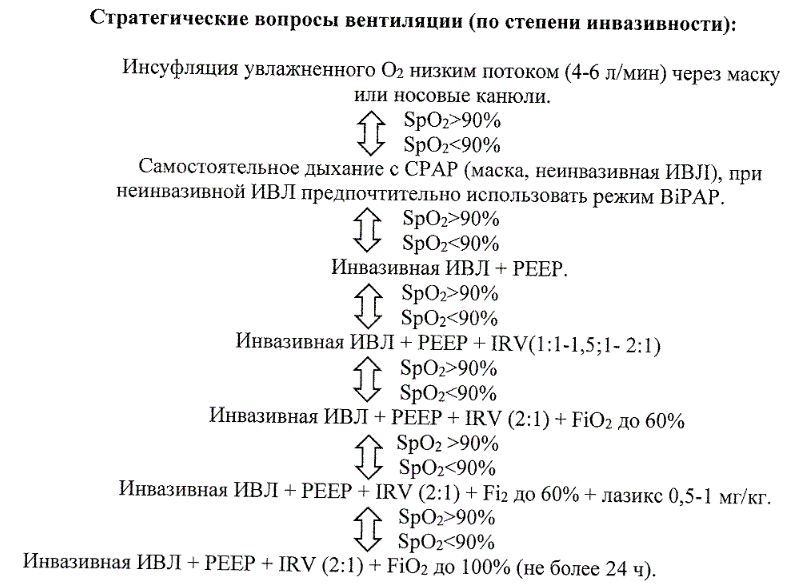
- РаО2 - 60-100 мм.рт.ст;

- РаСО2 - 35-45 мм.рг.сг;

- EtC02 - 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 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 эидотрахеальной 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 РЮ2 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 FiО2 не более 0,3 в течение суток SpО2 по пульсоксиметру не ниже 90 %, РаО2 не ниже 80 мм рт.ст. (РаО2/ FiО2 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.

**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 ангибиотикотерапия (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 19 ноября 2018 г. № 2017-п

**Форма информационного письма для беременных и родильниц по профилактике и лечению ОРВИ, гриппа и пневмонии в период подъема заболеваемости ОРВИ, гриппом, пневмонией в эпидемиологическом сезоне 2018 -2019 годов**

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

**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 19 ноября 2018 г. № 2017-п

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

**в эпидемиологическом сезоне 2018-2019 годов**

|  |  |
| --- | --- |
| Учреждения здравоохранения (МПЦ, ММЦ) | Учреждения здравоохранения |
| ГБУЗ СО  «Ирбитская  городская центральная  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 центральная районная больница» |
| ГБУЗ СО  «Алапаевская  городская больница» | ГБУЗ СО «Алапаевская центральная  районная больница»  ГБУЗ СО «Махневская районная больница» |

Приложение № 4 к приказу

Министерства здравоохранения

Свердловской области

от 19 ноября 2018 г. № 2017-п

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

**Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Управленческий округ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Заболеваемость ОРВИ, гриппом, 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 (согласно приложению № 1)

Приложение № 5 к приказу

Министерства здравоохранения

Свердловской области

от 19 ноября 2018 г. № 2017-п

**Рекомендации по организации и проведению иммунизации беременных и родильниц против гриппа А (Н1/\1) 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, полиции, МЧС, воинский контингент, беременные женщины, страдающие иммунодефицитными состояниями, часто и длительно болеющие ОРЗ, страдающие заболеваниями почек, центральной нервной, сердечно-сосудистой и бронхо- лег очной 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 добровольного согласия.

Во время беременности вакцинацию против гриппа можно проводить с использованием только инактивированных субъединичных или расщепленных (сплит-) вакцин, гак 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 A (HIN1).**

Вакцинация беременных противогриппозной моновакциной A (H1N1) должна проводиться на базе лицензированного прививочного кабинета поликлиники по месту жительства беременной женщины, имеющего стандартное оснащение, включая противошоковый набор.

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 обученным медицинским персоналом.

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 A (H1N1).**

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