

Статус: Чинний



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАКАЗ

N 813

11.11.2009

м.Київ

**Про затвердження Алгоритму надання медичної
допомоги хворим на пандемічний грип,
викликаний вірусом (А Н1/Н1 Каліфорнія)**

З метою удосконалення надання медичної допомоги хворим на пандемічний грип, викликаний вірусом (А Н1/Н1 Каліфорнія)

НАКАЗУЮ:

Затвердити Алгоритм надання медичної допомоги хворим на пандемічний грип, викликаний вірусом (А Н1/Н1 Каліфорнія) (далі - Алгоритм), що додається.

Міністру охорони здоров'я АР Крим, начальникам управлінь (головних управлінь) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій, керівникам лікувально-профілактичних закладів охорони здоров'я, підпорядкованих МОЗ, рекомендувати Алгоритм до використання в закладах охорони здоров'я.

Департаменту розвитку медичної допомоги (Жданова М. П.) Департаменту материнства, дитинства та санаторного забезпечення (Моїсеєнко Р. О.) забезпечити доведення Алгоритму до відому Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управлінь охорони здоров'я обласних, Київської і Севастопольської міських державних адміністрацій, органів охорони здоров'я інших відомств та закладів охорони здоров'я безпосереднього підпорядкування МОЗ України.

Департаменту розвитку медичної допомоги (Жданова М. П.) Департаменту материнства, дитинства та санаторного забезпечення (Моїсеєнко Р. О.) унести зміни до наказів МОЗ від 02.06.09 №385 „Про затвердження клінічного протоколу діагностики та лікування нового грипу А (Н1Н1 Каліфорнія)", від 02.11.09 №795 „Про Порядок взаємодії лікувально-профілактичних закладів в умовах підвищеної захворюваності населення України на гострі респіраторні вірусні інфекції та пандемічний грип, викликаний вірусом (А Н1/Н1 Каліфорнія)", від 20.05.2009 №189-Адм „Про затвердження „Протоколу діагностики та лікування нового грипу А Н1/Н1 Каліфорнія) у дорослих".

Контроль за виконанням наказу покласти на Першого заступника Міністра Лазоришинця В. В.

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ
від 07.11.2009 № 813

**Алгоритм надання медичної допомоги хворим
на пандемічний грип, викликаний вірусом (А Н1/Н1 Каліфорнія)**

I. Показання до госпіталізації

1. Грипоподібне захворювання, що супроводжується:

- ціанозом;
- задухою;
- фізикальними змінами в легенях (аускультативними, перкуторними, рентгенологічними);
- геморагічними проявами: геморагічний висип, кровохаркання;
- багаторазовим блюванням та діареєю (понад 3 рази на добу);
- брадикардією в порівнянні з віковою нормою; аритмії іншого характеру;
- гіпотензією на 30% нижче артеріального тиску; в порівнянні з віковою нормою;
- порушенням свідомості, судоми, надмірним збудженням чи вираженою млявістю.

2. Вагітні з проявами респіраторної інфекції.

3. Наявність наступної супутньої патології у дітей та дорослих з грипоподібним синдромом: хронічні захворювання легень, в тому числі бронхіальна астма; ендокринологічна патологія - зайва вага понад 30% від маси тіла; тяжкі форми цукрового діабету; хворі з імунодефіцитами - гемолітична анемія, первинні імунодефіцити, аспленія, гемоглобінопатії, ВІЛ-інфекція, тривала імуносупресивна терапія, онко та онкогематологічні захворювання, серцево-судинна патологія в стадії декомпенсації; ниркова недостатність.

Госпіталізація за епіпоказаннями:

- діти, що знаходяться в закритих дитячих колективах (інтернатні заклади тощо);
- діти із сімей соціального ризику.

II. Лікування грипу в амбулаторних умовах легких неускладнених форм

1. Вживання великої кількості рідини.
2. Жарознижуючі засоби (парацетамол, ібупрофен) за показаннями.
3. При кашлі протикашльові та муколітичні засоби.
4. При нежиті - деконгістанти, для дітей перших трьох років життя - 0,65% розчин хлориду натрію (краплі в ніс).
6. Антигістамінні препарати II-III поколінь.
7. Для людей з груп ризику, у яких немає показань до госпіталізації призначення озельтамівіру.
8. Ліжковий режим протягом гострого періоду.
9. Обмежене вживання білкової їжі.
10. При погіршенні стану - госпіталізація.

III. Лікування в умовах стаціонару

1. Озельтамівір (75 мг 2 рази в добу) людям із груп ризику та з тяжкими ускладненими формами захворювання.
2. Оксигенотерапія, застосування оксигенаторів та концентраторів кисню (за показаннями при пневмонії).
3. Показання до призначення антибіотиків - при підозрі приєднання бактеріальної інфекції антибіотики призначаються відразу після забору матеріалу для бактеріологічного дослідження; без очікування результатів бактеріологічного дослідження.
4. Рекомендується застосування антибіотиків з наступних груп: **фторхінолони (левофлоксацин,**

моксифлоксацин), сучасні макроліди (klarитроміцин, азитроміцин), цефалоспорини III-IV покоління, захищені амінопеніциліни.

- після отримання результатів бактеріологічного дослідження проводиться корекція антибактеріальної терапії з урахуванням чутливості збудників.

Показання до госпіталізації у відділення інтенсивної терапії (визначає лікар-анестезіолог, або завідувач відділення анестезіології за участю лікуючого лікаря)

1. Порушення свідомості.
2. Судоми.
3. Гіпертермія з втратами рідини (діарея, блювота, порушення ентерального живлення).
4. Серцево-судинна недостатність, шок.
5. Респіраторна недостатність III-IV ступеню.
6. Недостатність інших органів та систем (ниркова, печінкова, порушення гемостазу, геморагічний синдром тощо).

Лікування тяжкої пневмонії в умовах відділення інтенсивної терапії

1. Подвійна доза Озельтамівіру (150 мг 2 рази на добу).
2. Оксигенотерапія, застосування оксигенаторів та концентраторів кисню, при необхідності - режим СРАР.
3. Дихання з опором на видиху; глибокі вдихи не рідше 1 сеансу по 10 вдихів на годину. За наявності симптомів гнійного ендобронхіту - лікувальна фібробронхоскопія.
4. За умови симптомів хронічних захворювань (бронхіальна астма, цукровий діабет, ішемічна хвороба серця тощо) продовжувати лікування згідно клінічних протоколів МОЗ України.

5. Симптоматично:

- рестриктивний режим інфузійної терапії та взагалі балансу рідини;
- повноцінний режим ентерального живлення;
- муколітики (за показами);
- протигрибкові (за показами).

6. Призначення антибіотиків при підозрі на бактеріальну інфекцію після забору матеріалу на бактеріологічного дослідження:

- без очікування результатів бактеріологічного дослідження рекомендуються внутрішньовенне застосування антибіотиків з наступних груп:

Рекомендується застосування антибіотиків з наступних груп: **фторхінолони (левофлоксацин, моксифлоксацин)**; сучасні макроліди (klarитроміцин, азитроміцин, спіроміцин); амінопеніциліни захищені клавулановою кислотою; цефалеперазон у комбінації з сульбактамом; цефалоспорини III-IV покоління (як правило у комбінації з макролідами). При наявності метицилінрезистентного стафілококу - лінезолід, цефтобіпрол, ванкоміцин; при встановленні діагнозу нозокоміальної пневмонії призначаються карбопеніми.

- після отримання результатів бактеріологічного дослідження матеріалу проводиться корекція антибактеріальної терапії з урахуванням чутливості збудників.

7. Показання до застосування кортикостероїдів: нестабільна гемодинаміка та тяжкий респіраторний дистрессиндром.

Показання до переведення на ШВЛ у хворих з тяжкою пневмонією:

- дорослі: порушення свідомості, рефрактерна гіпертензія або гіпотензія та тахікардія (більше 120 уд на хв.), гостре порушення серцевого ритму, задишка більше 36 дихань на хвилину; лабораторні показники: pO_2 нижче 60 мм.рт.ст при інгаляції кисню; pCO_2 (якщо у хворого немає хронічної легеневої недостатності) більше 60 мм.рт.ст;

- діти: усі види дихальної недостатності, яка не компенсується призначенням 100% кисню (сатурація крові менше 90%); лабораторні показники: pO_2 нижче 60 мм.рт.ст при інгаляції кисню; pCO_2 (якщо у хворого немає хронічної легеневої недостатності) більше 50 мм.рт.ст;

Методика ШВЛ: CMV, хвилинний об'єм - якщо є можливість перевірки газового складу крові - легка гіпервентиляція (рСО₂ 33-35 мм.рт. ст.), якщо немає можливості моніторингу рСО₂- виходити з потреби хворого (почуття дихального комфорту, відсутність боротьби з дихальним респіратором), орієнтовно для хворого вагою 70 кг хвилинний об'єм дихання 10-12 л/хв.; дихальний об'єм для дорослих 5-7 мл/кг; для дітей 4-5 мл/кг; позитивний тиск на видиху 8-10 см.вод.ст.; для дітей 4-6 см.вод.ст; якщо є можливість контролю - підтримувати тиск плато до 30 см.вод.ст (для дорослих). Протягом години після переведення на ШВЛ концентрація кисню до 100% , після години - до 50% (за винятками тяжкої гіпоксії та гіпоксемії, які не корегуються іншими методами); у випадках рефрактерної гіпоксемії, не зважаючи на FiO₂= 0,5, зміна положення хворого на живіт тривалістю на 1-2 години; у випадках рефрактерної гіпоксемії - рекрутуючий маневр (роздуття легень на протязі 45 с за допомогою високого ПТКВ або високого інспіраторного тиску) та інвертований режим ШВЛ (співвідношення вдих до видиху 1:1). Протипоказанням до переведення на живіт є артеріальна гіпотензія. За наявності відповідного апарату ШВЛ - перед інтубацією та перед переводом на самостійне дихання можливе застосування неінвазивного методу ШВЛ. Хворих з тяжкою легеневою недостатністю (окрім дітей), у яких ШВЛ більше 3 діб - трахеостомія. Систематичний рентгенологічний контроль, фібробронхоскопія (систематична), посів харкотиння з метою визначення чутливості збудника до антибіотиків, у випадках тяжкої бактеріальної пневмонії - внутрішньотрахеальне систематичне введення антибіотиків до яких чутливий збудник. Режим седативності (пропофол, оксibuтират натрію, сібазон) за умови неадекватної поведінки хворого, боротьби з апаратом ШВЛ, відсутності адаптації дихання хворого до апарату ШВЛ, у випадках коли за допомогою седативних препаратів не вдається адаптувати дихання хворого до апарату - застосовувати м'язові релаксанти (ардуан), також можливо використовувати фентаніл, при переводі на самостійне дихання - застосовувати режими допоміжного дихання, режим CPAP та високочастотної вентиляції.

IV. Рекомендації щодо виявлення та допомоги вагітним жінкам з проявами ГРВЗ в умовах пандемічного грипу

1. Телефонний контакт лікаря акушера-гінеколога або акушерки жіночої консультації.

1.1. Встановлення телефонного контакту з кожною вагітною, яка знаходиться на обліку, та з'ясування наявності або відсутності ознак ГРВІ 2 рази на тиждень.

1.2. При відсутності ознак захворювання запросити вагітну для проведення вакцинації згідно інструкції (при наявності вакцини для **профілактики пандемічного грипу**) та проводити щеплення згідно з рекомендаціями.

1.3. При наявності симптомів гострого респіраторного захворювання у жінки дається рекомендація звернутись до лікаря, а також здійснюється терміново передача даних дільничному лікарю за місцем проживання для негайного медичного огляду та лікарського патронажу.

2. При огляді вагітної жінки лікар визначає ступінь вираженості симптомів.

Лише у разі задовільного стану вагітної, нормальної температури тіла та відсутності специфічних акушерських скарг (біль у нижньому відділі живота або попереку, рясні виділення зі статевих шляхів тощо) можна утриматися від госпіталізації.

2.1. Амбулаторне лікування неускладнених формах ГРВЗ.

Рекомендувати:

- масковий режим;
- забезпечення ліжкового режиму;
- провітрювання приміщення, часте вологе прибирання ;
- полівітамінні комплекси для вагітних;
- раціональне харчування (бажано перевагу надавати кисло-молочним продуктам та свіжим овочам і фруктам, зелені). При відсутності набряків рекомендовано вживання великої кількості рідини (до 2 л/добу);
- полоскання горла розчином фурациліну або розчином харчової соди (1 чайна ложка на стакан води) та обробка спреєм хлорофіліпту; також можна використовувати відвари трав ромашки, календули, шавлії тощо;
- при нежиті використовують краплі у ніс згідно інструкції про застосування;

- при кашлі - відхаркувальні та муколітичні засоби на основі кореню алтею, термопсису або інших рослинних компонентів.

При підвищенні температури, порушенні загального стану жінки - **термінова госпіталізація!**

До приїзду лікаря (вночі - швидкої допомоги) рекомендовано парацетамол 0,5 г (використовувати не частіше 1 разу на 6 годин, не частіше 4-х разів на добу).

Не застосовувати ацетилсаліцилову кислоту (аспірин).

Увага! Використання антибіотиків при грипі нераціонально, оскільки антибактеріальні препарати не діють на віруси.

2.2. Лікування в умовах стаціонару

Призначають озельтамівір 75 мг 2 рази на день.

2.3. Лікування вагітних з пневмоніями проводити виключно в стаціонарах третього рівня подання медичної допомоги.

Акушерська тактика ведення вагітної або породіллі в стаціонарі вирішується консилиумом за участі лікаря акушера-гінеколога, базуючись на „*Протоколі надання медичної допомоги хворим на грип типу АН1N1*“, а також *Алгоритмі надання медичної допомоги хворим на пандемічний грип, викликаний вірусом типу АН1N1, Каліфорнія.*

**Директор Департаменту розвитку
медичної допомоги
Директор Департаменту материнства,
дитинства та санаторного забезпечення**

М.П.Жданова

Р.О.Моїсєнко

**Алгоритм надання медичної допомоги хворим
на пандемічний грип, викликаний вірусом (А Н1/Н1 Каліфорнія) розроблено робочою групою у
складі:**

1. Бережний В. В. головний позаштатний спеціаліст МОЗ України із спеціальності "Педіатрія та дитяча кардіоревматологія", завідувач кафедри педіатрії №2 Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика
2. Боброва І. А. головний позаштатний спеціаліст МОЗ України із спеціальності "Інфекційні хвороби", завідувач поліклінікою Інституту епідеміології та інфекційних захворювань ім. Л.В.Громашевського АМН України
3. Глумчер Ф. С. головний позаштатний спеціаліст МОЗ України із спеціальності "Анестезіологія", завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця
4. Дзюблик О. Я. завідувач відділення технологій лікування неспецифічних захворювань легень Національного інституту фтизіатрії та пульмонології ім. Ф.Г.Яновського АМН України
5. Камінський В. В. головний позаштатний спеціаліст МОЗ України із спеціальності "Акушерство і гінекологія", завідувач кафедри гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика
6. Крамарев С. О. головний позаштатний спеціаліст МОЗ України із спеціальності "Дитячі інфекційні хвороби", завідувач кафедри дитячих інфекційних захворювань Національного медичного університету ім. О.О.Богомольця
7. Лапшин В.Ф. головний позаштатний спеціаліст МОЗ України із спеціальності "Дитяча пульмонологія", завідувач відділення проблем алергії та імунореабілітації дітей ДУ "Інституту педіатрії, акушерства і гінекології АМН України"
8. Матюха Л.Ф. головний позаштатний спеціаліст МОЗ України із спеціальності "Загальна практика - сімейна медицина", доцент кафедри сімейної медицини Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика
9. Чернишова Л.І. головний позаштатний спеціаліст МОЗ України із спеціальності "Дитяча імунологія", завідувач кафедри дитячих інфекційних хвороб Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика
10. Шейман Б. С. головний позаштатний спеціаліст МОЗ України із спеціальності "Токсикологія", керівник Центру токсикології та екстракорпоральних методів детоксикації Національної дитячої спеціалізованої лікарні "ОХМАТДИТ"
11. Фещенко Ю. І. головний позаштатний спеціаліст МОЗ України із спеціальності "Фтизіатрія", д.м.н., проф., директор ДУ "Національний Інститут фтизіатрії та пульмонології ім. Ф.Г.Яновського АМН України"
12. Коваленко В. М. Головний позаштатний спеціаліст МОЗ зі спеціальності "терапії, кардіології і ревматології", директор Національного наукового центру "Інститут кардіології ім. Н.Д.Стражеско" АМН України
13. Ячник А. І. провідний науковий співробітник, д.м.н., проф. ДУ "Національний Інститут фтизіатрії та пульмонології ім. Ф.Г.Яновського АМН України"
14. Георгіянц М. А. головний позаштатний спеціаліст МОЗ України із спеціальності "Дитяча анестезіологія",
15. Медведь В. І. Завідувач відділенням екстрагенітальної патології вагітних ДУ „Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України”.