

# **ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ГРИППОМ В ЭПИДСЕЗОН 2017-2018 Г.**

**И.В.ШЕСТАКОВА  
ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ  
МИНЗДРАВА РОССИИ**

**ВИДЕОСЕЛЕКТОРНОЕ СОВЕЩАНИЕ С СУБЪЕКТАМИ РФ 27.12.2017**

# ГРИПП В РФ В ЭПИДСЕЗОНЫ с 2013-14 г. по 2017-18 г.:

## особенности эпидпроцесса, циркулирующие штаммы, вакцинация

В 2013 г.  
привито  
39,7 чел.

2013-2014 гг.:  
циркуляция  
подтипов гриппа  
A(H3N2), (H1N1),  
A(H1N1)2009 и B

На пике  
заболеваемости  
доминировал  
вирус гриппа  
A(H1N1)2009  
(14,8%)

На последних  
неделях эпидсезона  
преобладали вирусы  
гриппа B -8,5% и  
A(H3N2)– 1,4%

В 2014 г.  
привито  
42,4 млн.  
человек

2014-2015 гг.:  
умеренная  
интенсивность

Доминировали  
подтипы гриппа  
A (70%), из них  
A(H3N2) – более  
90%

Пандемический  
вирус гриппа  
A(H1N1)pdm09  
сохраняет  
эпидемическую  
активность

В 2015 г.  
привито  
44,9 млн.  
человек

2015-2016 гг.:  
умеренная  
интенс. и  
длительность

На пике заб-сти  
доминировали  
подтипы гриппа A  
(99,3%), из них  
A(H1N1)2009 –93%

На последних  
неделях  
эпидсезона  
превалировал  
вирус гриппа B (80-  
90%)

Привито 55,9  
млн. чел. (38,2%  
от нас. РФ)

2016-2017 гг.:  
умеренная интенс. и  
длительность

Вирусы гриппа A  
суммарно 72,3% (из  
них A(H3N2) –  
61,3%), вирусы  
гриппа B - 27,7%

Смена доминир.  
A(H3N2) на вирус  
гриппа B в  
большинстве  
регионов с 9 нед.

На 15.12.2017 г.  
привито 66,7  
млн. чел. (46,2%  
от нас. РФ)

2016-2017 гг.

При обследовании 2160 больных  
гриппом и ОРВИ в 54 городах  
лабораторно подтверждено 6 (0.3%)  
случаев гриппа в 6 городах, в том  
числе 5 случаев гриппа A(H3N2)

?

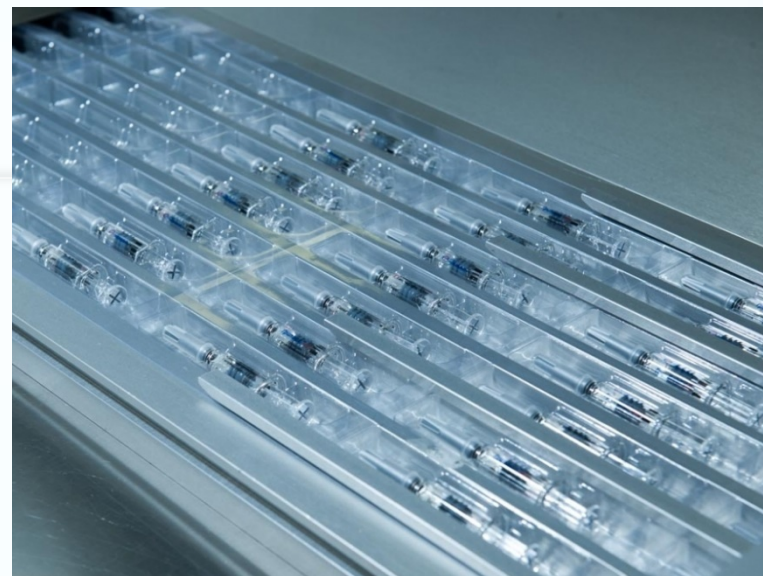
Среди привитых - 17 млн. детей, более 170 тыс. беременных

На 50 нед. (11.12.2017-17.12.2017) на территории РФ - низкая заболеваемость гриппом/ОРВИ (суммарно на -2,4% ниже недельного эпидпорога, по гриппу – на - 96,13%). .

[http://www.rosпотребнадзор.ru/about/info/news\\_details.php?ELEMENT\\_ID=9372&sphrase\\_id=1187857](http://www.rosпотребнадзор.ru/about/info/news_details.php?ELEMENT_ID=9372&sphrase_id=1187857)

Об итогах эпидсезона по гриппу и ОРВИ 2016-2017 гг. Письмо РПН от 9 июня 2017 года N 01/7567-17-27h; [http://www.influenza.spb.ru/system/epidemic\\_situation/laboratory\\_diagnostics/](http://www.influenza.spb.ru/system/epidemic_situation/laboratory_diagnostics/)

# РЕКОМЕНДАЦИИ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНАЛЬНОГО БЮРО ВОЗ ПО СОСТАВУ ВАКЦИН ПРОТИВ ГРИППА ДЛЯ СЕВЕРНОГО ПОЛУШАРИЯ В ЗИМНИЕ СЕЗОНЫ с 2015 г. по 2018 г.



2015-2016 гг.

2016-2017 гг.

2017-2018 гг.

Для трехвалентных:

A(H1N1)pdm09 –  
A/Калифорния/07/2009  
A(H3N2) –  
A/Швейцария/9715293/2013  
В –  
В/Пхукет/3073/2013(Ямагата)

Для четырехвалентных –

В/Бресбен/60/2008  
(Виктория)



Для трехвалентных:

A(H1N1)pdm09 –  
A/Калифорния/07/2009  
A(H3N2) – А/Гонконг/4801/2014  
В/Бресбен/60/2008 (Виктория)  
Для четырехвалентных –

В –  
В/Пхукет/3073/2013(Ямагата)



Для трехвалентных:

**A(H1N1)pdm09 –  
A/Мичиган/45/2015**  
A(H3N2) – А/Гонконг /4801/2014  
В/Бресбен/60/2008 (Виктория)

Для четырехвалентных – В –  
В/Пхукет/3073/2013(Ямагата)

# ОСОБЕННОСТИ ЭПИДСЕЗОНОВ ГРИППА

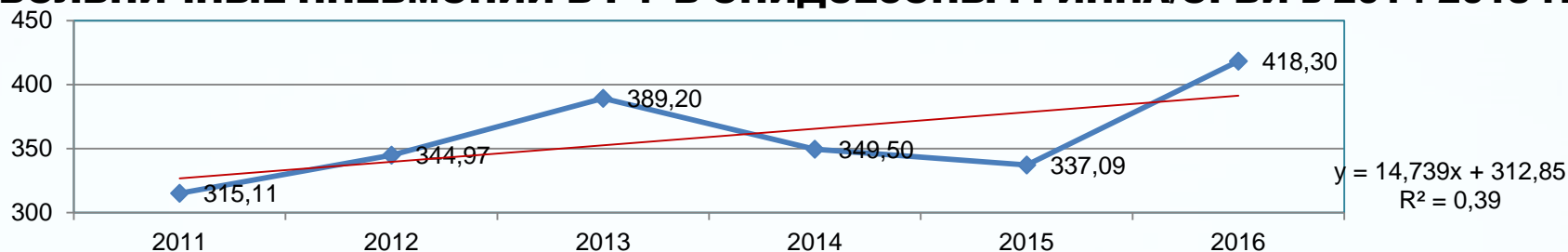
2015-**2016** гг.

2016-**2017** гг.

1. Раннее (на 2-3 нед.) вовлечение в эпидпроцесс **южных регионов страны**.
2. Широкое географическое распространение заболеваемости с включением в эпидпроцесс всех возрастных групп населения.
3. **Умеренная (3-4 нед.) длительность подъема заболеваемости** в большинстве субъектов РФ.
4. **Умеренная интенсивность эпидпроцесса** в большинстве субъектов РФ.
5. **Доминировал один тип вируса - А(Н1N1)2009** в течение всего эпидподъема, не претерпевший **серьезных мутаций**, но активно не циркулир. в течение последних 3 лет, что **обусловило накопление в популяции неиммунных к нему контингентов**.
6. **Умеренная заболеваемость (2,7% от числа заболевших) и отсутствие тяжелых форм заболевания у привитых** против гриппа лиц при соответствии циркулирующих вирусов вакцинным. **87% тяжелых случаев гриппа А(Н1N1)pdm09 у пациентов в возрасте от 15 до 64 лет**
7. **Умеренная летальность**. Случаи смерти, в основном, среди поздно обратившихся за медпомощью и у пациентов с сопутствующими хроническими заболеваниями (сахарный диабет, хроническая сердечнососудистая патология, бронхиальная астма, ожирение, хронический гепатит, аутоиммунное состояние).

1. Раннее начало эпидподъема заболеваемости (на 48-49 нед.). Пик заболеваемости - на 2 нед.
2. Широкое географическое распространение заболеваемости с вовлечением в эпидемический процесс всех возрастных групп населения.
3. **Большая длительность эпидсезона в целом по РФ (12-13 нед.) и в большинстве субъектов РФ (4-6 нед.) и двухволновое течение эпидпроцесса** (с 11 нед. (13-19.03.2017) началась вторая волна эпидемии).
4. **Меньшая интенсивность эпидпроцесса** (на пике заб-сти показатели на 10 тыс. в 1,5 раза ниже, чем в 2015-2016 гг.).
5. **В начале сезона доминировал А (Н3N2) (63,8%). На 3-7 нед. 2017 г. началась смена доминирующего штамма А (Н3N2) на вирус гриппа В (к 10 нед. доля достигла 41,6%).** Выделяемые от больных штаммы не отличались от вакцинного и не имели серьезных мутаций.
6. **Низкая заболеваемость привитых против гриппа (2,6 на 100тыс. привитых) и отсутствие у них тяжелых форм болезни.**
7. **Низкая летальность**. Случаи смерти, в основном, среди поздно обратившихся за медпомощью и у пациентов с сопутствующими хроническими заболеваниями.

# ВНЕБОЛЬНИЧНЫЕ ПНЕВМОНИИ В РФ В ЭПИДСЕЗОНЫ ГРИППА/ОРВИ В 2014-2018 гг.



Заболеваемость в 2014-2015 гг. – 4,55 на 100 тыс. населения. **Максимальный показатель для детей в возрасте 1-2 лет – 28,70 на 100 тыс. нас.**

2016-2017 гг.

2017-2018 гг.

**На пике заб-сти (4-5 нед.) в 2015-2016 гг. - максимальное число случаев ВП, соответственно: 23 тыс. и 25,9 тыс. случаев, что превысило уровень 2014-2015 гг. на 4 нед. на 85%, на 5 нед. - в 2,3 раза и выше среднемноголетнего уровня (за 4 года) на 45- 58%.**

1. Высокий уровень заболеваемости в 2016 г. (Приморский край, Оренбургская и Кировская обл., ЧАО, НАО, Удмуртская Республика) - 795,16-671,88 на 100 тыс. нас.

1. С октября 2017 г. рост заболеваемости ВП микоплазменной этиологии, в т.ч. в сочетании с респираторными вирусами негриппозной этиологии.

Около 0,8 -1% внебольничных пневмоний закончились летальным исходом, что превысило среднемноголетние уровни на 11-36%.

2. В 2016 г. зарегистрировано 15 очагов ВП в 8-ми регионах страны.

2. По сведениям РПН на 01.12.2017 г., в янв.-окт. 2017 г. по сравнению с аналогичным периодом 2016 г. заболеваемость ВП снизилась на 5,3%, у детей в возрасте до 17 лет – на 2%, до 14 лет – на 3,4%

В структуре заболевших преобладали взрослые (71%): 50% в возрасте от 40 до 64 лет. У 83% заболевших наблюдалось среднетяжелое течение болезни.

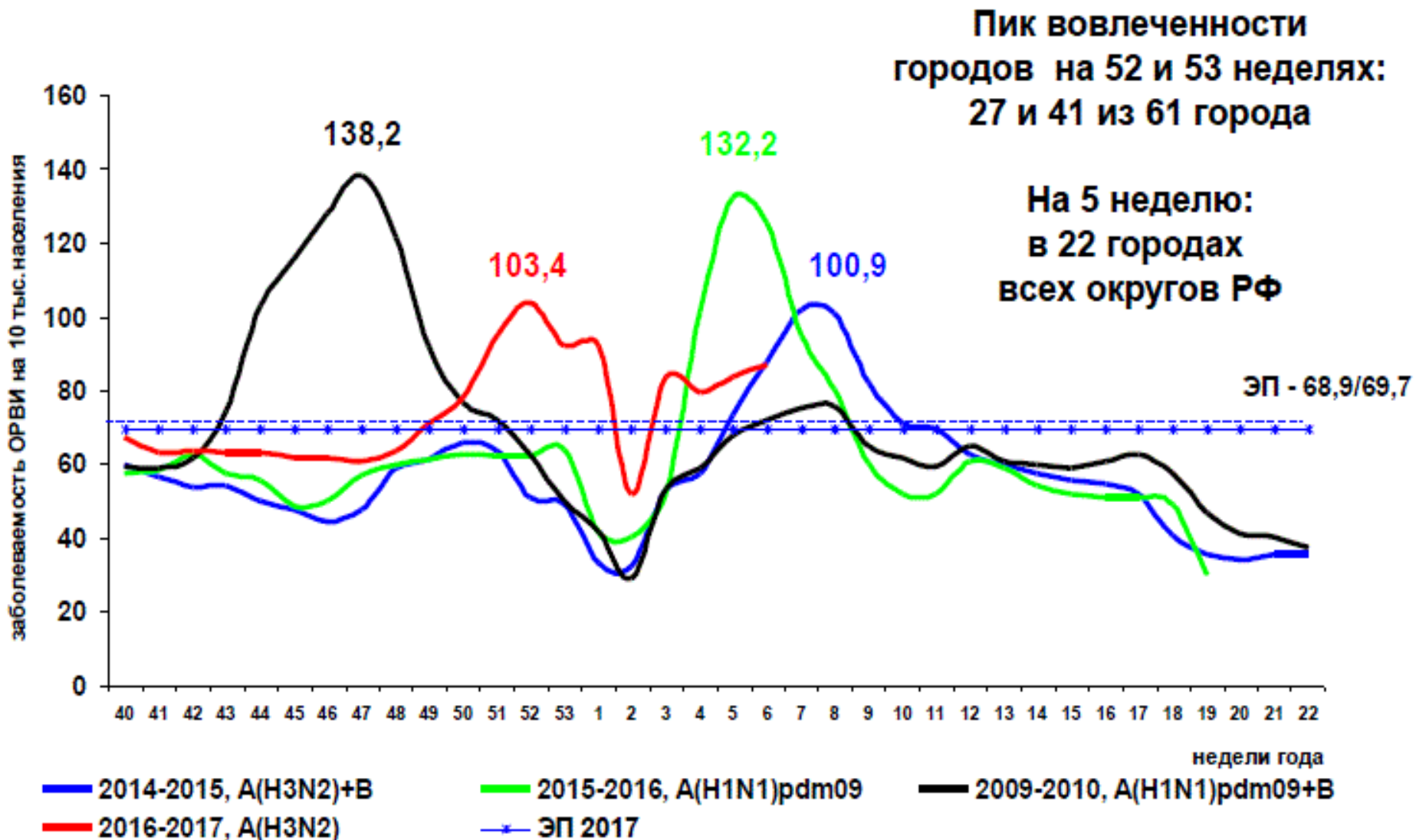
3. В 73,3% случаи групповых заболеваний ВП вызваны микоплазмой, в т.ч. в сочетании с респираторными вирусами негриппозной этиологии.

Среди детей наибольшее число заболевших регистрировалось в возрастных группах 0-2 лет и 3-6 лет (75-77% от всех заболевших в возрасте 0-17 лет).

2014-2015 гг. и 2015-2016 гг.

# Заболееваемость (на 10 тыс. населения) гриппом и ОРВИ в России 2009-2010гг., 2014-2015 гг., 2015-2016гг. и 2016-2017гг.

( по данным 61 города, участвующих в мониторинге циркуляции вирусов гриппа)





## Грипп у взрослых

МКБ 10: J10, J11

Год утверждения (частота пересмотра): 2017 (пересмотр каждые 3 года)

ID:

URL:

Профессиональные ассоциации:

Некоммерческая корпоративная организация «Международная ассоциация специалистов в области инфекций» ("МАСОИ")

Утверждены

Некоммерческой корпоративной  
организацией «Международная ассоциация  
специалистов в области инфекций» ("МАСОИ")

"24" мая 2017 г.

Согласованы

Научным советом Министерства  
Здравоохранения Российской Федерации

\_\_\_\_\_ 2017 г.

## Оглавление

Список сокращений	2
Термины и определения	4
1. Краткая информация	6
2. Диагностика	17
3. Лечение	27
4. Реабилитация и диспансерное наблюдение	42
5. Профилактика	43
Критерии оценки качества медицинской помощи	49
Список литературы	51
Приложение А1. Состав рабочей группы	67
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	67
Приложение А3. Связанные документы	69
Приложение В. Информация для пациента	71
Приложение Г1. Соответствие клинических синдромов патогенетическим механизмам и морфологическому субстрату	73
Приложение Г2. Правила забора материала для лабораторного исследования на грипп	77
Приложение Г3. Алгоритм клинической сортировки пациентов с ГПЗ	79
Приложение Г4. Показания для перевода в отделение реанимации при установленном диагнозе гриппа (достаточно одного из критериев)	80
Приложение Г5. Принципы респираторной поддержки при ОРДС, вызванном вирусом гриппа	81



В клинических рекомендациях все сведения ранжированы по уровню достоверности (доказательности) в зависимости от количества и качества исследований по данной проблеме.

**Таблица П1.** Уровни достоверности доказательности

**Таблица П2.** Уровни убедительности рекомендаций

<b>Уровень достоверности</b>	<b>Тип данных</b>
1a	Мета анализ рандомизированных контролируемых исследований (РКИ)
1b	Хотя бы одно РКИ
2a	Хотя бы одно хорошо выполненное контролируемое исследование без рандомизации
2b	Хотя бы одно хорошо выполненное квази-экспериментальное исследование
3	Хорошо выполненные не экспериментальные исследования: сравнительные, корреляционные или «случай-контроль»
4	Экспертное консенсусное мнение либо клинический опыт признанного авторитета

<b>Уровень убедительности</b>	<b>Основание рекомендации</b>
A	Основана на клинических исследованиях хорошего качества, по своей тематике непосредственно применимых к данной специфической рекомендации, включающих по меньшей мере одно РКИ
B	Основана на результатах клинических исследований хорошего дизайна, но без рандомизации
C	Составлена при отсутствии клинических исследований хорошего качества, непосредственно применимых к данной рекомендации

# ДИАГНОСТИКА ГРИППА

*Диагностика гриппа у взрослых производится путем сбора эпидемиологического и клинического анамнеза, клинического осмотра, лабораторных и специальных методов обследования и направлена на определение нозологии и клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к терапии.*

*В период эпидемических подъемов заболеваемости гриппом окончательный диагноз «грипп» может быть установлен как на основании лабораторного подтверждения, так и на основании клинических и эпидемиологических данных*

## СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

*Лабораторное обследование для идентификации возбудителя гриппа проводится в обязательном порядке при:*

- госпитализации пациента по поводу ОРВИ верхних и нижних дыхательных путей (тяжелые и необычные формы заболевания);*
- заболевании лиц с высоким риском неблагоприятного исхода гриппа и ОРВИ (в том числе беременных, лиц с хроническими заболеваниями сердца, легких, метаболическим синдромом и других);*
- регистрации очагов ОРВИ с множественными случаями заболеваний в организованных коллективах взрослых с числом пострадавших 5 и более человек в один инкубационный период, заболевании лиц из организаций с круглосуточным пребыванием.*

• **Рекомендуется произвести забор не менее трех видов клинического материала**

- смывы из полости носа и ротоглотки (для анализа **методом ПЦР**);
- мазки из полости носа и ротоглотки (для анализа **методом ПЦР**);
- носоглоточное отделяемое (для выделения вируса, для анализа **методом ПЦР**);
- аспираты из трахеи, бронхоальвеолярный лаваж и биоптаты легких (при возможности их забора);
- аутопаты легких, трахеи и селезенки (у умерших).

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1b)

**Комментарии:** оптимальный срок сбора клинического материала – в течение 3 суток после манифестации болезни или в первый день госпитализации (в более поздние сроки не исключена возможность суперинфекции при контакте с другими пациентами в стационаре), предпочтительно до начала противовирусной терапии. От одного пациента обязательно забирается :мазки из полости носа и ротоглотки и носоглоточное отделяемое. От одного пациента отбирают две пробы: одну пробу для проведения первичного исследования материала методами ПЦР, вторую – для проведения вирусологического исследования. Все виды работ проводят с соблюдением противоэпидемического режима, в строгом соответствии с требованиями действующих нормативно-методических документов.

• **Для ранней диагностики и скрининга гриппа рекомендовано использовать метод ОТ-ПЦР и/или ПЦР-РВ**

**Уровень убедительности рекомендаций А** (уровень достоверности доказательств – 1a).

**Комментарии:** ПЦР наиболее эффективный метод, который позволяет обнаружить нуклеиновые кислоты вируса в среднем до 7 дней, и максимум – до 2 недель от начала заболевания (при условии сохранении признаков поражения верхних дыхательных путей). Результаты получают в течение 4 – 6 часов после представления образца.

- **В эпидемиологических целях для массового скрининга рекомендовано определение антигенов вируса гриппа.**

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 4)

*Комментарии: тесты на основе иммунохроматографии используются для выявления антигенов вирусов гриппа. Для обнаружения антигенов вирусов гриппа А и В используется также метод ИФА. Тесты на основе иммунофлуоресценции (РИФ, ПИФ, РПИФ и др.) применяют для обнаружения в мазках из респираторного тракта антигенов вирусов, находящихся внутри клеток слизистой оболочки. Тесты используются только в эпидемиологических целях для массового скрининга, поскольку их аналитические характеристики могут варьировать в широких пределах, давать ложноотрицательные результаты (недостаточная чувствительность по сравнению с культуральными методами и ПЦР), и давать ложноположительные результаты в межэпидемический период (в силу недостаточной специфичности и субъективности интерпретации анализа).*

- **Рекомендуется произвести исследование в стандартных серологических тестах парных сывороток крови пациента (при условии соблюдения сроков сбора сывороток крови: первая – в день постановки диагноза, вторая – через 2 – 3 недели).**

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2a).

*Комментарии: выявление специфических антител в сыворотках крови выполняют с использованием РТГА, ИФА и РСК. Достоверность результата увеличивается в случае выявления 4-кратного и более нарастания титра специфических антител в парных сыворотках с соблюдением сроков исследования. Обнаружение антител к вирусам гриппа методом ИФА уступает по чувствительности и специфичности РТГА.*

### 3. ЛЕЧЕНИЕ

*Персональная ответственность за интерпретацию и использование настоящих рекомендаций лежит на лечащем враче.*

**Сроки начала лечения пациентов с предполагаемым или вероятным случаями гриппа не зависят от отсутствия или задержки получения результата диагностического тестирования на грипп.**

*На выбор тактики лечения влияют возраст пациента; характер сопутствующих заболеваний; клиническая форма болезни; характер течения болезни (динамики нарастания симптомов); тяжесть заболевания; наличие и характер осложнений .*

**• До принятия решения о тактике ведения пациента гриппом рекомендуется установить дефиницию случая гриппа у пациента: неосложненный грипп или осложненный/тяжелый грипп.**

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств – 4)

**Комментарий:** Рекомендуется госпитализировать пациентов с тяжелым и средне - тяжелым течением гриппа; проживающих в общежитиях и в условиях неблагоприятных факторов жилой среды и из группы риска развития неблагоприятного течения болезни (беременные на любом сроке беременности и в послеродовой период; лица с хроническими заболеваниями легких (бронхиальная астма, ХОБЛ и др.); лица с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (пороки сердца, ГБ, ИБС с признаками сердечной недостаточности и др.); лица с нарушениями обмена веществ (сахарный диабет, ожирение 2-3 степени и др.); лица с хронической болезнью почек; лица с хроническими заболеваниями печени; лица, с определенными неврологическими состояниями (включая нейромускульные, нейрокогнитивные нарушения, эпилепсию); лица с гемоглобинопатиями; лица с первичными и вторичными иммунодефицитами (ВИЧ-инфекция, прием иммуносупрессорных медикаментов и т.п.); лица с злокачественными новообразованиями; лица в возрасте 65 лет и старше).

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 3)

### Приложение Г3. Алгоритм клинической сортировки пациентов с ГПЗ



• **Рекомендована комплексная оценка клинических проявлений гриппа при госпитализации пациента в процессе его первичного обследования в условиях приёмного отделения стационара.**

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 4).**

**Комментарии:** при поступлении пациента в стационар:

- **рекомендовано оценить характер поражения органов дыхания;**
- **рекомендовано определить степень компенсации сопутствующих болезней;**
- **рекомендовано измерить основные физиологические константы (ЧДД, ЧСС, АД, SaO<sub>2</sub>, диурез);**
- **рекомендовано провести рентгенографию (или широкоформатная флюорография) легких;**
- **рекомендовано проведение ЭКГ;**
- **рекомендовано взятие материала для специфической диагностики (ПЦР, серологические реакции).**

• **Рекомендована госпитализация или перевод пациента в ОРИТ при наличии показаний.**

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3).**

**Комментарий:** показания для перевода в отделение реанимации при установленном диагнозе гриппа представлены в Приложении Г4.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ Г4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПЕРЕВОДА В ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ ПРИ УСТАНОВЛЕННОМ ДИАГНОЗЕ ГРИППА (ДОСТАТОЧНО ОДНОГО ИЗ КРИТЕРИЕВ)**

- начальные проявления и клиническая картина быстро прогрессирующей острой дыхательной недостаточности;
- нарастающая и выраженная одышка;
- цианоз;
- ЧД более 30 в минуту;
- SpO<sub>2</sub> менее 90%;
- артериальное давление АД сист. менее 90 мм.рт.ст.;
- шок (мраморность конечностей, акроцианоз, холодные конечности, симптом замедленного сосудистого пятна (более 3 сек.), лактат более 2 ммоль/л);
- дисфункция центральной нервной системы (оценка по шкале комы Глазго менее 15 баллов);
- острая почечная недостаточность (мочеотделение менее 0,5 мл/кг/ч в течение 1 часа или повышение уровня креатинина в два раза от нормального значения);
- печёночная дисфункция (увеличение содержания билирубина выше 20 мкмоль/л в течение 2-х дней или повышение уровня трансаминаз в два раза и более от нормы);
- коагулопатия (число тромбоцитов менее 100 тыс/мкл или их снижение на 50% от наивысшего значения в течение 3-х дней)

Транспортировка пациента осуществляется силами профильного отделения после консультации и в сопровождении врача – анестезиолога - реаниматолога.



**• Рекомендуется срочно пересмотреть схемы ведения пациента гриппом при появлении следующих признаков (симптомов) прогрессирующего течения болезни:**

- свидетельствующих об ухудшении снабжения организма кислородом или сердечно-легочной недостаточности: одышка (при движении или в состоянии покоя), затрудненное дыхание, синюшность, кровянистая или окрашенная мокрота, боль в груди, гипотония; гипоксия, определяемая по показаниям пульсоксиметра);
- свидетельствующих об осложнениях со стороны ЦНС: измененное психическое состояние, бессознательное состояние, сонливость или трудности с пробуждением и периодические или постоянные конвульсии (судороги), спутанность сознания, сильная слабость или паралич);
- подтверждение текущей устойчивой репликации вируса гриппа или вторичной бактериальной инфекции, основанное на результатах лабораторных исследований или клинических признаках (например, сохранение постоянной высокой температуры тела и других симптомов более 3 дней);
- тяжелое обезвоживание, проявляющееся в пониженной активности, головокружении, сниженном диурезе и вялости.

**Уровень убедительности рекомендаций В** (уровень достоверности доказательств – 2b).

# МУТАЦИИ ВИРУСОВ ГРИППА И КЛИНИЧЕСКАЯ РЕЗИСТЕНТНОСТЬ

**Table 2.** Antiviral resistance in human infections caused by seasonal, pandemic and avian influenza viruses. Typical mutations associated with clinical resistance are shown.

	Neuraminidase Inhibitors		Adamantanes
	Oseltamivir	Zanamivir	Amantadine, Rimantadine
A/H3N2	<3% R292K, E119V (a)	rare	>99% S31N (b)
A/H1N1 (2007-08)	>99% H275Y (c)	rare	rare
A/H1N1 <sub>pdm09</sub>	<3% H275Y (c)	rare	>99% S31N
B	rare I221V/T (d)	rare	100%
A/H5N1	rare H275Y (c)	rare	variable (b)
A/H7N9	Oseltamivir data limited R294K (e)	Zanamivir rare	Oseltamivir >99%

Incidence of resistance as reported in surveillance studies on clinical samples (rare < 1%) (see text). (a) R292K and E119V (N2 numbering) mutations cause resistance to oseltamivir, and reduce susceptibility to zanamivir and peramivir; (b) S31N (M2 numbering) mutation causes resistance to amantadine and rimantadine. Susceptibility among A/H5N1 isolates varies according to geographical area and clade of virus; (c) H275Y (N1 numbering) mutation causes resistance to oseltamivir and cross-resistance to peramivir; zanamivir, and laninamivir susceptibility are not significantly affected; (d) I221V/T (influenza B numbering) causes reduced susceptibility to oseltamivir but not zanamivir; (e) R294K (N9 numbering) mutation causes resistance to oseltamivir and peramivir, and reduces susceptibility to zanamivir and laninamivir. Incidence of this mutation is unclear but likely infrequent.

**AMANTADINE/RIMANTADINE** - not recommended due to resistance in nearly all circulating influenza A (H3N2, H1N1<sub>pdm09</sub>) and B virus strains

# ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА

• Рекомендуется начать лечение противовирусными препаратами не позднее 48 часов (занамивир – в первые 36 часов) после манифестации болезни.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2а).

*Комментарии: лечение необходимо начинать немедленно, не дожидаясь лабораторного подтверждения диагноза, независимо от сведений о вакцинации против гриппа и степени тяжести болезни. Наилучший лечебный эффект достигается в случаях начала применения противовирусных препаратов в первые 12 часов от начала болезни. При отсутствии лечения в ранние сроки прием противовирусных препаратов может быть начат на любом этапе разгара болезни, когда предполагается или документально подтверждена возможность текущей репликации вируса гриппа.*

**Не рекомендуется назначение препаратов адамантановой группы вследствие распространенности резистентности штаммов вируса гриппа.**

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2b).

# ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ, БОЛЬНЫХ ГРИППОМ С ЛЕГКИМИ, СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛЫМИ НЕОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ГРИППА, И ПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА

Лечение	Экстренная профилактика (после непосредственного контакта с больным гриппом)	Плановая профилактика (во время сезонной эпидемии гриппа)
<b>Осельтамивир*</b> (уровень убедительности рекомендаций <b>A</b> (уровень достоверности доказательств – 1a))		
По 75 мг 2 раза в сут, 5 дней	Перорально по 75 мг 1 раз в сут, 7-14 дней	по 75 мг 1 раз в сутки, 6 недель
<b>Занамивир*</b> (уровень убедительности рекомендаций <b>A</b> (уровень достоверности доказательств – 1a))		
2 ингаляции (по 5 мг каждая) 2 раза в сут, 5 дней (рекомендуется в случаях резистентности вируса А(Н1N1) к осельтамивиру**, при отсутствии препарата, беременным и пациентам с тяжелой почечной недостаточностью). <b>! Возможен бронхоспазм</b>	2 ингаляции (по 5 мг каждая) 1 раз в сут, 10 дней	2 ингаляции по 5 мг 1 раз в день, 28 дней
<b>Умифеновир*</b> (уровень убедительности рекомендаций <b>A</b> (уровень достоверности доказательств – 1b))		
По 200 мг 4 раза в сут, 5-7 дней	Перорально по 200 мг ежедневно, 10–14 дней	по 200 мг 1 раз в день каждые 3-4 дня в течение 3 недель
<b>Метилтионитрооксодигидротриазолотриазинид натрия; предложенное МНН – риамиловир</b> (уровень убедительности рекомендаций <b>B</b> (уровень достоверности доказательств – 2b))		
По 250 мг 3 раза в день, 5-7 дней	-	-

**Пациентам, которые не относятся к группе повышенного риска развития тяжелого и/или осложненного течения гриппа и у которых имеет место лабораторно подтвержденный грипп или с большой вероятностью подозрительный случай гриппа, протекающий без осложнений, не следует назначать препараты из группы селективных ингибиторов нейраминидазы.**

# **ХИМИОПРОФИЛАКТИКА ПРОТИВОВИРУСНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ ИЗ ГРУППЫ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ НЕЙРАМИНИДАЗЫ**

## **Избирательно используется:**

- у лиц с высоким риском развития осложнений гриппа в течение первых двух недель после вакцинации после контакта с больным гриппом человеком;
- у лиц с высоким риском развития осложнений гриппа в случае документально подтвержденного факта низкой клинической эффективности вакцины в эпидсезоне из-за циркуляции штаммов вируса гриппа, антигенно далеких от вакцинных штаммов;
- у лиц с тяжелыми иммунодефицитами или других лиц, которые могут не реагировать адекватно на вакцинацию (например, получающие иммуносупрессивные препараты, онкологических больных, реципиентов гемопоэтических клеточных трансплантатов и др.), после контакта с больным гриппом человеком;
- у лиц с высоким риском осложнений от гриппа, которым противопоказана вакцинация, после контакта с больным гриппом человеком;
- среди сотрудников и постояльцев заведений с длительным круглосуточным для получения лечения/ухода, во время вспышек гриппа в учреждении.

***Не рекомендуется, если с момента первого контакта с больным гриппом прошло более 48 часов.***

# ЛЕЧЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ЛЕГКИМИ, СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛЫМИ НЕОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ГРИППА ПРЕПАРАТАМИ С НЕПРЯМЫМ ПРОТИВОВИРУСНЫМ ДЕЙСТВИЕМ

Препарат	Схема лечения
Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты* (уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2b))	Перорально по 90 мг 1 раз в сут, 5-7 дней
Кагоцел* (уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3))	перорально по 24 мг (2 таб.) 3 раза в сутки в первые 2 дня, затем по 12 мг 3 раза в сутки в течение 2 дней (курсовая доза 18 таб.) до 4 дня болезни или в течение 5 – 7 дней в период реконвалесценции
Тилорон* (В,3)	перорально по 125 мг 1 раз в сутки в первые 2 дня, затем по 125 мг в сутки через день (курсовая доза 6 таб.) до 3 дня болезни или в течение 5 – 7 дней в период реконвалесценции
Меглюмина акридонацетат (В,3)	внутри по 4 таб. на прием в 1, 2, 4, 6 и 8 сутки (всего 20 таб.)
Оксодигидроакридинилацетат натрия (В,3)	<i>в/м, по 250 мг (4 – 6 мг/кг), курс лечения 5–7 инъекций с интервалом 48 ч; при необходимости в разовой дозе до 500 мг с интервалом 18–36 ч (курсовая доза зависит от характера заболевания).</i>
Интерферон альфа 2b* и интерферон гамма* (в схемах комплексной терапии гриппа при первых признаках заболевания)	Интерферон альфа 2b- интраназально по 3 капли/дозы в каждый носовой ход 5 – 6 раз в день (разовая доза – 3000 МЕ, суточная доза – 15000 – 18000 МЕ) в течение 5 дней; интерферон гамма* - интраназально по 2 капли в каждый носовой ход 5 раз в день (разовая доза – 4000 МЕ, суточная доза – 20000 МЕ) до 3 дня от начала болезни или в течение 5 – 7 дней в период реконвалесценции

**При отсутствии эффекта от приема препаратов интерферона и индукторов интерферона в течение 24 часов рекомендовано применение противовирусных препаратов (С, 4)**

## ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА ПРЕПАРАТАМИ С НЕПРЯМЫМ ПРОТИВОВИРУСНЫМ ДЕЙСТВИЕМ У ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ

Препарат	Схема лечения
<b>Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты*</b> <b>(В,3)</b>	Перорально по 90 мг 1 раз в сут, 5-7 дней (экстренная профилактика)
<b>Кагоцел*</b> (В,3)	по 24 мг (2 таблетки) 1 раз в день в течении 2 дней, затем перерыв 5 дней, затем цикл повторить; длительность приема от 1 недели до нескольких месяцев
<b>Тилорон*</b> (В,3)	125 мг 1 раз в неделю в течение 6 недель, курсовая доза составляет 750 мг.
<b>Меглюмина акридонацетат (В,3)</b>	600 мг 1 раз в сут, за 30 минут до еды не разжевывая. Дни приёма: 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20 и 23. Общий курс - от 5 до 10 приёмов.
<b>Оксодигидроакридинацетат натрия (В,3)</b>	разовая профил. доза - 250 мг (1 ампула) или 4-6 мг/кг. При длительном применении рекомендуемый интервал между введениями 3–7 суток
<b>Интерферон альфа</b>	содержимое растворяют в 5 мл воды для инъекций, интраназально по 3 капли в каждый носовой ход 2 раза в сутки (разовая доза – 3 тыс. МЕ, суточная доза – 15-18 тыс. МЕ), 5-7 дней. При однократном контакте достаточно одного закапывания. При необходимости профилактические курсы повторяют. При сезонном повышении заболеваемости в указанной дозе, утром 1 – 2 дня
<b>Интерферон гамма</b>	содержимое растворяют в 5 мл воды для инъекций, интраназально по 2-3 капли в каждый носовой ход за 30 мин до завтрака в течение 10 дней. При необходимости профилактические курсы повторяют

## СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЗРОСЛЫХ, БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ СРЕДНЕ-ТЯЖЕЛЫМИ, ТЯЖЕЛЫМИ И КРАЙНЕ ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ГРИППА

- Рекомендовано незамедлительно после поступления в стационар начать лечение высокоэффективными селективными ингибиторами нейраминидазы вирусов гриппа типа А и В.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1а).

Препарат	Схема назначения
Осельтамивир*	По 150 мг 2 раза в сут, 5-10 дней
Занамивир*	2 ингаляции по 5 мг два раза в день в течение 5 дней (только у спонтанно дышащих пациентов!).

*У пациентов с тяжелым или прогрессирующим заболеванием, а также с тяжелой иммуносупрессией, не отвечающих на стандартный режим лечения, целесообразно использование более высоких доз осельтамивира (150 мг два раза в сутки) и более длительного лечения (как минимум, 10 дней). Пациенты, подверженные повышенному риску развития тяжелого заболевания или заболевания, протекающего с осложнениями, но у которых имеет место заболевание в связи с инфекцией вирусом гриппа, протекающее без осложнений, должны получать лечение осельтамивиром или занамивиром. Комбинация противовирусных препаратов (осельтамивира\*\* и занамивира) с другими препаратами опосредованного механизма действия не имеет достаточной доказательной базы и не внесена в ИМП.*



## СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И В ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД

Препарат	Тяжесть течения	Схема лечения
<b>Осельтамивир*</b>	Легкое и средней тяжести, не осложненное Тяжелое	По 75 мг (капсула или суспензия) 2 раза в сут, 5-7 дней По 150 мг 2 раза в сут, 7-10 дней
<b>Занамивир*</b> <i>! Может развиваться бронхоспазм и/или ухудшение функции дыхания, в том числе без предшествующих заболеваний в анамнезе.</i>	Легкое и средней тяжести, не осложненное	Две ингаляции по 5 мг (10 мг) 2 раза в сут, 5-7 дней

Для ознакомления с КР «Грипп у взрослых (2017)»: <http://iia-rf.ru/>

# ПРАВИЛА КОДИРОВАНИЯ ДИАГНОЗА «ГРИПП»

**Рубрика J09 «Грипп, вызванный идентифицированным зоонозным или пандемическим вирусом гриппа».**

К этой рубрике относится грипп, вызванный подтипами вируса типа А:

А/Н1N1 – сезонный и пандемический (свиной);

А/Н3N2;

А/Н5N1 – эпидемический (птичий);

А/Н7N9

**Грипп, вызванный вирусом типа А кодируется рубрикой J09 независимо от того, какие осложнения гриппа имеются у пациента**

**Рубрика J10 «Грипп, вызванный идентифицированным сезонным вирусом гриппа».**

К рубрике относится грипп, вызванный сезонными вирусами типов В и С

Подрубрики:

**J10.0** Грипп с пневмонией, вызванный сезонным вирусом гриппа.

**J10.1** Грипп с другими респираторными проявлениями, вызванный сезонным вирусом гриппа.

Включены гриппозные: острая инфекция верхних дыхательных путей, ларингит, фарингит, плевральный выпот

**J10.8** Грипп с другими проявлениями, вызванный сезонным вирусом гриппа.

Включены: энцефалопатия, вызванная гриппом, гриппозный гастроэнтерит и миокардит (острый)

**Все случаи гриппа, включенные в рубрики J09 и J10, должны быть подтверждены лабораторным методом**

# ПРАВИЛА КОДИРОВАНИЯ ГРИППА

Гриппозная пневмония является осложнением гриппа  
и в качестве основного состояния  
**не используется**

Для кодирования случаев гриппа с идентификацией вируса  
используются рубрики J09 и J10  
в зависимости от типа вируса

Если при гриппе возникло другое острое состояние, не связанное с гриппом, которое безусловно привело к смерти, например, язвенное кровотечение, то это последнее состояние и должно быть выбрано в качестве первоначальной причины смерти, а грипп указывается в части II Свидетельства

# ПРАВИЛА КОДИРОВАНИЯ ГРИППА

19. Причины смерти	Приблизительный период времени между началом патол. процесса и смертью	Код МКБ-10 первоначальной и внешней причины смерти				
<b>I а) <u>сепсис, вызванный неуточненным стафилококком</u></b> <small>болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти</small>	10 час.	A	4	1	.	2
<b>б) <u>правосторонняя нижнедолевая пневмония</u></b> <small>патологическое состояние, которое привело к возникновению вышеуказанной причины</small>	4 сут.	J	1	8	.	1
<b>в) <u>Грипп, вызванный подтипом вируса А/Н1N1</u></b> <small><b>первоначальная причина смерти указывается последней</b></small>	1 нед.	J	0	9	.	X
<b>г) _____</b> <small>внешняя причина при травмах и отравлениях</small>						
<b>II. Прочие важные состояния, способствовавшие смерти, но не связанные с болезнью или патологическим состоянием, приведшим к ней, включая употребление алкоголя, наркотических средств, психотропных и других токсических веществ, содержание их в крови, а также операции (название, дата)</b> <b>Постинфарктный кардиосклероз</b>	5 лет	I 2 5 . 8				