

ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ

«АЛГОРИТМ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ГРИП»

Кого слід вважати хворим на грип?

Під час сезону грипу (визначається як період, коли є поширення вірусів у громаді) діагноз грипу слід розглядати у таких пацієнтів, незалежно від вакцинального статусу:

1. Імунокомпетентних осіб та осіб з ослабленим імунітетом (як дорослих, так і дітей), у тому числі медичних працівників, пацієнтів з гарячкою і гострим початком респіраторних симптомів і ознак.

2. Осіб з гарячкою і загостренням хронічних хвороб легень.

3. Немовлят і маленьких дітей з гарячкою без інших ознак або симптомів.

4. Літніх людей із новими або погіршеними респіраторними симптомами, у тому числі з загостренням застійної серцевої недостатності або зі змінами психічного стану, з гарячкою або без неї.

5. Тяжкохворих осіб з гарячкою або гіпотермією.

6. Госпіталізованих дітей, які поступили до стаціонару без гарячки і гострих респіраторних симптомів, у яких згодом після госпіталізації розвивається гарячка або гарячкове респіраторне захворювання.

7. Госпіталізованих дорослих, які поступили до стаціонару без гарячки і гострих респіраторних симптомів, у яких згодом після госпіталізації розвиваються гарячкові респіраторні захворювання.

Групи ризику (особи, які мають високий ризик ускладнень грипу А та потребують призначення специфічної противірусної терапії)

Нещеплені діти віком 12-24 місяців.

Дорослі віком старше 65 років.

Особи з астмою або іншими хронічними хворобами легень, такими як кістозний фіброз у дітей або хронічне обструктивне захворювання легень у дорослих.

Особи із хронічними хворобами серця.

Особи, які мають імуносупресивні розлади або отримують імуносупресивну терапію.

ВІЛ-інфіковані.

Особи з гемоглобінопатіями.

Особи із захворюваннями, які вимагають тривалої терапії ацетилсаліциловою кислотою.

Особи з хронічною нирковою дисфункцією.

Особи з онкогематологічними захворюваннями.

Особи з хронічними метаболічними хворобами, цукровий діабет.

Особи з нервово-м'язовими розладами, епілепсією або когнітивною дисфункцією, що може вплинути на лікування дихальних шляхів.

Вагітні.

Мешканці будь-якого віку закладів закритого типу: будинки дитини, школи-інтернати, будинки для інвалідів або інших закладів тривалого догляду.

Застосування противірусних лікарських засобів

■ Пацієнтам з груп високого ризику з неускладненим перебігом хвороби чи госпіталізованим пацієнтам з підозрою на грип слід призначати озельтамівір або занамівір. Не слід відкладати початок лікування противірусними засобами до отримання результатів лабораторного дослідження на грип!

■ Найбільший ефект від противірусних засобів при грипі має місце при їх призначенні в перші 48 годин від початку захворювання.

■ Лікування слід починати навіть після 48 годин від появи перших клінічних проявів, якщо хвороба перебігає в тяжкій формі чи стан пацієнта погіршується.

■ Амантадин та римантадин не ефективні проти майже всіх циркулюючих в даний час вірусів грипу.

■ Стійкість до озельтамівіру та занамівіру утримується на низькому рівні, однак якщо у пацієнта, який їх отримує, не настає покращення після 5 днів чи стан погіршується, слід розглядати розвиток стійкості.

Рекомендації з дозування противірусних препаратів проти грипу:

Лікарський засіб	Доза
Озельтамівір	
Дорослі	75 мг капсули два рази на день протягом 5 днів
Діти (вік, ≥ 12 місяців), маса ≤ 15 кг	60 мг на день, розділені на дві дози
15-23 кг	90 мг на день, розділені на дві дози
24-40 кг	120 мг на день, розділені на дві дози
>40 кг	150 мг на день, розділені на дві дози
Занамівір	
Дорослі	Два вприскування по 5 мг (10 мг всього) два рази на день
Діти	Дві інгаляції по 5 мг (10 мг всього) два рази на день (вік ≥ 7 років)

У дітей і підлітків (<18 років) з підтвердженою або підозрюваною інфекцією вірусу грипу, а також у дорослих із підозрою на інфікування вірусом грипу не слід розпочинати лікування препаратами, які містять саліцилову кислоту через ризик виникнення синдрому Рея (енцефалопатія і гостра жирова дистрофія печінки з гострим розвитком печінкової недостатності) та тяжкого перебігу захворювання.

Показання до госпіталізації

1. Діти перших двох років життя з гострими респіраторними проявами та температурою тіла $38,5^{\circ}\text{C}$ та вище.

2. Діти старше двох років життя з гострими респіраторними проявами та температурою тіла 39°C та вище.

3. Дорослі пацієнти із груп ризику з гострими респіраторними проявами та температурою тіла 38°C та вище.

4. Грипоподібне захворювання у дорослих та дітей, що супроводжується:
– ціанозом;

- задухою;
 - фізикальними змінами в легенях (аускультативними, перкуторними, рентгенологічними);
 - геморагічними проявами: геморагічний висип, кровохаркання;
 - багаторазовим блюванням та діареєю;
 - брадикардією в порівнянні з віковою нормою або іншою аритмією;
 - гіпотензією на 30% нижче артеріального тиску в порівнянні з віковою нормою;
 - порушенням свідомості, судомами, надмірним збудженням чи вираженою млявістю.
5. Вагітні з проявами респіраторної інфекції.
6. Особи, що відносяться до груп ризику, із середньо тяжкими та тяжкими формами захворювання.

Лікування в умовах стаціонару

Для оцінки тяжкості стану та умов госпіталізації необхідне обов'язкове вимірювання ЧСС, частоти дихань та артеріального тиску, насичення гемоглобіну артеріальної крові киснем (SpO_2) і співставлення їх з віковою нормою, а також показників термометрії.

Обов'язкове проведення пульсоксиметрії у приймальному відділенні підчас госпіталізації та моніторинг SpO_2 у відділенні хворих з середньо тяжкими та тяжкими формами грипу до покращення стану хворого.

При насиченні гемоглобіну артеріальної крові киснем $SpO_2 < 90\%$ показана оксигенотерапія через назальні кисневі канюлі або лицеву кисневу маску з потоком кисню, достатнім для підтримки $SpO_2 > 90\%$. При неможливості утримання $SpO_2 > 90\%$ впродовж години, вирішується питання про переведення хворого до відділення інтенсивної терапії.

Лікування пневмонії антибіотиками повинно проводитись з дотриманням рекомендацій, що містяться в існуючих клінічних настановах, протоколах.

Хіміопротекція бактеріальних ускладнень грипу за допомогою антибіотиків неприпустима.

Застосування кортикостероїдів, як правило, для лікування пацієнтів, інфікованих вірусом грипу А, не рекомендується. Застосування кортикостероїдів **в малих дозах** можливо розглядати у випадку пацієнтів із септичним шоком та у пацієнтів з підозрою на наднирникову недостатність. У випадку інфікування вірусом грипу А, тривалий прийом кортикостероїдів або прийом у великих дозах може призвести до серйозних негативних наслідків, включаючи опортуністичну інфекцію та можливу реплікацію вірусу протягом тривалого часу.

Лікування гострого респіраторного дистрес-синдрому, асоційованого з вірусом грипу А, має відповідати існуючим клінічним настановам, розробленим на підставі фактичних даних для випадків гострого респіраторного дистрес-синдрому, котрий став наслідком сепсису.

Лікування тяжкої пневмонії в умовах відділення інтенсивної терапії

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

1. Дихальна недостатність II-III ступеню.
2. SpO₂ <90% при проведенні оксигенотерапії через назальні канюлі або лицеву кисневу маску;
3. порушення свідомості;
4. Судоми;
5. Гіпертермія з втратою рідини і гіповолемією (діарея, блювота, порушення ентерального живлення);
6. Серцево-судинна недостатність, систолічний АТ <90 мм рт. ст., шок;
7. Недостатність інших органів та систем (ниркова, печінкова, порушення гемостазу, геморагічний синдром тощо).

Б. Лікування:

1.°Озельтамівір: подвійна доза (150 мг 2 рази на добу, дітям подвійна доза в залежності від маси тіла).

2.°Оксигенотерапія: проводиться за допомогою традиційних кисневих інтерфейсів (киснева назальна канюля, киснева лицева маска) з використанням високих потоків кисню, достатніх для усунення гіпоксемії; у випадках тяжкої гіпоксемії використовується киснева лицева маска з резервуарним мішком та потоком кисню до 15 та більше літрів на хвилину; за необхідності використовують концентратори кисню.

3. Респіраторна терапія: дихання з опором на видиху 20-25 см вод.ст.; глибокі вдихи не рідше 1 сеансу по 10 вдихів на годину; за необхідності – режим СРАР; за наявності ознак гнійного ендобронхіту – санаційні ФБС.

4. Симптоматична терапія:

- рестриктивний режим інфузійної терапії та водного балансу в цілому;
- повноцінний режим ентерального харчування, за неможливості ентерального проведення парентерального харчування;
- бронхолітики, муколітики;
- протигрибкові (за суворими показами).

5. Антибіотикотерапія: призначається лише при підозрі на бактеріальну інфекцію та після відбору матеріалу на бактеріологічні дослідження. До отримання результатів бактеріологічного дослідження при приєднанні бактеріальної інфекції дорослим та дітям емпірично призначають антибіотики з наступних груп: фторхінолони (крім осіб віком до 18 років) (левофлоксацин, моксіфлоксацин); сучасні макроліди (klarитроміцин, азитроміцин, спіроміцин); амінопеніциліни, захищені клавулоновою кислотою; цефоперазон у комбінації з сульбактамом; цефалоспорини III-IV покоління (як правило, у комбінації з макролідами); при підозрі на метицилінрезистентний стафілокок – лінезолід, ванкоміцин; при встановленні діагнозу нозокоміальної пневмонії, викликаній грам-негативними бактеріями – карбапенемами. Після отримання результатів

бактеріологічного дослідження біоматеріалу проводять корекцію антибактеріальної терапії з урахуванням чутливості ідентифікованих збудників (деескалація).

6. Кортикостероїди: призначаються в малих дозах лише при наднирниковій недостатності та шоці.

7. НЕІНВАЗИВНА ВЕНТИЛЯЦІЯ ЛЕГЕНЬ (НІВЛ)

Враховуючи незадовільні результати застосування інвазивної ШВЛ у хворих на вірусну пневмонію, слід максимально використовувати можливості неінвазивних методів респіраторної підтримки.

Не застосовувати анальгоседацію у пацієнтів, яким проводять НІВЛ!

А. Показання для НІВЛ

– неможливість досягти $SpO_2 > 90\%$ за рахунок проведення оксигенотерапії шляхом використання кисневих канюль та кисневої лицьової маски з потоком кисню 8-15 л/хв;

- участь у диханні допоміжних м'язів;
- тахіпноє > 30 за 1 хв.;
- порушення свідомості.

Предикторами неефективності неінвазивної вентиляції легень у хворих с гіперкапічною ГДН є: рівень свідомості по шкалі Глазго менше 13 балів, $FiO_2 > 0,6$ і pressure support більше 17 см.вод.ст., частота дихальних рухів більше 40 дих/хв, $SpO_2 < 90\%$ через 1-2 години неінвазивної вентиляції легень, частота серцевих скорочень більше 120 ударів в хвилину, артеріальна гіпотензія Сист АТ < 90 мм рт.ст. та/або PaO_2 менше 60 мм рт.ст., $PaCO_2 > 60$ мм рт.ст., неможливість синхронізації дихання пацієнта з респіратором, рН менше 7,3; $HCO_3 > 30$ ммоль/л через 12-24 години неінвазивної вентиляції легень.

8. Штучна вентиляція легень.

У випадку неефективності НІВЛ слід розпочати легенево-протективну вентиляцію легень через інтубаційну трубку з використанням $DO=6-8$ мл/кг та ПТКВ від 5 до 15 см вод.ст. За умови відсутності адаптації дихання хворого до апарату ШВЛ проводять анальгоседацію.

А. Показання до переводу на ШВЛ:

– дорослі: порушення свідомості, рефрактерна гіпертензія або гіпотензія та тахікардія (більше 120 уд. на хв.), гостре порушення серцевого ритму, задишка понад 40 дихань на 1 хвилину, $SpO_2 < 80\%$ при проведенні НІВЛ або PaO_2 нижче 60 мм. рт. ст при проведенні НІВЛ; $PaCO_2$ (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 – PaO_2 нижче 60 мм. рт. ст; pCO_2 (якщо у пацієнта немає хронічної легеневої недостатності) більше 50 мм. рт. ст.

Б. Методика ШВЛ. CMV в режимі нормовентиляції ($PaCO_2$ 33-35 мм. рт. ст.) з використанням високих концентрацій кисню; якщо немає можливості моніторингу $PaCO_2$ – виходити з потреби пацієнта (почуття дихального комфорту, відсутність боротьби з респіратором). Для дорослого пацієнта з масою тіла 70 кг орієнтовний хвилинний об'єм вентиляції – 10-12 л/хв., дихальний об'єм – 5-7 мл/кг, позитивний тиск на видиху – 8-10 см. вод. ст.; для дітей, відповідно, ДО – 6-8 мл/кг; ПТКВ – не менше 6 см. вод. ст; якщо є можливість контролю – підтримувати тиск плато до 30 см. вод. ст (у дорослих).

Впродовж першої години після переведення на ШВЛ концентрація кисню повинна сягати 100%, після години – до 60% (за винятком випадків тяжкої гіпоксемії, що не коригується іншими методами). У випадках рефрактерної гіпоксемії, незважаючи на $FiO_2 = 0,6$, показана зміна положення пацієнта на живіт тривалістю по 2-4 години, 3-4 рази на добу (протипоказання – артеріальна гіпотензія) та інвертований режим ШВЛ (співвідношення вдиху до видиху 1:1).

У пацієнтів з тяжкою дихальною недостатністю (окрім дітей), у яких ШВЛ триває більше 3 діб, виконують трахеостомію. Усім пацієнтам систематично проводять рентгенівський контроль, фібробронхоскопію, посіви харкотиння з метою визначення чутливості вторинних бактеріальних збудників до антибіотиків. У випадках неадекватної поведінки пацієнта, боротьби з апаратом ШВЛ, неможливості адаптації до апарату ШВЛ застосовують седативні засоби (пропофол, оксибутират натрію, сібазон), а при їх недостатній ефективності – фентаніл та м'язові релаксанти тривалої дії. При відлученні пацієнта від апарату ШВЛ та переведенні на самостійне дихання використовують режими допоміжного дихання: СРАР та/або високочастотної вентиляції легень.

9. Екстракорпоральна мембранна оксигенація: проводиться в окремих випадках критичної гіпоксемії і неефективності респіраторної підтримки та наявності в закладі відповідного обладнання (пацієнти з критичною гіпоксемією, як правило, розцінюються як нетранспортабельні).