



© Т. Е. Белокриницкая¹,
К. Г. Шаповалов¹, Н. В. Ларёва¹,
Ю. В. Пархоменко¹, В. Ф. Лига²,
Т. В. Хавень³, Т. С. Юркова³,
М. В. Орлова³, С. Э. Лапа⁴

ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И АКУШЕРСКОЙ ТАКТИКИ БЕРЕМЕННЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ГРИППА А (H1N1) И СЕЗОННОГО ГРИППА

¹ ГОУ ВПО «Читинская государственная
медицинская академия Росздрава», г. Чита;

² Министерство здравоохранения
Забайкальского края;

³ ГУЗ Краевая клиническая больница, г. Чита;

⁴ Территориальное управление Федеральной
службы по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека по
Забайкальскому краю

УДК: 618.2-06:616.921.5

■ В статье представлен опыт ведения беременных с тяжелыми и осложненными формами гриппа А (H1N1) и сезонного гриппа в условиях эпидемии в Забайкальском крае осенью 2009 года.

■ **Ключевые слова:** беременность; интенсивная терапия; грипп А (H1N1); сезонный грипп.

В начале осени 2009 г. в Забайкальском крае зарегистрированы первые случаи заболеваемости населения гриппом А (H1N1), а в первой декаде октября отмечен эпидемический подъем заболеваемости гриппом А (H1N1) и сезонным гриппом, о чем свидетельствовало превышение порогового уровня заболеваемости населения на 4,3%. В течение последующих 4 недель число больных с гриппом А (H1N1) и сезонным гриппом стремительно возрастало, что привело к превышению эпидемического порога в 8,6 раза. В разгар эпидемии увеличилось число осложнений гриппа в виде тяжелых вирусно-бактериальных пневмоний, появились летальные исходы.

Число заболевших за 6 недель эпидемии гриппа в Забайкалье достигло 6% от общей численности населения края. Клинические наблюдения и анализ статистических данных показали, что группой высокого риска по развитию тяжёлых осложненных форм гриппа являются беременные и женщины, находящиеся в послеродовом периоде. Так, в разгар эпидемии максимальный показатель ежедневного темпа прироста заболеваемости среди взрослых составил 67%, а среди беременных — достиг 111,4%. В целом на пике эпидемии заболели 18% от всех состоящих на диспансерном учете беременных, что существенно превысило аналогичные показатели в других группах населения (дети, подростки, взрослые). По нашим предварительным данным, у 14,1% беременных грипп А и сезонный грипп протекали с осложнениями, у 4,9% — развились средне-тяжелые и тяжелые вирусно-бактериальные пневмонии. Заболевание закончилось летальными исходами у 0,23% беременных и родильниц.

Главной проблемой, с которой столкнулись врачи в условиях эпидемии гриппа А (H1N1) и сезонного гриппа Забайкальского края, было отсутствие клинических рекомендаций и алгоритмов интенсивной терапии и акушерской тактики при тяжелых формах инфекционного процесса, осложненного пневмонией, у беременных [1, 2, 5, 7, 9, 12].

Нами проведено 64 беременных с тяжелыми формами гриппа А (H1N1) и сезонного гриппа, осложненных пневмониями.

Таблица 1

Дозы этиотропных препаратов при лечении и профилактике гриппа А (H1N1)

Препарат	Лечение	Профилактика
Тамифлю (осельтамивир)	1 капсула 75 мг или 75 мг суспензии 2 раза в день 5 дней, при тяжелом гриппе доза может быть увеличена до 150 мг 2 раза в день, курс — до 10 дней	
Реленза (занамивир) *	Две 5-мг ингаляции (всего 10 мг) 2 раза в день в течение 5 дней, курс — до 10 дней	
Интерферон альфа-2b в суппозиториях	Лёгкой степени — 500 000 МЕ 2 раза в день 5 дней	150 000 МЕ 2 раза в день в течение 5 дней
	Средней степени — 500 000 МЕ 2 раза в день 5 дней, далее поддерживающая доза 150 000 МЕ 2 раза в день по 2 раза в неделю в течение 3 недель	
	Тяжёлой степени — 500 000 МЕ 2 раза в день 10 дней, далее поддерживающая доза 150 000 МЕ 2 раза в день по 2 раза в неделю в течение 3 недель	
Циклоферон**	500 мг 2 раза в день в/в до 10 дней, при тяжелом течении — далее поддерживающая терапия по 500 мг в/в 1 раз в 5 дней до 3 недель	

* Назначают 2 препарата: тамифлю или реленза в сочетании с интерфероном альфа-2b или циклофероном

В данной работе мы обобщили полученный опыт интенсивной терапии этих пациенток.

Согласно существующим рекомендациям ВОЗ, при гриппе госпитализация показана больным с тяжёлым и средней тяжести течением инфекции, а в период эпидемии — всем беременным с выраженным синдромом интоксикации [12]. При подозрении на развитие осложнений гриппа или выявлении пневмонии госпитализация беременных обязательна, **независимо от её тяжести**, поскольку, как показали наши наблюдения, даже на фоне проводимой терапии состояние может начать внезапно и прогрессивно ухудшаться, приводя к тяжелой дыхательной недостаточности, развитию острого респираторного дистресс-синдрома взрослых, полиорганным нарушениям и акушерским осложнениям.

Беременные с тяжелыми формами гриппа, в том числе с тяжелым течением пневмонии, должны помещаться в отделения анестезиологии и реанимации, блоки интенсивной терапии, персонал которых подготовлен к оказанию высококвалифицированной помощи: искусственной вентиляции легких, легочно-сердечной реанимации и оснащен современной аппаратурой для проведения респираторной поддержки и комплексного мониторинга. Наблюдение и лечение этой категории пациенток осуществляют совместно врачи-реаниматологи, терапевты (пульмонологи), акушеры-гинекологи и инфекционисты.

Принципиальная схема комплексной терапии осложненных форм гриппа включает этиотропное лечение противовирусными препаратами, антибактериальные средства, респираторную и нутритивную поддержку, коррекцию полиорганных нарушений.

Противовирусные препараты показаны всем заболевшим беременным и женщинам в течение послеродового (постабортного) периода с подо-

зреваемым или подтвержденным гриппом. Курс противовирусной терапии должен быть не менее 5 дней, рекомендуемые дозы препаратов представлены в таблице 1.

При проведении противовирусной терапии следует учитывать следующие правила.

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 помнить, что чувствительность к экспресс-тестам составляет 10–70%.
3. Беременным с тяжелым или прогрессирующим течением заболевания противовирусные препараты необходимо назначать и после 48 часов от начала манифестации гриппа. При отсутствии тамифлю (осельтамивира) или невозможности его применения по какой-либо причине можно использовать релензу (занамивир).
4. При отсутствии тамифлю (осельтамивира), релензы (занамивира) или невозможности их применения по какой-либо причине (отсутствие препаратов, рвота, диарея, сильный кашель, сопровождающийся рвотой) допустимо применение 0,04% раствора панавира по 5,0 мл в/в 2 инъекции через 24 часа. Эти препараты по уровню безопасности относятся к категории «С» (клинические исследования для оценки безопасности применения данных препаратов для беременных и кормящих женщин не были проведены). В связи с тем, что беременным и кормящим женщинам с подозреваемым или подтвержденным гриппом необходимо максимально быстро начать противовирусную терапию, возможные преимущества от их применения превышают

Таблица 2

Антибактериальные препараты для лечения пневмонии у беременных

Препарат	Дозировка при парентеральном введении
Амоксициллин/клавуланат (<i>Амоксиклав</i>)	1,2 г в/в каждые 6–8 часов
Азитромицин (<i>Сумамед</i>)	500 мг в/в 1 раз в сутки
Цефтриаксон (<i>Роцефин, Медаксон, Мовигип</i>)	2 г в/в, в/м каждые 24 ч.
Цефотаксим (<i>Цефабол, Клафоран</i>)	2 г в/в, в/м каждые 8 ч.
Цефепим (<i>Макситим</i>)	2-3 г в/в каждые 12 ч.
Имипинем/циластатин (<i>Тиенам</i>)	500 мг в/в каждые 6 ч или 1 г в/в каждые 8 ч.
Меропенем (<i>Меронем</i>)*	1 г в/в каждые 8 ч.
Ванкомицин (<i>Ванкосин, Ванкоцин, Эдицин</i>)*	1 г в/в каждые 12 часов
Линезолид (<i>Зивокс</i>)*	600 мг в/в каждые 12 часов

* Применение у беременных женщин возможно, если потенциальная польза от лечения превышает риск неблагоприятного влияния на плод.

потенциальный риск для плода или грудного ребенка [2, 6, 8, 11, 12].

- При назначении противовирусной терапии должно быть получено письменное информированное согласие пациентки на лечение.

Важным компонентом комплексного лечения гриппа, осложненного пневмонией, является **антибактериальная терапия**. От правильности выбора антибактериального препарата во многом зависит клиническое течение заболевания и его прогноз. Согласно существующим международным рекомендациям, при постановке диагноза бактериальной пневмонии антибиотикотерапия должна быть начата в течение ближайших четырех часов, способ введения антибиотиков у тяжелых больных — внутривенный [5].

Вторичная вирусно-бактериальная пневмония развивается к концу 1-й недели от начала заболевания гриппом и наиболее часто ассоциирована со *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*. В этой ситуации предпочтительнее использовать сочетания антибиотиков: цефалоспорин III поколения ± макролид или защищенный аминопенициллин ± макролид (дозы представлены в таблице 2).

Третичная бактериальная пневмония развивается на 2-й неделе от начала заболевания гриппом, её наиболее вероятные возбудители — метициллинрезистентные штаммы *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, грамотрицательные микроорганизмы. Таким больным обосновано назначение различных комбинаций следующих препаратов: цефалоспорин IV поколения ± макролид; карбапанем; ванкомицин; линезолид [6, 8].

Чрезвычайно важной и необходимой составляющей комплексной терапии является **адекватная респираторная поддержка**, поскольку тяжелый грипп, осложненный пневмонией, всегда сопровождается дыхательной недостаточностью.

У всех беременных с пневмонией необходимо выполнить пульсоксиметрию, по возможности, — определить газы артериальной крови!

Выделяют три основных подхода к осуществлению респираторной поддержки: ингаляция чистым медицинским увлажненным кислородом, неинвазивная вентиляция легких и инвазивная искусственная вентиляция легких. Безэффективность проводимой респираторной терапии служит основанием для перехода от одного метода к другому.

Стратегические вопросы вентиляции (по степени инвазивности) [3, 4]:

- При $SpO_2 < 90\%$ — начать с инсуффляции увлажненного O_2 потоком от 4–6 л/мин до 10–15 л/мин через маску или назальные канюли. Положение больной — с приподнятым головным концом кровати на 30° .
- При $SpO_2 < 90\%$ — неинвазивная ИВЛ (CPAP или BiPAP в различных вариантах).
- При $SpO_2 < 80–85\%$ (зависит от ЧДД, участия вспомогательных мышц, нарушений сознания) — респираторная поддержка с использованием инвазивной ИВЛ.
- При $SpO_2 < 90\%$ — инвазивная ИВЛ+PEEP.
- При $SpO_2 < 90\%$ — инвазивная ИВЛ+PEEP+IRV (1 : 1–1,5 : 1–2 : 1).
- При $SpO_2 < 90\%$ — инвазивная ИВЛ+PEEP+IRV (2 : 1)+FiO₂ до 60%.
- При $SpO_2 < 90\%$ — инвазивная ИВЛ+PEEP+IRV (2 : 1)+FiO₂ до 60%+лазикс 0,5–1 мг/кг.
- При $SpO_2 < 90\%$ — инвазивная ИВЛ+PEEP+IRV (2 : 1)+FiO₂ до 100%.

Особенности проведения ИВЛ [3, 4, 5]:

- Положение больной — головной конец кровати приподнят на 30° .
- Показано удлинение фазы вдоха (Ti:e 1:1 — 1,5:1 — 2:1).

- Следует использовать инспираторную паузу («плато») не меньше 15 % от длительности вдоха.
- Показано применение РЕЕР, уровень которого регулируют по величине SpO₂ — до 92–93 % и параметрам гемодинамики. Алгоритм — 5–8–10 см. вод. ст.
- Показан режим периодического раздувания легких (Sigh).
- Если, несмотря на высокое РЕЕР (10 см вод. ст. и более), SpO₂ — ниже 92–93 %, приходится увеличивать FiO₂ до 60 %.
- P пиковое ≤ 35 см. вод. ст.
- P плато ≤ 30 см. вод. ст.
- PaO₂ — 55–85 мм. рт. ст.
- PaCO₂ — 35–45 мм. рт. ст.
- 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 (7–9 мл/кг идеальной массы тела).
- Режимы реализации инвазивной ИВЛ: CMV, SIMV, PC, PS, APRV и пр. (в первые сутки после перевода на ИВЛ — CMV или PC). Более целесообразны режимы вентиляции по давлению.
- Желательно сочетать вентиляцию легких с введением лекарственных средств через небулайзер, что позволяет улучшить мукоцилиарный клиренс, купировать неэффективный и непродуктивный кашель.
- Целесообразно использование противопролежневых матрасов.

Алгоритм ведения больной при проведении инвазивной ИВЛ представлен в таблице 3.

Условия безопасного прекращения респираторной поддержки — восстановление глоточных и гортанных рефлексов, ясное сознание. Важным условием успешного прекращения ИВЛ является возможность снизить FiO₂ до 0,35–0,4, а также уменьшить частоту дыхания до 12–14 в минуту без нарушения адаптации больного к респиратору.

Базовые критерии возможности прекращения респираторной поддержки [3, 4]:

- 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 системы гемостаза;
- при FiO₂ не более 0,3 в течение суток SpO₂ по пульсоксиметру не ниже 90 %, PaO₂ не ниже 80 мм рт. ст. (PaO₂/FiO₂ не менее 250);
- восстановление кашлевого рефлекса и кашлевого толчка;
- при временном переводе на самостоятельное дыхание отношение f/Vt меньше 100.

Лекарственные средства, рекомендуемые для введения через небулайзер:

I триместр беременности — муколитики (лазолван 2–3 мл с физраствором в соотношении 1 : 1 2–3 раза в день); в случае последующего прерывания беременности — глюкокортикостероиды (будезонид — 0,5–1,0 мг в 2 мл раствора) и бронходилататоры (беродуал по 20 капель в 2–4 мл физраствора 2 раза в день).

II–III триместр беременности — муколитики (лазолван 2–3 мл с физраствором в соотношении 1 : 1 2–3 раза в день); бронходилататоры (сальбутамол 2,5–5 мг в 5 мл физраствора 2 раза в день).

В послеродовом и постабортном периодах:

- муколитики: лазолван 2–3 мл с физраствором в соотношении 1 : 1 2–3 раза в день;
- глюкокортикостероиды (будезонид — 0,5–1,0 мг в 2 мл раствора);
- бронходилататоры (беродуал по 20 капель в 2–4 мл физраствора или сальбутамол 2,5–5 мг в 5 мл физраствора 2 раза в день).

Тяжелый грипп, осложненный пневмонией, всегда сопровождается полиорганной недостаточностью, коррекция которой включает:

- Инотропная поддержка — добутамин в дозе 2–15 мкг/кг/мин. или допамин в низких или средних дозах (до 10 мкг/кг/мин.).
- Инфузионная терапия — при отсутствии признаков тяжелой интоксикации в связи с высоким риском отека легких должна проводиться в ограниченном объеме, преимущественно для введения лекарственных препаратов.
- Энтеральная регидратация и нутритивная поддержка беременным с тяжелым течением гриппа — важнейший и неотъемлемый компонент интенсивной терапии. Оптимальными считаем сбалансированные полисубстратные смеси типа «Иммун» [10].

При лечении больных с острым респираторным дистресс-синдромом взрослых нами применялись сурфактанты, с отчетливым позитивным влиянием на кислородный статус, но недостоверным клиническим эффектом. Пульс-терапия глюкокортикоидами при ОРДСВ назначалась после родоразрешения и оказалась успешной.

Таблица 3

Ведение больной при инвазивной ИВЛ [4]

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
КЩР, газы крови	4–6 раз в сутки
Обработка полости рта 3 % раствором перекиси водорода или борной кислоты или настойкой календулы (1 чайная ложка на стакан воды)	3–4 раза в сутки
Раннее (не позднее 24 ч) энтеральное питание	В течение 20–24 ч
Уход за аппаратом ИВЛ, промывание мочевого катетера	2–3 раза в сутки
Клинические и биохимические анализы	1 раз в сутки
Коагулограмма	1 раз в сутки
Рентгенография легких	По показаниям*
Посев мокроты, замена эндотрахеальной трубки или трахеостомической канюли, очистительная клизма	Через 2–3 суток

* Поскольку перевод на ИВЛ осуществляется при безэффективности неинвазивной респираторной поддержки, при выраженных признаках гипоксии у матери и плода, тактика ведения представлена с учетом того, что на этом этапе беременная родоразрешена

По данным коагулограммы, у всех пациенток с гриппом А (H1N1), осложненным пневмонией, зарегистрирована умеренная гиперкоагуляция. Однако при этом у ряда больных развились флeбиты и флeботромбозы. В связи с этим считаем целесообразным назначить таким пациенткам низкомолекулярных гепаринов в лечебных дозах и осуществление ежедневного коагулологического мониторинга (табл. 3).

Седативная терапия назначается по показаниям, в том числе у больных на инвазивной ИВЛ — с целью адаптации с аппаратом. Сухой непродуктивный кашель, препятствующий синхронизации с респиратором, — характерная особенность пневмоний при гриппе А (H1N1).

Акушерская тактика определялась в каждом конкретном случае индивидуально консилиумом врачей.

Грипп в первом триместре беременности, особенно в случаях средних и тяжелых вариантов течения, нередко приводил к спонтанным абортam и несостоявшимся выкидышам. Если акушерских осложнений в острый период заболевания не возникло, женщинам было рекомендовано в последующем эту беременность прервать в связи с высоким риском перинатальных осложнений.

Прерывание беременности во втором триместре и родоразрешение в разгар заболевания было сопряжено с большим числом осложнений: утяжеление основного заболевания и вызванных им осложнений, развитие и прогрессирование

дыхательной недостаточности, интранатальная гибель плода. Ведущими причинами акушерских кровотечений у таких пациенток были атония матки и коагулопатия, которые не поддавались коррекции и служили основанием для экстирпации матки и перевязки внутренних подвздошных артерий. С другой стороны, выжидательная тактика и отсрочка родоразрешения при тяжелых осложненных формах гриппа чревата высоким риском преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, внутриутробной гибели плода, что диктует необходимость тщательной динамической оценки состояния фетоплацентарного комплекса и ежедневного коллегиального обсуждения акушерской тактики.

При необходимости оперативного родоразрешения в качестве анестезиологического пособия следует отдать предпочтение методам регионарной анестезии, проводимым на фоне неинвазивной респираторной поддержки.

В случае развития спонтанной родовой деятельности на фоне гриппа и пневмонии роды предпочтительно вести через естественные родовые пути под мониторным контролем состояния матери и плода. Проводить тщательное обезболивание, детоксикационную, антибактериальную терапию, респираторную поддержку, вводить препараты, улучшающие функции фетоплацентарного комплекса. Во втором периоде для профилактики развития дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности ограничить потуги путем проведения пудендальной

анестезии и/или эпизиотомии. При необходимости быстрого окончания родов — применить вакуум-экстракцию или акушерские щипцы.

Всем пациенткам в послеродовом (постабортном) периоде — назначить утеротоники и продолжить лечение гриппа и пневмонии, начатое до родов (выкидыша).

В заключение особо отметим ошибки и необоснованные назначения при ведении беременных с гриппом, которые существенно снижают эффективность лечения и увеличивают частоту неблагоприятных исходов:

- недооценка тяжести состояния и недостаточный контроль состояния на амбулаторном этапе;
- поздняя госпитализация в стационар при средних и тяжелых вариантах течения заболевания;
- позднее начало противовирусной терапии;
- нерациональная противовирусная терапия;
- поздняя и неадекватная респираторная поддержка;
- избыточная инфузионная терапия;
- антибактериальные лекарственные средства, противопоказанные при беременности;
- нерациональная антибиотикотерапия (комбинация бактериостатических и бактерицидных антибиотиков; форсированная комбинация ампиокса);
- длительное применение нестероидных противовоспалительных средств, ненаркотических анальгетиков, биогенных стимуляторов.

Таким образом, проблема ведения беременных с тяжелым гриппом, осложненным пневмонией, требует дальнейшего изучения и накопления клинического опыта и может быть решена только на основе междисциплинарного взаимодействия многих специалистов.

Литература

1. Акушерство: национальное руководство. — М., 2007. — 1200 с.
2. Временные методические рекомендации «Схемы лечения и профилактики гриппа, вызванного вирусом типа А/Н1N1»: информационное письмо №24-0/10/1-5039 от 25 августа 2009 г. (в редакции от 03 ноября 2009 г.) URL <http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/letters/153>. (дата обращения: 24.11.2009)

■ Адреса авторов для переписки

Белокриницкая Татьяна Евгеньевна — д. м. н., профессор, заведующая кафедрой. ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, кафедра акушерства и гинекологии лечебного и стоматологического факультетов. **E-mail:** tanbell@rambler.ru

3. *Кассиль В. Л., Выжигина М. А., Лескин Г. С.* Искусственная и вспомогательная вентиляция легких. — М.: Медицина, 2004. — 480 с.
4. *Лебединский К. М., Мазурок В. А., Нефедов А. В.* Основы респираторной поддержки. — СПб, 2006. — 220 с.
5. Нозокомиальная пневмония у взрослых: Российские национальные рекомендации. — М., 2009. — 90 с.
6. *Ратникова Л. И., Стенько Е. А.* Новый подход к терапии острых респираторных вирусных инфекций и гриппа // Поликлиника. — 2009. — № 2. — С. 70–72.
7. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии: руководство для практикующих врачей / В. И. Кулаков [и др.]; под общ. ред. В. И. Кулакова, В. Н. Серова. — М.: Литтерра, 2005. — 1152 с.
8. Регистр лекарственных средств России. — М., 2008.
9. *Шехтман М. М.* Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. — М.: Триада-Х, 2008. — 816 с.
10. Энтеральное питание в лечении хирургических и терапевтических больных: метод.реком / Г. П. Арутюнов [и др.]. — М. 1999. — 32 с.
11. CDC. Pregnant Women and Novel Influenza A (H1N1) Virus: Considerations for Clinicians, June 30, 2009. URL http://www.cdc.gov/h1n1flu/clinician_pregnant_guidance.htm (дата обращения: 24.11.2009).
12. CDC. Updated Interim Recommendations for Obstetric Health Care Providers Related to Use of Antiviral Medications in the Treatment and Prevention of Influenza for the 2009-2010 Season. October 23, 2009. URL http://www.flu.gov/professional/hospital/pregnant_antiviral_messages.html (дата обращения: 24.11.2009).

PRINCIPLES OF INTENSIVE THERAPY AND OBSTETRIC CARE OF THE PREGNANTS WITH HARD FORMS OF INFLUENZA A (H1N1) AND SEASON INFLUENZA

Belokrinitzkaya T. Ye., Shapovalov K. G., Laryova N. V., Parchomenko Yu. V., Liga V. F., Chaven T. V., Yurkova T. V., Orlova M. V., Lapa S. E.

■ **Summary:** Influenza A (H1N1) and season influenza epidemic was happened in Zabaikalsky Region in october–november 2009. In this article we present our experience of intensive and obstetric care of women during pregnancy complicated by hard forms of influenza A (H1N1) and season influenza.

■ **Key words:** intensive care; influenza A (H1N1); season influenza; pregnancy.

Belokrinitzkaya Tatyana Evgenyevna — MD, Professor, Head of the Department. Chita State Medical Academy, Department of Obstetrics and Gynecology, medical and dental faculties.

E-mail: tanbell@rambler.ru

Шаповалов Константин Геннадьевич — д. м. н., заведующий кафедрой. ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, кафедра анестезиологии и реаниматологии.

E-mail: tanbell@rambler.ru

Ларёва Наталья Викторовна — д. м. н., заведующая кафедрой. ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, кафедра терапии.

E-mail: tanbell@rambler.ru

Пархоменко Юрий Викторович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой. ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия, кафедра госпитальной терапии.

E-mail: tanbell@rambler.ru

Лига В. Ф. — консультант по акушерству и гинекологии. МЗ Забайкальского края.

E-mail: tanbell@rambler.ru

Хавень Т. В. — зам. главного врача по акушерству и гинекологии. ГУЗ Краевая клиническая больница г. Читы.

E-mail: tanbell@rambler.ru

Юркова Т. С. — зам. главного врача по терапии. ГУЗ Краевая клиническая больница г. Читы.

E-mail: tanbell@rambler.ru

Орлова М. В. — врач-инфекционист. ГУЗ Краевая клиническая больница г. Читы.

E-mail: tanbell@rambler.ru

Лана С. Э. — заместитель руководителя. Территориальное управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Забайкальскому краю.

E-mail: tanbell@rambler.ru

Shapovalov Konstantin Gennadevich — MD, head of the department. Chita State Medical Academy, Department of anesthesiology and resuscitation.

E-mail: tanbell@rambler.ru

Laryova Natal'ya Viktorovna — MD, head of the department. Chita State Medical Academy, Department of Therapy.

E-mail: tanbell@rambler.ru

Parchomenko Yuriy Viktorovich — MD, professor, head of the department.

Chita State Medical Academy, Department of Hospital Therapy.

E-mail: tanbell@rambler.ru

Liga V. F. — consultant of obstetrics and gynecology. Health Department of Zabaikalsky Region Government.

E-mail: tanbell@rambler.ru

Chaven T. V. — vice chief of obstetrics and gynecology. Chita regional clinical hospital.

E-mail: tanbell@rambler.ru

Yurkova T. S. — vice chief of therapy.

Chita regional clinical hospital.

E-mail: tanbell@rambler.ru

Orlova M. V. — physician infectious disease. Chita regional clinical hospital.

E-mail: tanbell@rambler.ru

Lapa S. E. — Deputy Head. Zabaikalsky Region Administration of Medical Care Control.

E-mail: tanbell@rambler.ru