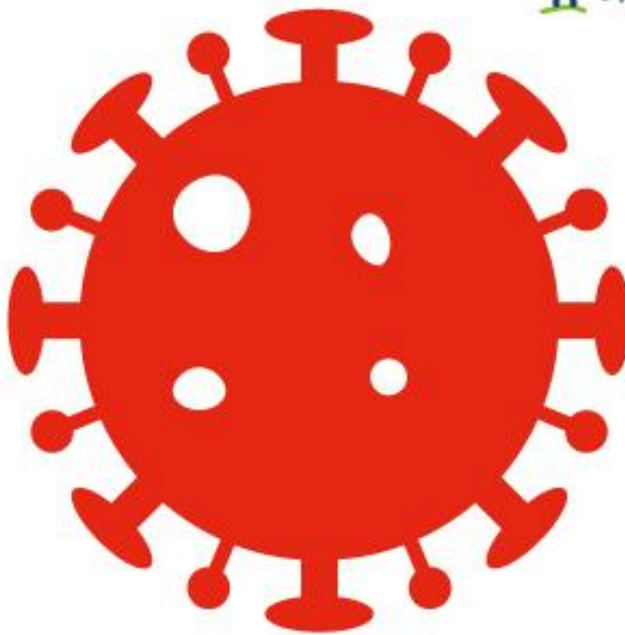


ISUOG ТИМЧАСОВЕ КЕРІВНИЦТВО
З НОВОЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ 2019 ПІД ЧАС
ВАГІТНОСТІ ТА В ПІСЛЯПОЛОГОВОМУ ПЕРІОДІ:
ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ФАХІВЦІВ У СФЕРІ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я



Переклад: Чолас Е.Н.
Лікар акушер-гінеколог,
Завідувач поліклінічного відділення для дорослих ВСП №6
Медична мережа “Добробут”

Liona C. Poon (Department of Obstetrics and Gynaecology, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong SAR)

Huixia Yang (Department of Obstetrics and Gynecology, Peking University First Hospital, Beijing, China)

Jill C.S. Lee (Department of Obstetrics and Gynaecology, KK Women's and Children's Hospital, Singapore)

Joshua A. Copel (Department of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Sciences, Yale School of Medicine, New Haven, CT USA)

Tak Yeung Leung (Department of Obstetrics and Gynaecology, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong SAR)

Yuanzhen Zhang (Department of Obstetrics and Gynaecology, Zhongnan Hospital of Wuhan University, Wuhan, China)

Dunjin Chen (Department of Obstetrics and Gynaecology, The Third Affiliated Hospital of Guangzhou Medical University, Guangzhou, China)

Federico Prefumo (Department of Clinical and Experimental Sciences, University of Brescia, Italy)

Corresponding author:

Liona C. Poon

Department of Obstetrics and Gynaecology

Prince of Wales Hospital

The Chinese University of Hong Kong

Shatin

Hong Kong SAR.

Telephone 00 852 55699555

Fax 00 852 26360008.

E-Mail: liona.poon@ cuhk.edu.hk

У відповідь на заяви ВООЗ та міжнародну стурбованість щодо спалаху нової коронавірусної інфекції (COVID-19), Міжнародне Товариство Ультразвуку, Акушерства та Гінекології (ISUOG) видає цю настанову для ведення під час вагітності та післяпологового періоду.

Із поточною невизначеністю щодо багатьох аспектів клінічного перебігу COVID-19 у вагітних, потенційно цінна інформація ймовірно буде отримана акушерами та лікарями ультразвукової діагностики, що може допомогти у консультуванні вагітних і додатково покращити наше розуміння патофізіології COVID-19 під час вагітності.

Ця заява не має на меті замінити попередньо опубліковані тимчасові настанови з оцінки і ведення вагітних з COVID-19. Однак, вона має бути врахована в поєднанні з іншими релевантними порадами від таких організацій як:

ВООЗ

Центр контролю і профілактики захворювань

Панамериканська організація здоров'я

Європейський центр профілактики і контролю захворювань

Громадське здоров'я Англії

Відгалуження Пренатальної медицини Китайської медичної асоціації

Італійська спілка неонатологів

Громадське здоров'я Франція

Іспанська спілка акушерства та гінекології

Королівський коледж акушерів та гінекологів

ПЕРЕДУМОВИ

Нова коронавірусна інфекція (COVID-19), також іменована SARS-CoV-2, є світовою екстреною ситуацією в громадському здоров'ї. Від першого випадку пневмонії COVID-19, зафіксованої у Вухані, провінція Губей, Китай, у грудні 2019 року, вірус швидко поширився на решту Китаю і за його межі.

Коронавіруси – вкриті оболонкою, несегментовані позитивно-чутливі РНК-віруси, що належать до родини Coronaviridae ряду Nidovirales. Епідемія двох бета-коронавірусів SARS-CoV і MERS-CoV спричинила більше 10 000 кумулятивних випадків за останні 2 декади, супроводжуючись смертністю у 10% для SARS-CoV та 37% для MERS-CoV. COVID-19 належить до тієї самої підгрупи бета-коронавірусів і має подібність геному приблизно 80% та 50% відповідно. COVID-19 поширюється респіраторно-крапельним шляхом та через прямий контакт (коли тілесні рідини контактують з очима, носом та ротом, або через відкритий поріз, поранення чи садна). У звіті Спільної місії щодо коронавірусної хвороби-2019 ВООЗ-Китай оцінено високий R_0 – 2-2,5. У звіті ВООЗ за 3 березня 2020 року, глобальну смертність оцінено в 3,4%.

Huang et al вперше повідомили про 41 пацієнта з лабораторно підтвердженою пневмонією COVID-19. Вони описали епідеміологічні, клінічні, лабораторні та радіологічні характеристики, як і лікування та клінічні результати пацієнтів. Подальше вивчення більшого обсягу зразків показало схожість результатів. Найбільш поширені симптоми – лихоманка (43,8% випадків при поступленні та 88,7% впродовж госпіталізації), і кашель (67,8%). Діарея не поширена (3,8%). При поступленні, найбільш поширене радіологічне спостереження – симптом матового скла на КТ грудної клітини. (56,4%). Жодних радіологічних чи КТ аномалій не знайдено у 157 з 877 (17,9%) пацієнтів з нетяжким перебігом хвороби. Лімфоцитопенія відзначалася у 83,2% пацієнтів при поступленні.

Вагітність – це фізіологічний стан, при якому наявна більша схильність жінок до респіраторних ускладнень вірусної інфекції. У зв'язку з фізіологічними змінами у імунній та серцево-легеневій системах, у вагітні жінки більш ймовірний розвиток тяжкої хвороби після респіраторної інфекції. У 2009 році, вагітні жінки склали 1% пацієнтів, що заразилися вірусом грипу А H1N1, але склали 5% всіх смертей, асоційованих з А H1N1.

Крім того, SARS-CoV і MERS-CoV відомі тим, що стали причиною тяжких ускладнень під час вагітності, включаючи необхідність ендотрахеальної інтубації, переведення до ВІТ, ниркову недостатність та смерть. Частота летальності серед вагітних, інфікованих SARS-CoV становила до 25%. На разі, тим не менше, відсутні докази, що вагітні жінки більш сприйнятливі до COVID-19 або більш схильні до розвитку тяжкої пневмонії.

До того ж, щодо впливу COVID-19 на вагітну жінку існує занепокоєння, яке стосується потенційного ефекту на плід і результат народження; відтак, вагітні жінки потребують особливої уваги щодо профілактики, діагностування та ведення. Базовані на обмеженій кількості доступної на сьогодні інформації та наші знання про інші схожі вірусні легеневі інфекції, ці експертні думки запропоновано, щоб керуватися при клінічному веденні.

ДІАГНОСТИКА ІНФЕКЦІЇ ТА КЛІНІЧНА КЛАСИФІКАЦІЯ

Визначеннями випадків є ті, які включені в загальні керівні принципи ВООЗ: «Глобальний нагляд за хворобою COVID-19, спричиненим зараженням людини, новим штамом 2019 року».

1. Підозрілий випадок

а. Пацієнт із гострими респіраторними захворюваннями (лихоманка та хоча б одна ознака / симптом респіраторних захворювань (наприклад, кашель, задишка) ТА без іншої етіології, яка б повністю пояснювала клінічну картину ТА історію подорожі до або проживання в країні / області або території, яка повідомляє про місцеву передачу інфекції COVID-19 протягом 14 днів до появи симптомів; АБО

б. Пацієнт із будь-яким гострим респіраторним захворюванням ТА, який контактував (див. Визначення контакту нижче *) із підтвердженим або ймовірним випадком зараження COVID-19 за 14 днів до появи симптомів; АБО

с. Пацієнт із важкою гострою респіраторною інфекцією (лихоманка та хоча б одна ознака / симптом респіраторних захворювань (наприклад, кашель, задишка)) ТА кому потрібна госпіталізація ТА у кого немає іншої етіології, яка б повністю пояснювала клінічну картину.

2. Ймовірний випадок

Підозрілий випадок, щодо якого лабораторне тестування на COVID-19 є непереконливим.

3. Підтверджений випадок

Людина з лабораторним підтвердженням зараження COVID-19, незалежно від клінічних ознак та симптомів. Імовірно, що частка передач відбувається від випадків з легкими симптомами, які не погіршують загальний стан пацієнта. За таких обставин, у районах, де відбувається місцева передача, спостерігається все більша кількість випадків без визначеного ланцюга передачі і нижчий поріг підозри у пацієнтів із важкою гострою респіраторною інфекцією може бути рекомендований органами охорони здоров'я.

Будь-який підозрілий випадок повинен бути перевірений на інфекцію COVID-19, використовуючи доступні молекулярні тести, такі як кількісна полімеразна ланцюгова реакція зворотної транскрипції (qRT-PCR). Зразки нижніх дихальних шляхів, ймовірно, мають більш високу діагностичну цінність порівняно зі зразками верхніх дихальних шляхів для виявлення інфекції COVID-19.

ВООЗ рекомендує, якщо можливо, зразки нижніх дихальних шляхів, такі як мокрота, ендотрахеальний аспірат або бронхоальвеолярне промивання, збирати для тестування на COVID-19. Якщо у пацієнтів немає ознак чи симптомів захворювань нижніх дихальних шляхів або відбір зразків для захворювання нижніх дихальних шляхів клінічно показаний, але збір неможливий, слід збирати зразки верхніх дихальних шляхів із комбінованих назофарингеальних та орофарингеальних мазків. Якщо первинне тестування є негативним у пацієнта, який сильно підозрюється на зараження COVID-19, пацієнта слід повторно взяти на тестування, з інтервалом відбору проб не менше 1 дня та зразками, зібраними з різних ділянок дихальних шляхів (ніс, мокрота, ендотрахеальні змиви). Можуть бути зібрані додаткові зразки, такі як кров, сеча та стілець, щоб контролювати наявність вірусу та викид вірусу з різних відділень тіла. Якщо аналіз qRT-PCR негативний протягом двох послідовних тестів, інфекцію COVID-19 можна виключити.

**Визначення контакту.*

Контактна - це особа, яка бере участь у будь-якому з наступного:

- Надання прямого догляду за пацієнтами COVID-19 без використання належних засобів індивідуального захисту (ЗІЗ)
- Перебуваючи в тому ж тісному середовищі, що і пацієнт COVID-19 (включаючи обмін на робочому місці, в класі або домогосподарства, або відвідуючи ті самі збори).
- подорожувати в безпосередній близькості (в межах 1-2 метрів) до пацієнта COVID-19 в будь-якому виді транспорту.

ВООЗ надала вказівки щодо раціонального використання ЗІЗ для COVID-19.

Під час проведення аерозольних генеруючих процедур (наприклад, інтубація трахеї, неінвазивна вентиляція, серцево-легенева реанімація, ручна вентиляція перед інтубацією) медичним працівникам рекомендується використовувати респіратори (наприклад, N95, FFP2 або еквівалентний стандарт) зі своїм ЗІЗ 20,21. Центри контролю та профілактики захворювань (ЦПЗ) додатково розглядають процедури, які можуть викликати кашель (наприклад, індукція мокротиння, збір носоглоткових мазків та всмоктування), як аерозоль-генеруючі процедури, при проведенні яких в керівництві ЦПЗ передбачено можливість використання потужного повітроочисного респіратора (електричного), типу Powered air-purifying respirator (PARP).

РАДІОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ЛЕГЕНІВ У ВАГІТНИХ

Сканування грудної клітки, особливо КТ, має важливе значення для оцінки клінічного стану вагітної з інфекцією COVID-19. Затримка росту плода (ЗРП), мікроцефалія та інтелектуальна відсталість - найпоширеніші несприятливі наслідки впливу високої дози опромінення (> 610 мГр). За даними Американського коледжу радіології та Американського коледжу акушерів та гінекологів, коли вагітна жінка проходить одноразове рентгенологічне дослідження грудної клітки, доза опромінення плоду становить **0,0005-0,01 мГр**, що є незначною, а при проведенні КТ грудної клітки або КТ легеневої ангіограми доза опромінення плоду становить **0,01-0,66 мГр**.

КТ грудної клітки має високу чутливість для діагностики COVID-19. У вагітної з підозрою на інфекцію COVID-19 сканування КТ грудної клітки може розглядатися як основний інструмент для виявлення COVID-19 в епідемічних зонах. **Необхідно отримати усвідомлену згоду (спільне прийняття рішень) і нанести радіаційний щит на матку.**

ЛІКУВАННЯ ПРИ ВАГІТНОСТІ

Місце лікування

Підозрілі, ймовірні та підтверджені випадки зараження COVID-19 спочатку мають скеровуватись до визначених лікарень третинного рівня з діючими ізоляційними приміщеннями та захисним обладнанням. Підозрювані / ймовірні випадки треба лікувати в ізольованих, а підтверджені – в кімнатах ізоляції з негативним тиском. Підтверджений критичний випадок треба приймати в кімнати ізоляції з негативним тиском в відділенні інтенсивної терапії. Визначені лікарні повинні створити спеціалізовану операційну з негативним тиском та відділення для неонатальних ізоляцій. Усі медичні працівники повинні бути вдягнені в ЗІЗ (респіратор, окуляри, захисний щит для обличчя, хірургічний халат та рукавички), коли надають допомогу пацієнтам з підтвердженими випадками зараження COVID-19.

Однак у районах з широко розповсюдженою локальною передачею захворювання медичні служби, можливо, не можуть надати такий рівень допомоги всім пацієнтам з підозрою, ймовірним або підтвердженим випадкам. Вагітні з м'яким клінічним перебігом можуть спочатку не потребувати госпіталізації та можуть підлягати домашній ізоляції, за умови, що це можливо логістично і що можна забезпечити моніторинг стану жінки. Якщо ізоляційні палати з негативним тиском відсутні, після підтвердження інфекції COVID-19 пацієнтів слід ізолювати в одиночних боксах або об'єднати в групи. Для транспортування та передачі підтверджених випадків лікуюча медична група повинна вдягати ЗІЗ та тримати себе та свого пацієнта на відстані не менше 1–2 метрів від будь-яких осіб без ЗІЗ.

2. Підозрілі / ймовірні випадки

а. Загальне лікування: підтримка рідинного та електролітного балансу; симптоматичне лікування (наприклад: жарознижуючі, протидіарейні та інші лікарські засоби).

б. Спостереження:

(1) за вагітною: ретельний та пильний моніторинг життєвих ознак та рівня насичення киснем для мінімізації гіпоксії матері; проводити артеріальний аналіз крові та газу; повторне зображення грудної клітки (коли зазначено); регулярна оцінка загального аналізу крові, тестування функції печінки та нирок та тест на коагуляцію.

(2) за плодом: провести кардіотокографію (КТГ) для моніторингу частоти серцевих скорочень плода (ЧСС), коли вагітність становить ≥ 26 або ≥ 28 тижнів (залежно від місцевої практики), та при необхідності ультразвукову оцінку росту плоду та об'єму навколоплідних вод із доплерометрією кровоплину пупкової артерії. Зауважте, що пристрої для моніторингу та ультразвукове обладнання слід додатково продезінфікувати перед подальшим використанням.

(3) Вагітність слід вести відповідно до клінічних та ультразвукових досліджень, незалежно від термінів зараження під час вагітності. Усі візити для акушерських невідкладних ситуацій слід пропонувати відповідно до діючих місцевих протоколів. Усі подальші зустрічі слід відкласти на 14 днів або до появи позитивних результатів тестування (або двох послідовних негативних результатів тесту).

3. Підтверджені випадки

а. *Нетяжкий перебіг.*

(1) Підхід до підтримання рідинного та електролітного балансу, симптоматичне лікування та спостереження такий самий, як для підозрілих / можливих випадків.

(2) В даний час не існує перевіреного противірусного лікування пацієнтів із COVID-19, хоча антиретровірусні препарати терапевтично випробовуються на пацієнтах із вираженими симптомами. Якщо розглядається противірусне лікування, це слід робити після ретельного обговорення з вірусологами; вагітним пацієнткам слід ретельно проконсультуватися щодо можливих несприятливих наслідків противірусного лікування для самої пацієнтки, а також щодо ризику виникнення ЗРП.

(3) Необхідно проводити моніторинг бактеріальної інфекції (бакпосів крові, середня порція сечі самостійно або мікроскопія сечі та бакпосів при катетеризованому зборі) зі своєчасним використанням відповідних антибіотиків, коли є дані про вторинну бактеріальну інфекцію. Коли немає чітких доказів вторинної бактеріальної інфекції, слід уникати емпіричного або неналежного використання антибіотиків.

(4) Моніторинг плоду: проводять КТГ для моніторингу ЗРП, коли вагітність становить ≥ 26 – 28 тижнів, та при необхідності ультразвукову оцінку росту плоду та обсягу навколоплідних вод із доплерографією пупкової артерії.

б. *Важкий та критичний перебіг.*

(1) Ступінь тяжкості пневмонії COVID-19 визначається в настанові Товариства інфекціоністів Америки / Американського торакального товариства щодо пневмонії, набутої у громаді (додаток 1).

(2) Важка пневмонія пов'язана з високим рівнем материнської та пренатальної смертності, тому потрібне агресивне лікування, включаючи підтримку заходів з гідратацією, кисневою терапією та фізіотерапією. Випадок має вестись в ізольованій кімнаті з негативним тиском у відділенні інтенсивної терапії, пацієнтка має переважно перебувати у положенні на лівому боці, за підтримки мультидисциплінарної команди (акушери, спеціалісти материнсько-плодової медицини, реаніматологи, акушерські анестезіологи, акушерки, вірусологи, мікробіологи, неонатологи, інфекціоністи).

(3) Антибактеріальне лікування: відповідне лікування антибіотиками у поєднанні з антивірусним лікуванням слід негайно застосовувати при підозрі або підтвердженій вторинній бактеріальній інфекції після обговорення з мікробіологами.

(4) Моніторинг артеріального тиску та управління балансом рідини: у пацієнтів без септичного шоку слід вживати консервативних заходів щодо лікування дегідратації; у пацієнтів із септичним шоком, введення рідини та інотропів вимагається для підтримки середнього тиску на рівні ≥ 60 мм рт.ст. (1 мм рт.ст. = 0,133 кПа) та рівня лактату <2 ммоль / L39.

(5) Киснева терапія: додатковий кисень слід використовувати для підтримки насичення киснем $\geq 95\%$; кисень слід негайно застосовувати пацієнтам із гіпоксемією та / або шоком, а метод вентиляції повинен відповідати стану пацієнта та слідуючи вказівкам реаніматологів та акушерських анестезіологів.

(6) Моніторинг плоду: при необхідності слід проводити КТГ для моніторингу ЧСС, коли вагітність становить ≥ 26 –28 тижнів вагітності, а ультразвукову оцінку росту плоду та об'єм навколоплідних вод з пупковою артерією слід проводити, якщо це необхідно, до стабілізації стану пацієнтки.

(7) Медична індукція передчасних пологів має розглядатися міждисциплінарною групою у кожному конкретному випадку.

МЕНЕДЖМЕНТ ВАГІТНИХ

В даний час є обмежені дані про вплив на плід материнської інфекції COVID-19. Повідомлялося, що вірусна пневмонія у вагітних пов'язана із підвищеним ризиком передчасних пологів, ЗРП та пренатальної смертності. На підставі загальнонаціональних даних про населення було продемонстровано, що вагітні жінки з іншими вірусними пневмоніями ($n = 1462$) мали підвищений ризик передчасних пологів, ЗРП та новонародженого з низькою вагою та показниками Апгар <7 через 5 хв, порівняно з тими, що не мають пневмонії ($n = 7310$). У 2004 р. у серії випадків 12 вагітних із SARS-CoV у Гонконзі, Китай, повідомлялося про три випадки смерті матері, у чотирьох із семи пацієнтів, які представили в першому триместрі, відбувся спонтанний викидень, у чотирьох із п'яти пацієнтів передчасні пологи та дві матері видужали без пологів, але їх вагітність, що тривала, ускладнилася ЗРП. Вагітним жінкам із підозрою / ймовірною інфекцією COVID-19 або особам із підтвердженою інфекцією, яка протікає безсимптомно, або які одужують від легкої хвороби, слід контролювати 2–4-тижневу ультразвукову фетометрію плоду та об'єму навколоплідної рідини, якщо необхідно, доплерографію пупкової артерії. В даний час невідомо, чи існує ризик вертикальної передачі від матері до дитини. У дослідженні Chen et al., з дев'яти вагітних з COVID-19 в третьому триместрі, навколоплідні води, проби крові з пуповини та мазка з горла новонароджених, зібрані у шести пацієнтів, були перевірені та були негативні на COVID-19, що свідчить про відсутність доказів внутрішньоутробної інфекції, спричиненої вертикальною передачею у жінок, у яких в кінці вагітності розвинулась пневмонія COVID-19. Однак наразі немає даних про пренатальний результат, коли інфекція набута в першому та на початку другого триместру вагітності, і ці вагітності слід ретельно контролювати після одужання.

УЛЬТРАЗВУКОВЕ ОБЛАДНАННЯ

Після ультразвукового дослідження слід забезпечити очищення та дезінфекцію поверхонь датчиків відповідно до технічних характеристик виробника, враховуючи рекомендований «вологий час» для протирання датчиків та інших поверхонь дезінфекційними засобами. Врахуйте можливість використання захисних кришок для датчиків та кабелів, особливо коли там є інфіковані ураження шкіри або коли потрібне трансвагінальне сканування. У разі високої зараженості обладнання необхідна ретельна глибока дезінфекція обладнання. Переважним є сканування на ліжку; якщо пацієнтка потребує сканування в клініці, це слід зробити в кінці черги, оскільки приміщення та обладнання згодом потребуватимуть глибокого прибирання. Переробка зондів повинна бути задокументована для відстеження.

МЕНЕДЖМЕНТ ДОПОМОГИ ПОРОДІЛЛІ

1. Інфекція COVID-19 сама по собі не є показанням до розродження, якщо тільки немає необхідності покращити оксигенацію у матері. При підозрілих, ймовірних та підтверджених випадках зараження COVID-19 пологи слід проводити в ізоляційній палаті під негативним тиском. Терміни та спосіб родорозрішення повинні бути індивідуалізованими, залежно головним чином від клінічного стану пацієнтки, віку гестації та стану плода. У випадку, якщо в інфікованої жінки спонтанно почалися пологи з оптимальним прогресом, їй можна пустити в вагінальні пологи. Скорочення другої фази вагінальних пологів шляхом фундального натискання може розглядатися, оскільки активні потуги під час носіння хірургічної маски жінці можуть бути важкими. Що стосується вагітної жінки без діагнозу зараження COVID-19, але яка може бути безсимптомним носієм вірусу, ми закликаємо бути обережними щодо практики фундального натискання під час носіння хірургічної маски, оскільки незрозуміло, чи є підвищений ризик впливу на будь-якого медичного працівника, який бере участь в пологах без ЗІЗ, через те, що сильний видих може значно знизити ефективність маски для запобігання розповсюдження вірусу дихальними крапельками. Індукція пологів може розглядатися тоді, коли шийка матки сприятлива, але має бути низький пороговий рівень прискорення пологів, коли виникає дистрес плода, слабкість пологової діяльності та / або погіршення стану матері при стимуляції пологової діяльності. Септичний шок, гостра поліорганна недостатність або дистрес плода є показаннями до проведення екстреного кесарського розтину (або термінація вагітності, якщо це законно, при життєздатному плоді) . Для захисту медичного персоналу треба уникати пологів у воді. Може бути проведена як регіональна, так і загальна анестезія, залежно від клінічного стану пацієнтки та після консультації з акушерським анестезіологом.

2. Для недоношених вагітностей, що потребують пологів, ми закликаємо **бути обережними** щодо використання антенатальних стероїдів (дексаметазону або бетаметазону) для дозрівання легенів плода у важкохворих пацієнтів, оскільки це може потенційно погіршити клінічний стан, а введення антенатальних стероїдів затримало б пологи, які потрібні при веденні таких пацієнток. Застосування антенатальних стероїдів слід розглянути на консиліумі з фахівцями-інфекціоністами, спеціалістами материнсько-плодової медицини та неонатологами. У випадку, коли інфікована жінка має спонтанні передчасні пологи, токолітики не слід застосовувати, намагаючись затримати пологи з метою введення антенатальних стероїдів.

3. Ембріони / плоди та плаценти після викиднів інфікованих COVID-19 вагітних жінок слід розглядати як інфіковані тканини та проводити їх утилізацію належним чином; по можливості слід провести тестування цих тканин на COVID-19 за допомогою qRT-PCR.

4. Що стосується неонатального ведення підозрілих, ймовірних та підтверджених випадків інфікування COVID-19 у матері, пуповину слід негайно затиснути, а новонародженого перевести у зону реанімації для оцінки стану неонатологами. Немає достатніх доказів щодо того, чи затримка затискання пуповини збільшує ризик інфікування новонародженого шляхом прямого контакту. У підрозділах, де рекомендується віддалене затискання пуповини, клініцисти повинні вирішити, чи слід продовжувати цю практику. Наразі також недостатньо доказів щодо безпеки годування груддю та необхідності розлучення матері / дитини. Якщо мати має виражений перебіг або критичний стан, **розлучення виявляється найкращим варіантом із зцідуванням грудного молока, для підтримки лактації**. Слід дотримуватися обережності щодо очищення молоковідсмоктувачів. Якщо пацієнтка безсимптомна або має слабку симптоматику, годування груддю та сумісне перебування з

новонародженим може бути запропоновано матері за рішенням медичних працівників, або може бути необхідним, якщо обмеження в установах перешкоджають розлученню матері / дитини. Оскільки головне занепокоєння полягає в тому, що вірус може передаватися дихальними крапельками, а не через грудне вигодовування, матерям, що годують грудьми, слід обов'язково мити руки та носити тришарову хірургічну маску, перш ніж торкатися дитини. У разі сумісного перебування дитяче ліжечко слід тримати не менше 2 метрів від ліжка матері, і може використовуватися фізичний бар'єр, такий як ширма.

5. Необхідність відокремлювати матерів, які мають інфекцію COVID-19, від своїх новонароджених, внаслідок чого вони не можуть безпосередньо годувати грудьми, може перешкоджати ранньому зв'язку, а також встановленню лактації. Ці фактори неминуче спричинять додатковий стрес для матерів у післяпологовий період. Окрім турботи про фізичне самопочуття пацієнток, медичні працівники повинні враховувати психічне самопочуття цих матерів також, виявляючи відповідну стурбованість та надаючи підтримку при необхідності.

ПЕРИНАТАЛЬНИЙ ВПЛИВ ІНФЕКЦІЇ COVID-19

Лихоманка часто зустрічається у хворих на COVID-19. Попередні дані продемонстрували, що материнська лихоманка на ранніх термінах вагітності може викликати вроджені вади розвитку, пов'язані з нервовою трубкою, серцем, нирками та іншими органами плода. Однак нещодавнє дослідження, що включило в себе 80 321 вагітних жінок, показало, що частота лихоманки на ранніх термінах вагітності становила 10%, тоді як частота вад розвитку плоду в цій групі становила 3,7%. Серед 77 344 життєздатних вагітностей з даними, зібраними на 16–29 тижні гестації, у 8321 вагітній жінки з повідомленням про температуру > 38 ° C, що тривало 1–4 дні на ранніх термінах вагітності, порівняно з вагітними без гарячки на ранніх термінах, загальний ризик вад розвитку плоду не збільшувався (коефіцієнт шансів = 0,99 (95% CI, 0,88-1,12)). Попередні дослідження не повідомляли про наявність вродженої інфекції на SARS-CoV, і в даний час немає даних про ризик вроджених вад розвитку при COVID -19 інфекції у матері під час першого або раннього другого триместру вагітності, однак для вагітних з підозрою, ймовірною або підтвердженою інфекцією COVID-19 показано детальне сканування анатомії плода на 18–24 тижнях вагітності.

ЗАГАЛЬНІ ЗАХОДИ

В даний час не існує ефективних лікарських засобів або вакцин для запобігання COVID-19. Тому слід враховувати особистий захист, щоб мінімізувати ризик зараження вірусом.

1. Пацієнти та медичні працівники

- Дотримуйтесь належної особистої гігієни: свідомо уникайте тісного контакту з іншими під час епідемічного періоду COVID-19, зменшуйте участь у будь-яких зборах, на яких відстань не менше ніж 1 метр між людьми не підтримується, зверніть увагу на миття рук та часто користуйтеся засобом для дезінфекції рук (з 70% концентрація алкоголю).
- Деякі національні органи охорони здоров'я та деякі лікарняні системи рекомендують носити тришарову хірургічну маску під час відвідування лікарні чи іншої зони підвищеного ризику.
- негайно зверніться за медичною допомогою для своєчасної діагностики та лікування при таких симптомах, як лихоманка та кашель.

2. Медичні працівники

- Врахуйте можливість розміщення навчальної інформації (брошури, плакати) у місцях очікування.
- Складіть плани сортування для скринінгу. У підрозділах, у яких облаштовано зону сортування, персонал повинен мати відповідні засоби захисту та суворо дотримуватися гігієни рук.
- Всіх вагітних пацієнок, які відвідують лікарню або для амбулаторних відвідувань, слід оцінювати та обстежувати на наявність симптомів та факторів ризику на основі історії подорожей, професії, останніх контактів та відвідувань скупчень людей. (Додаток 2)
- **Вагітним з відомими факторами ризику та людям із легкою або безсимптомною інфекцією COVID-19 слід перенести плановий амбулаторний візит та планове проведення УЗД на 14 днів. Врахуйте зменшення кількості відвідувачів відділення.**
- У підрозділах, в яких проводиться рутинний скринінг на стрептокок групи В, забір мазків має бути відкладений на 14 днів у вагітних із факторами ризику, або його слід проводити лише після негативного результату тесту на COVID-19 у підозрілих/ймовірних випадках або після одужання у підтвердженому випадку COVID-19. Профілактична антибіотикотерапія в пологах у всіх жінок з антенатальними або внутрішньоутробними факторами ризику інфікування стрептококом групи В є альтернативою.
- Після обстеження в зоні сортування вагітні пацієнтки з факторами ризику інфікування мають бути поміщені в ізоляцію для подальшої оцінки.
- Медичний персонал, який контактує з підозрілими, ймовірними або підтвердженими випадками пацієнтів із COVID-19, повинен ретельно стежити за підвищенням температури або іншими ознаками зараження і не повинен працювати, якщо має якісь симптоми COVID-19. Поширеними симптомами на початку хвороби є підвищення температури, сухий кашель, міалгія, втома, задишка та анорексія. Деякі національні органи охорони здоров'я та лікарняні системи рекомендують, щоб медичний персонал, призначений для надання допомоги пацієнтам з підозрілими, ймовірними або підтвердженими випадками COVID-19, зводив до мінімуму контакт з іншими пацієнтами та колегами з метою зменшення ризику впливу та можливої передачі.
- Медичний персонал, який несподівано піддався впливу, не маючи ЗІЗ, вагітної /пацієнта інфікованого COVID-19, повинен пройти карантин або самоізолюватися протягом 14 днів.
- Вагітні медичні працівники повинні дотримуватися рекомендацій щодо оцінки ризику та боротьби з інфекцією після впливу пацієнтів із підозрою, ймовірною або підтвердженою інфекцією COVID-19.

КЛЮЧОВІ МОМЕНТИ ДЛЯ ВРАХУВАННЯ

1. Вагітних з підтвердженою інфекцією COVID-19 слід скеровувати на лікарні третинного рівня, і вони повинні бути поінформовані про ризик несприятливих наслідків вагітності.
2. Палати ізоляції з негативним тиском повинні бути створені для безпечних пологів, народження та догляду за новонародженими.
3. Під час епідемічного періоду COVID-19 детальну інформацію щодо останніх подорожей, занять, роботи, контактів та відвідування скупчення людей (тобто фактори ризику) та клінічних проявів слід регулярно отримувати від усіх вагітних, які відвідують відділення для планового амбулаторного візиту.
4. Зображення грудної клітки, особливо КТ, повинно включатись в обстеження вагітних жінок із підозрою, ймовірною або підтвердженою інфекцією COVID-19.
5. Підозрілі / ймовірні випадки слід обстежувати в окремих(ізольованих) приміщеннях, а підтверджені випадки слід скеровувати в ізоляційні палати з негативним тиском. Жінку з підтвердженою інфекцією, яка перебуває у критичному стані, слід направити до ізоляційної палати з негативним тиском у відділенні інтенсивної терапії.

6. Антенатальне спостереження та пологи у вагітних, інфікованих COVID-19, слід проводити в ізоляційній палаті з негативним тиском в палаті. Рух людей навколо/в межах цієї кімнати повинен бути обмежений, коли в вона зайнята інфікованим пацієнтом.
7. Всі медичні працівники, які беруть участь у лікуванні заражених жінок, повинні одягати ЗІЗ відповідно з вимогами.
8. Менеджмент інфікованих COVID-19 вагітних повинен здійснюватися мультидисциплінарною командою (акушери, спеціалісти материнсько-плодової медицини, реаніматологи, акушерські анестезіологи, акушерки, вірусологи, мікробіологи, неонатологи, інфекціоністи).
9. Терміни та спосіб родорозрішення повинні бути індивідуалізованими, залежно головним чином від клінічного стану пацієнтки, віку гестації та стану плода.
10. Можна використовувати як регіональну, так і загальну анестезію, залежно від клінічного стану пацієнтки та після консультації з акушерським анестезіологом.
11. В даний час обмежені дані говорять про відсутність доказів вертикальної передачі від матері до дитини жінкам, які заражаються інфекцією COVID-19 в кінці вагітності.
12. Наразі недостатньо доказів щодо безпеки грудного вигодовування та необхідності розлучення матері / дитини. Якщо мати має тяжкий перебіг або критичний стан, розлучення виявляється найкращим варіантом із зцідженням грудного молока, для підтримки вироблення молока. Якщо пацієнтка безсимптомна або має слабку симптоматику, годування груддю та сумісне перебування з новонародженим може розглядатися матір'ю спільно з надавачами медичної допомоги.
13. Медичні працівники, які займаються акушерською допомогою, та лікарі, які проводять акушерські ультразвукові обстеження, повинні пройти навчання щодо правильного використання респіраторів та / або потужного повітроочисного респіратора (електричного), типу Powered air-purifying respirator (PARP).
14. Після проведення ультразвукового сканування вагітної з підозрілим, ймовірним або підтвердженим випадком інфекції COVID-19, поверхні датчиків слід очистити та продезінфікувати відповідно до технічних характеристик виробника, враховуючи рекомендований «вологий час» для протирання датчиків та інших поверхонь дезінфекційними засобами.

СПИСОК ДЖЕРЕЛ

Просимо звернутись до оригіналу за посиланням

Оригінал <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/uog.22013>

ISUOG Interim Guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals