



Інфекція COVID-19 під час вагітності

Керівництво RCOG, RCM спільно з RCPCH та RCoA

Версія 10.1, опублікована 19 червня 2020 р.

До вашої уваги представлені Рекомендації по веденню вагітності, пологів та післяпологового періоду під час пандемії COVID-19, розроблені спеціалістами Королівського коледжу акушерів та гінекологів (RCOG), Королівського коледжу акушерок (RCM) спільно зі спеціалістами Королівського коледжу педіатрії та здоров'я дітей (RCPCH), Королівського коледжу анестезіологів (RCoA).

1. Призначення та сфера застосування

Керівництво призначене для надання рекомендацій медичним працівникам, які здійснюють патронаж вагітних під час пандемії COVID-19.

Головні пріоритети надання допомоги за цих умов:

- по-перше, зменшення передачі COVID-19 вагітним жінкам;
- по-друге, надання безпечної, персоналізованої та орієнтованої на жінку допомоги під час вагітності, пологів та раннього післяпологового періоду під час пандемії COVID-19;
- по-третє, надання безпечної, персоналізованої та орієнтованої допомоги вагітним та жінкам після пологів із підозрою/підтвердженим інфікуванням COVID-19.

Це керівництво є динамічним документом, який оновлюється по мірі отримання нової інформації і буде регулярно переглядатися при появі нових доказів.

1.1. Ідентифікація та оцінка доказів

Через швидку мінливість ситуації, пов'язану з пандемією COVID-19, на даний час існує нестача якісних доказів. Наприклад, використовуючи керівництво Шотландської міжколегіальної мережі з розробки клінічних рекомендацій (SIGN), чимало досліджень класифікували на рівень 3 або 4 (неаналітичні дослідження, а саме серії клінічних кейсів/звіти та думка експертів), а декілька останніх — на рівень 2 (систематичні огляди когортних досліджень) [2]. Рекомендації, що ґрунтуються на цих доказах, оцінюються як «D», а в деяких випадках — як приклади позитивної практики, котрі були визначені на основі висновків експертів з різних дисциплін, що переглядають наявні дані із серії клінічних кейсів, поточних досліджень та клінічної практики.

1.2. Епідеміологія

SARS-CoV-2 — новий штам коронавірусу, що викликає COVID-19, вперше виявлений у м. Ухань (Китай) наприкінці 2019 р. [3].

WHO публікує щоденний міжнародний звіт про ситуацію з додатковою інформаційною панеллю для надання даних по окремих країнах.

1.3. Механізм та фактори передачі

Більшість випадків COVID-19 свідчать про те, що вірус передається від людини до людини. Він може бути легко виділений з мокротиння, фекалій та фомітів (предметів). Відомо, що передача вірусу відбувається при тісному контакті з інфікованою людиною (у межах 2 м) або через контакт із забрудненими поверхнями. Ризик зараження COVID-19 у вагітних не вищий, ніж у загальній популяції [5, 6].

Під час вагітності змінюється стан імунної системи в цілому, в т.ч. й імунна відповідь на вірусні інфекції, що іноді може бути причиною більш тяжких клінічних проявів захворювання. Це може стосуватися й інфекції COVID-19, але натепер немає доказів того, що вагітні важче переносять це захворювання або частіше потребують госпіталізації у відділення інтенсивної терапії, ніж інші пацієнти [7].

Нові дані свідчать про те, що вертикальна передача вірусу (передача від жінки до дитини антенатально або внутрішньоутробно) можлива [8], однак існують серйозні обмеження щодо наявних доказів [9]. У двох звітах було опубліковано докази наявності IgM до SARS-CoV-2 у сироватці крові новонароджених [10, 11]. Враховуючи те, що IgM не проникають через плаценту, можна припустити наявність неонатальної імунної відповіді на внутрішньоутробну інфекцію. У такому разі невідомо, чи була наявність IgM результатом перехресної реактивності, оскільки не було виявлено SARS-CoV-2 у мазках з носоглотки немовляти, в піхвових виділеннях матері або грудному молоці шляхом проведення ПЛР [9, 12]. У проміжному звіті Системи акушерського нагляду у Великій Британії (UKOSS) у 2,5% немовлят (n = 6) мазок з носоглотки на COVID-19 протягом 12 год від народження був позитивний [13]. У систематичному огляді 24 вагітних із COVID-19 не було виявлено доказів наявності SARS-CoV-2 при ПЛР-тестуванні плаценти, навколоплідних вод, пуповинної крові або грудного молока [14]. Проте подальше дослідження вертикальної передачі COVID-19 триває [9].

1.4. Вплив COVID-19 на вагітних

Відомо, що вагітні не обов'язково є більш сприйнятливими до вірусних захворювань, проте фізіологічні зміни їхньої імунної системи можуть бути пов'язані з більш тяжкими симптомами [15]. Особливо це стосується жінок у III триместрі вагітності.

Більшість вагітних з COVID-19 мають лише помірні або легкі, подібні до ознак застуди, симптоми: кашель, лихоманку, задишку, головний біль, аносмію та втрату смаку [16]. Більш тяжкі симптоми, які свідчать про пневмонію та виражену гіпоксію, широко описані при інфікуванні COVID-19 людей старшого віку, пацієнтів з імуносупресією, хронічними захворюваннями, такими як цукровий діабет; онкологічними захворюваннями або хронічними захворюваннями легень [17].

Симптоми тяжкого перебігу інфекції COVID-19 не відрізняються у вагітних жінок. При їх наявності раннє виявлення та оперативне лікування є ключовим у збереженні життя та здоров'я майбутньої матері та плода.

Двадцятого березня 2020 р. UKOSS створила реєстр усіх вагітних, які потрапляють до лікарень Великої Британії з підтвердженою інфекцією COVID-19. Проміжний звіт був опублікований 8 червня [13]. На той момент були доступними повні дані стосовно 427 вагітних з підтвердженою інфекцією SARS-CoV-2, які потрапили до лікувального закладу в період між 1 березня та 14 квітня. Рівень госпіталізації становив 4,9 (95% довірчий інтервал [ДІ]: 4,5–5,4) на 1000 пацієнтів. Жінки, включені до звіту, поступали до лікарні з багатьох причин, включаючи тяжкі симптоми COVID-19 або інші акушерські показання (наприклад пологи та народження) за наявності інфекції COVID-19. Невідомо, яка частка пацієнток була прийнята через COVID-19, а яка з інших причин. Із 427 вагітних 9% потребували критичного догляду 3-го рівня; чотири жінки (< 1%) отримували екстракорпоральну мембранну оксигенацію [13]. П'ять жінок, включених до звіту, померли, що свідчить про рівень материнської смертності, пов'язаної з SARS-CoV-2; 5,6 (95% ДІ: 1,8–13,1) на 100 000 матерів порівняно з рівнем материнської смертності у Великій Британії – 9,2 на 100 000 з 2015 по 2017 р. [20]. Чи є ці випадки прямим результатом інфекції COVID-19, наразі незрозуміло, і ці дані, ймовірно, будуть оновлені в майбутньому [13].

За даними UKOSS, більшість ($n = 342$, 81%) жінок були госпіталізовані в III триместрі або в перипартальний (навколопологовий) період. Середній термін гестації госпіталізованих становив 34 тиж (міжквартильний розмах (IQR) 29–38). Серед цих жінок 42% не потребували передчасного розродження, і вони були виписані з лікарні.

Серед жінок, які народжували у зазначений період, у 59% був проведений кесарів розтин, і приблизно половині він був показаний у зв'язку

з дистресом плода. Решта були проведені з акушерських причин (наприклад порушення пологової діяльності, попередній кесарів розтин) або за бажанням матері (6%). Серед жінок, які перенесли кесарів розтин, 20% потребували загальної анестезії через тяжкі симптоми COVID-19 або терміновість розродження [13].

Двадцятого травня 2020 р. у Великій Британії Національний аудиторський та дослідницький центр інтенсивної терапії (ICNARC) опублікував щотижневий звіт про осіб з COVID-19, які потребували невідкладної допомоги у відділеннях інтенсивної терапії [7]. Серед 9347 пацієнтів, які потрапили до закладів невідкладної допомоги з діагнозом COVID-19, 23 жінки були вагітними та 34 нещодавно вагітними (протягом останніх 6 тиж). Також було зареєстровано сім випадків тяжкої інфекції COVID-19 у жінок під час розродження, які потребували штучної вентиляції легень та екстракорпоральної мембранної оксигенації, і 21 смертельний випадок [13, 22–24].

1.5. Фактори, які підвищують ризик госпіталізації вагітних з COVID-19

До факторів, які підвищують ризик госпіталізації вагітних з COVID-19, відносяться:

- приналежність до негроїдної, монголоїдної рас, етнічних меншин (BAME);
- зайва вага або ожиріння;
- попередня коморбідність;
- вік матері > 35 років.

Характеристики осіб, які потрапили до лікарні з COVID-19 за даними дослідження UKOSS, порівнювались з інформацією про жінок, які народжували між 1 листопада 2017 та 30 жовтня 2018 р. ($n = 694$). Вагітні, які були госпіталізовані з COVID-19 під час пандемії 2020 р., найімовірніше належали до представників BAME (скориговане відношення шансів (aOR) 4,59; 95% ДІ: 3,37–6,00), мали попередню коморбідність (aOR 1,52; 95% ДІ: 1,12–2,06), вік > 35 років (1,35 aOR; 95% ДІ: 1,01–1,81), надмірну вагу (індекс маси тіла [ІМТ] 25–29 $\text{кг}/\text{м}^2$) або ожиріння (ІМТ 30–39 $\text{кг}/\text{м}^2$; aOR 1,91; 95% ДІ: 1,37–2,68 та aOR 2,20; 95% ДІ: 1,56–3,10 відповідно) [13].

За оцінками експертів, на дефіцит вітаміну D страждає понад 1 млрд людей у всьому світі [29, 30]. Підраховано, що до 94% населення Південної Азії у Великій Британії страждає на дефіцит вітаміну D взимку [31]. Дефіцит вітаміну D асоціюється з гострим респіраторним дистрес-синдромом, який спостерігається при інфекції COVID-19. Останнім часом вважається, що добавки з вітаміном D є корисними для зниження ризику інфекцій дихальних шляхів, хоча дані обмежені [32].

На додаток до дослідження UKOSS, яке показало, що вагітні з ІМТ $\geq 25 \text{ кг}/\text{м}^2$ частіше потрапляють до лікарні з COVID-19, результати інших досліджень підтвердили подібну тенденцію серед пацієнток з ІМТ > 25 $\text{кг}/\text{м}^2$.



У дослідженні UKOSS такі захворювання, як цукровий діабет, були пов'язані з більш частою госпіталізацією вагітних з COVID-19 [13]. Тому зміна способу життя, регулярні фізичні навантаження, здорове харчування та прийом добавок з вітаміном D рекомендовані не лише під час вагітності, а протягом усього життя для запобігання ожирінню, цукровому діабету 2-го типу та дефіциту вітаміну D.

1.6. Вплив COVID-19 на плід

Наразі немає даних, які б свідчили про підвищений ризик викидня внаслідок впливу на плід COVID-19. Звіти про дослідження клінічних випадків вагітностей пов'язаних з інфікуванням SARS-CoV та MERS-CoV, не продемонстрували значної залежності між інфекцією та підвищеним ризиком викидня або невиношування вагітності у II триместрі [36].

У когорті UKOSS середній вік гестації при народженні становив 38 тиж (IQR36–39 тиж). У 27% породіль відбулися передчасні пологи, 47% – потребували лікарського втручання за показаннями з боку матері, а 15% – з боку плода; 10% доношених дітей потребували госпіталізації у відділення для новонароджених. Позитивний тест на SARS-CoV-2 протягом перших 12 год після народження мали шестеро (2,5%) новонароджених, троє з них були народжені достроково шляхом кесаревого розтину, а один вимагав госпіталізації у відділення для новонароджених. Згідно з повідомленням, залишилось незрозумілим, чи були два перинатальні смертельні випадки пов'язані із супутньою інфекцією COVID-19 у матері [13].

Одне з досліджень показало, що серед 71 новонародженого від жінок з інфекцією COVID-19 у III триместрі, у чотирьох (5,6%) дітей було діагностовано неонатальну інфекцію, підтверджену за допомогою ПЛР крові, протягом 48 год після народження [8].

2. Антенатальна допомога під час пандемії COVID-19

2.1. Основні особливості організації антенатальної допомоги

Рекомендації

- Жінкам слід продовжувати допологове спостереження у лікаря у звичайному режимі, який може бути модифікований, якщо особа дотримується режиму самоізоляції при підозрі або інфікуванні COVID-19.
- Модифікація послуг необхідна, щоб надати допомогу жінкам, які дотримуються умов соціального дистанціювання, для зниження ризику передачі COVID-19 між вагітними, персоналом та іншими відвідувачами клініки/лікарні, а також щоб надати допомогу жінкам, які перебувають на самоізоляції при підозрі/підтвердженій інфекції COVID-19, за необхідності відвідування лікарні.
- Перевірка артеріального тиску та аналізи сечі є обов'язковими.

- У всіх можливих випадках рекомендовано проводити теле- або відеоконференції.
- Якщо особистий прийом необхідний (наприклад для забору аналізу крові, обстеження вагітної або проведення УЗД), його слід одразу об'єднати з іншими необхідними обстеженнями для зменшення повторних відвідувань клініки.
- Особливу увагу слід приділяти вагітним, які дотримуються соціальної ізоляції. Їх необхідно забезпечити маскою під час відвідування лікарні і надати можливість для очікування прийому, окремого від інших жінок.
- Жінок, які дотримуються соціальної ізоляції, при відвідуванні лікарні слід ізолювати в одиночних палатах.
- Пацієнтки повинні мати можливість повідомити лікаря про самоізоляцію у зв'язку з підозрою або інфікуванням COVID-19, використовуючи стандартні телефонні номери.
- Слід створити систему для виявлення, підтримки та спостереження за жінками, які пропустили візит до лікаря.
- Підрозділи повинні призначити групу клініцистів для координації догляду за жінками, які були змушені пропустити відвідування лікаря через самоізоляцію або позитивний тест на COVID-19. Пропущені зустрічі рекомендовано перенести, якщо необхідний огляд лікаря віч-на-віч або провести зустріч онлайн.

Короткий зміст доказів

та обґрунтування рекомендацій

Антенатальний патронаж є надзвичайно важливим, адже результати досліджень Великої Британії та міжнародних досліджень показали, що особи, які уникають допологового спостереження, мають підвищений ризик материнської смертності, мертвонародження та інших несприятливих перинатальних наслідків [37, 38]. Антенатальну та постнатальну допомогу слід розглядати як найважливішу, а жінкам рекомендувати не пропускати візити до лікаря, дотримуючись поточних заходів соціального дистанціювання.

З рекомендаціями щодо соціального дистанціювання можна ознайомитися на сайті уряду Великої Британії [39].

Позитивною практикою є організація антенатального догляду у такий спосіб, аби максимально зменшити кількість візитів вагітної до лікарні для отримання медичної допомоги. Цього можна досягти, якщо проводити одночасно консультації і обстеження в одній клініці, аби мінімізувати візити до лікарні, а також пропонуючи онлайн-консультації у доцільних випадках.

2.2 Правила проведення антенатального патронажу

Рекомендації

- Лікарі і медичний персонал повинні бути забезпечені належними засобами індивідуального захисту (ЗІЗ).

- Усім жінкам та будь-яким супроводжуваним відвідувачам (де це дозволено) слід рекомендувати носити захисні медичні маски відповідно до національних рекомендацій.
- Докази свідчать про те, що пацієнти — представники ВAME мають вищий ризик розвитку тяжких ускладнень COVID-19. Імовірно, це стосується і вагітних. Тому рекомендується наступне:
 - жінок, які належать до ВAME, попередити, що вони можуть мати високий ризик ускладнень COVID-19;
 - лікарі повинні усвідомлювати цей підвищений ризик та швидше вирішити щодо прийому до відділення і надання допомоги пацієнткам, які належать до ВAME;
 - при реорганізації служб пологові відділення повинні чітко усвідомлювати, що пацієнтки, які належать до ВAME, мають особливий ризик розвитку тяжкого та небезпечного для життя перебігу COVID-19;
 - необхідно заохочувати онлайн-консультації, використовуючи послуги перекладача, де це доречно, щоб мінімізувати контакт наодинці.
- Жінкам необхідно рекомендувати завчасно звертатися до служб екстреної допомоги, якщо їх турбує власне самопочуття або здоров'я дитини.
- Тестування на концентрацію оксиду вуглецю у вагітних у цей період має бути призупинено.
 - Рекомендовано вияснити та задокументувати, чи палить жінка при взятті на облік та на 36-му тижні вагітності. Також важливо надати короткі поради особам, які палять, та направити їх до спеціалізованої служби боротьби з палінням.
- Пацієнток необхідно продовжувати заохочувати вживати добавки з фолієвою кислотою та вітаміном D відповідно до стандартних рекомендацій.
- Клініки повинні знати про підвищений ризик побутового насильства під час вагітності, який посилюється під час цієї пандемії. Жінок слід заохочувати ділитися будь-якими турботами при кожній нагоді та надавати їм поради щодо того, як отримати доступ до підтримки, якщо це потрібно.
- У пацієнток необхідно з'ясовувати стан їхнього психічного здоров'я при кожному контакті. Особам, які потребують подальшої підтримки, необхідно рекомендувати підписатися на інформаційні ресурси, які допомагають із подоланням стресу і психічних проблем онлайн.

2.3. Ведення вагітності у жінок, які мають підозру/підтверджену інфекцію COVID-19

У випадку, якщо жінка телефонує у жіночу консультацію, повідомляючи про симптоми захворювання, схожого на COVID-19, рекомендовано:

- провести диференційний діагноз: визначити, чи наявні у пацієнтки лихоманка, кашель, зміна або втрата нюху/смаку або задишка. Ці симптоми можуть спостерігатися як при COVID-19, так і при інфекціях сечовидних шляхів, хоріоамніоніті та легеневій емболії;
 - рекомендувати вагітній самостійно звернутись до національної служби для проведення тестування.
- Для осіб з підозрою/підтвердженою інфекцією COVID-19, у яких виникає необхідність відвідування клініки, рекомендовано:*
- за можливості використовувати приватний транспорт;
 - якщо вагітна потребує невідкладної допомоги, оператор має попередити бригаду, що у неї або членів її родини є симптоми COVID-19;
 - жінка повинна повідомити про свій візит за телефоном перед тим, як потрапити до приміщення лікарні;
 - біля входу до пологового будинку особу має зустріти персонал у відповідних ЗІЗ, бажано забезпечений стійкими до рідини хірургічними масками;
 - персонал, який надає медичну допомогу, повинен дотримуватись заходів безпеки і використовувати ЗІЗ відповідно до національних рекомендацій;
 - пацієнтку потрібно негайно супроводити до ізолюваної палати, у якій можна буде здійснити необхідні медичні втручання;
 - вагітній не слід знімати маску, поки її не ізолюють;
 - у приміщенні для ізоляції може заходити лише відповідний персонал;
 - в ізоляційних приміщеннях має бути мінімум відвідувачів [15];
 - рекомендовано прибрати усі непотрібні речі з кімнати ізоляції до приїзду вагітної (це стосується й інших палат, в яких жінка проводить час при відвідуванні лікарні, наприклад кабінет для рентгенологічних обстежень);
 - усі поверхні повинні бути очищені після використання відповідно до чинних рекомендацій.

2.3. Антенатальна допомога жінкам, які одужали від COVID-19

Рекомендації

- Жінкам, які перенесли COVID-19 із симптомами легкого або помірного ступеня тяжкості і не потребували госпіталізації, антенатальний патронаж повинен проводитися без змін.
- Вагітним, які пропустили візит до лікаря через самоізоляцію, необхідно забезпечити можливість потрапити на прийом якомога раніше після закінчення періоду самоізоляції.
- Особам, які тяжко перенесли інфекцію COVID-19 і потребували госпіталізації для проведення підтримуючої терапії, рекомендований постійний антенатальний нагляд, який слід спланувати разом з лікарем-акушером.



- Жінкам після перенесеної тяжкої інфекції COVID-19 слід запропонувати УЗД стану плода приблизно через 14 днів після одужання, якщо тільки не існує клінічної причини для більш ранньої діагностики (наприклад затримка росту плода).

*Короткий зміст доказів
та обґрунтування рекомендацій*

Наразі існує замало доказів, які б свідчили про необхідність особливого догляду за вагітними, які перенесли COVID-19 із симптомами легкого або помірного ступеня тяжкості. Жінкам, які одужали, слід надалі проводити антенатальний патронаж.

Хоча ще немає доказів того, що затримка росту плода є наслідком COVID-19, у двох третин вагітних із тяжким гострим респіраторним синдромом (SARS) спостерігалася дана патологія, тому УЗД стану плода через 14 днів після одужання є вкрай необхідним [56, 57].

3. Профілактика венозного тромбоемболізму (ВТЕ)

3.1. Яким чином слід проводити профілактику ВТЕ під час пандемії COVID-19?

Рекомендації

- Жінки, які перебувають на самоізоляції вдома, повинні постійно дотримуватися питного та рухового режимів.
- Оцінка ризику ВТЕ під час вагітності має проводитися відповідно до рекомендацій № 37а Королівського коледжу акушерства та гінекології (RCOG). Оскільки інфікування SARS-CoV-2 є фактором ризику ВТЕ, переоцінку ризику рекомендовано проводити одразу після встановлення факту інфікування вагітної.
- Пацієнткам, яким була призначена тромбопрофілактика, слід її продовжувати.
- Якщо вагітну або лікаря, що спостерігає вагітність, турбує імовірність виникнення ВТЕ під час самоізоляції, необхідно провести клінічну оцінку ризику ВТЕ під час візиту пацієнтки до лікаря або ж віддалено та призначити адекватну тромбопрофілактику за необхідності.
- Місцеве лікування має супроводжуватися введенням низькомолекулярних гепаринів.
- Вагітні, які амбулаторно лікуються від COVID-19 та яким була призначена тромбопрофілактика, повинні продовжувати її до моменту одужання (7-14 днів). При веденні вагітності у жінок із супутньою патологією або обмеженою рухливістю слід отримати консультацію у фахівця, досвідченого у питаннях ВТЕ.
- Усі вагітні з підозрою/підтвердженою інфекцією COVID-19 повинні отримати профілактичні дози низькомолекулярних гепаринів, окрім випадків, коли народження дитини очікується протягом найближчих 12 год.

- Для осіб з тяжким перебігом COVID-19 режим дозування низькомолекулярними гепаринами має бути встановлений мультидисциплінарною командою, до складу якої повинні входити лікарі, які мають досвід ведення вагітних з ВТЕ.
- Усі вагітні, що перебували на стаціонарному лікуванні з приводу COVID-19, повинні отримувати тромбопрофілактику протягом 10 днів після виписки з лікарні; особи, які мають хронічні захворювання – більш тривало.
- Жінки, госпіталізовані протягом 6 тиж після пологів з підозрою/підтвердженою інфекцією COVID-19, повинні отримувати тромбопрофілактику протягом всього періоду перебування у стаціонарі та не менше 10 днів після виписки.

4. Ведення пологів в умовах пандемії COVID-19

4.1. Ведення пологів у безсимптомних пацієнток з позитивним результатом тесту на SARS-CoV-2

Рекомендації

- Жінкам групи низького ризику, які не мають симптомів COVID-19, але з наявним позитивним результатом тесту на SARS-CoV-2 (протягом 7 днів до пологів) і бажають народжувати вдома чи у пологовому відділенні, рекомендується проводити ретельне обговорення з акушеркою питань, що стосуються місця народження дитини, відповідно до загальних місцевих рекомендацій.
- Особам, у яких немає симптомів COVID-19, але тест на SARS-CoV-2 виявився позитивним при госпіталізації, постійний електронний фетальний моніторинг (Continuous Electronic Fetal Monitoring, CEFM) під час пологів з використанням кардіотокографії не рекомендується проводити на регулярній основі, за винятком якщо це необхідно з іншої причини (наприклад кесарів розтин в акушерському анамнезі).
 - Варіанти спостереження за плодом слід обговорити з пацієнткою, враховуючи наведені нижче доказові дані.
 - Вагітним із позитивним тестом на SARS-CoV-2 та безсимптомним перебігом може бути запропоновано проведення електронного фетального моніторингу після обговорення поточних невизначеностей.

*Короткий зміст доказів
та обґрунтування рекомендацій*

Попри те що в серії випадків повідомляється про розвиток дистресу плода у жінок, які мають симптоми COVID-19, потреба в призначенні кардіотокографії для осіб із безсимптомним перебігом захворювання та з групи низького ризику належить до сфери клінічної невизначеності через відсутність надійних доказів. Наразі немає жодних даних, у яких ішлося б про взаємозв'язок безсимптомного перебігу інфекції COVID-19 з відхиленнями

стану плода при безперервному моніторингу. Хоч на даний час і є обнадійливим факт відсутності чітких доказів підвищення частоти розвитку дистресу плода у безсимптомних вагітних, потрібно продовжувати обговорювати з ними ризики та переваги кардіотокографії.

4.2. Ведення пологів у жінок з підозрою/підтвердженою інфекцією COVID-19 за наявності симптомів

Рекомендації

- Осіб з легкими симптомами COVID-19 можна заохотити залишатись вдома (в самоізоляції) у першому періоді (латентній фазі) пологів, як це зазвичай рекомендується.
- При відсутності проблем зі здоров'ям матері чи плода, жінкам, які відвідують пологове відділення, можна порадишити повернутись і перебувати вдома до початку розвитку пологової діяльності, (як це рекомендується усім вагітним) за умови наявності приватного транспорту.
 - Жінкам слід надати звичні поради щодо передвісників пологів, але додатково їх необхідно поінформувати про симптоми, що можуть призвести до погіршення стану, пов'язаного з COVID-19, та попросити повідомити лікаря при появі таких ознак.
- Інформація, що стосується ЗІЗ, є доступною у розділі 4.7.
- Вагітним з підозрою/підтвердженою інфекцією COVID-19 за наявності симптомів захворювання рекомендується народжувати в акушерському відділенні.
- При надходженні до стаціонару потрібно провести повне обстеження матері та плода, у т.ч.:
 - оцінити ступінь тяжкості симптомів COVID-19 (у присутності досвідченого лікаря-клініциста);
 - провести спостереження за матір'ю, включаючи моніторинг температури, частоти дихання та сатурації кисню;
 - підтвердити початок пологової діяльності згідно з вимогами стандартної допомоги;
 - провести СЕФМ за допомогою кардіотокографії.
- Усі члени медичної бригади: лікар акушер-гінеколог, анестезіолог, акушерка, неонатолог та чергова медсестра неонатального відділення – повинні бути поінформовані про прийом інфікованої пацієнтки.
- Щогодини необхідно проводити стандартне спостереження за станом матері з додатковим контролем рівня сатурації киснем крові.
- Цільове значення сатурації киснем крові – понад 94%.
- Жінкам з підозрою/підтвердженою інфекцією COVID-19 за наявності симптомів захворювання слід запропонувати проведення СЕФМ під час пологів, у т.ч. тих, що відбуваються природним шляхом.

- Необхідно докласти зусиль для мінімізації кількості персоналу, який заходить до пологової зали, а підрозділи медичного закладу повинні розробити на місцевому рівні план, що передбачає призначення співробітників у випадку надзвичайних ситуацій.
- Не рекомендується проводити пологи у воді, оскільки існує потенційний ризик передачі інфекції через фекалії.

Короткий зміст доказів

та обґрунтування рекомендацій

У жінок із симптомами COVID-19 існує підвищений ризик порушень з боку плода в ході пологової діяльності. І хоча не вистачає достовірних доказів, проведення фетального моніторингу вважається доцільним за наявності системної інфекції у матері, включаючи COVID-19.

Вагітним рекомендовано уникати пологів у воді у зв'язку з ризиком передачі захворювання через фекалії, хоча в невеликій кількості досліджень йдеться про можливе низьке вірусне навантаження зразків калу.

4.3. Ведення пологів у жінок, які одужали від COVID-19

Рекомендації

- Для осіб, які одужали від COVID-19 і не потребують направлення до стаціонару та які пройшли період самоізоляції, як цього вимагають рекомендації МОЗ, не передбачено змін у плановому веденні пологів.
- З жінками, які одужали, але попередньо були госпіталізовані з приводу тяжкого чи критичного перебігу COVID-19 та наразі потребують підтримуючої терапії, потрібно обговорити та спланувати місце пологів, залучивши до розмови акушерку та родичів за їхнім бажанням. Персоналізована оцінка стану матері повинна враховувати стан плода та вибір жінки.
- Під час обговорення з матір'ю питань моніторингу стану плода потрібно визнати той факт, що докази внутрішньоутробного інфікування ґрунтуються на недостатній кількості даних та теоретичних ризиках, екстрапольованих від вагітних жінок, інфікованих іншими видами коронавірусу, у яких спостерігалась затримка росту плода.

Короткий зміст доказів

та обґрунтування рекомендацій

Докази зазначених рекомендацій відсутні. Вищенаведені положення засновані на рішенні експертного консенсусу.

4.4. Партнерські пологи під час пандемії COVID-19

Рекомендації

- Жінок слід підтримувати та заохочувати у бажанні, щоб партнери були присутні при пологах за умови, якщо такі не відбуваються під загальним наркозом, як цього вимагають національні або місцеві положення медичного закладу.



- У разі наявності симптомів або під час періоду самоізоляції у зв'язку з підтвердженою інфекцією SARS-CoV-2 у особи, яка мала бути з вагітною під час партнерських пологів, їй необхідно залишатися вдома і не відвідувати пологове відділення.
- Під час відвідування партнерами пологового відділення у кожного з них потрібно детально з'ясувати про наявність у них можливих симптомів COVID-19, таких як лихоманка, персистуючий кашель, захриплість голосу, аносмія, закладеність/виділення з носа, задишка, біль у горлі, зміни або втрата нюху чи смаку, дистанційні хрипи чи чхання за попередні 7 днів.
- Якщо ці симптоми турбують хворого протягом минулих 7 днів або менше чи залишаються на даний час (за винятком постійного кашлю), його слід попросити негайно покинути пологове відділення та перебувати вдома на самоізоляції.
- Ми рекомендуємо дозволити перебувати з жінкою під час пологів безсимптомним партнерам, якщо тільки розродження не відбувається під загальним наркозом.
- Партнерів породіллі потрібно попросити залишатися біля ліжка жінки і не ходити по палаті/лікарні.
- Обмеження кількості інших відвідувачів повинно відповідати місцевій політиці медичного закладу.

4.5. Питання, які слід обговорити з вагітною щодо терміну та способу пологів під час пандемії COVID-19

Рекомендації

- Інформацію щодо способу розродження під час пандемії COVID-19 рекомендовано детально обговорити з жінкою та її родиною, враховуючи особисті вподобання та будь-які акушерські показання до втручання.
- Рекомендації керівництва з тестування всіх пацієнток, які відвідують медичні заклади, що надають допомогу у зв'язку з вагітністю та пологами, узагальнено у «Принципах RCOG з тестування та тріажу вагітних жінок, які потребують допомоги в умовах лікарні під час пандемії COVID-19».
- Потрібно провести оцінку стану вагітної для визначення можливості відтермінування планового кесаревого розтину чи індукції пологів, а також будь-яких інших призначень у тих жінок, які натеper перебувають на самоізоляції через підозру на COVID-19 або мають контакт із хворими в домашніх умовах.
- Якщо плановий кесарів розтин чи індукцію пологів відтермінувати неможливо, в такому разі потрібно дотримуватися загальних порад щодо надання допомоги жінкам з підозрою/підтвердженою інфекцією COVID-19.

- У жінок із симптомами виснаження чи гіпоксії варто провести персоніфіковану дискусію щодо вирішення питання про скорочення тривалості другого періоду пологів, використовуючи інструментальні методи.
- У разі коли потрібне термінове розродження для надання допомоги особі з тяжким або критичним перебігом COVID-19, а вагінальних пологів ще можливо уникнути, варто врахувати той факт, що користь від термінового кесаревого розтину може переважати будь-які ризики для жінки.
- Порад щодо ЗІЗ з розділу 4.7 необхідно дотримуватися у випадку розродження шляхом кесаревого розтину.
- Жінки та їхні родини повинні бути попереджені про те, що застосування ЗІЗ при екстрених пологах шляхом кесаревого розтину забирає багато часу, проте має особливо важливе значення, хоч і може вплинути на час пологів і потенційно призвести до несприятливих результатів. Це слід враховувати під час прийняття рішень.

Короткий зміст доказів

та обґрунтування рекомендацій

Немає жодних доказових даних, котрі б свідчили про переваги одного способу розродження над іншим у жінок із COVID-19. На даний час не існує достатньо прямих доказів, які демонструють можливість вертикальної передачі SARS-CoV-2. У дослідженні UKOSS у 12 (5%) немовлят тестування на інфекцію SARS-CoV-2 продемонструвало позитивний результат: у шістьох протягом перших 12 год (двоє були народжені природним шляхом, четверо — шляхом кесаревого розтину) і в шістьох після 12 год (двоє були народжені природним шляхом, четверо — шляхом кесаревого розтину).

4.6. Особливості проведення анальгезії/анестезії під час пологів

Рекомендації

- Ентонокс слід застосовувати через одноразовий фільтр.
- Під час першого періоду пологів пацієнтку із симптомами або підтвердженням діагнозом COVID-19 слід поінформувати щодо можливих переваг застосування епідуральної анальгезії, яка зводить до мінімуму необхідність використання загального знеболення при ургентних ситуаціях для того, щоб жінка могла зробити зважений вибір виду анестезії у пологах.

Короткий зміст доказів

та обґрунтування рекомендацій

Поради щодо використання анальгезії/анестезії у пологах ґрунтуються на експертній думці та узгоджені з Асоціацією акушерських анестезіологів.

Немає доказів того, що при використанні ентоноксу формується аерозоль.

Немає доказів того, що епідуральна або спінальна анальгезія чи анестезія протипоказані при інфікуванні коронавірусом.

При інтубації, необхідній для загального знеболення у випадках розродження шляхом кесаревого розтину, відбувається формування аерозолі, що значно підвищує ризик зараження медичного персоналу.

4.7. Які ЗІЗ потрібні під час надання медичної допомоги роділлям та породіллям?

Рекомендації

- Рекомендації щодо використання ЗІЗ у різних ситуація, у т.ч. під час пологів, було надано Громадською охороною здоров'я Англії (PHE) [43].
- Вибір ЗІЗ для ведення пологів шляхом кесаревого розтину потребує мультидисциплінарного обговорення для визначення необхідності застосування загальної анестезії.
- Якщо від самого початку планується застосування загальної анестезії при кесаревому розтині, під час пологів весь персонал повинен використовувати ЗІЗ, включаючи маски-респіратори FFP3 та захисні щитки.
- У локальних протоколах слід визначити види ЗІЗ, що будуть використовуватися у випадках невідлого виконання регіональної анестезії.

Короткий зміст доказів

та обґрунтування рекомендацій

Загальні рекомендації PHE щодо видів і особливостей ЗІЗ можна знайти за посиланням: <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-infection-prevention-and-control>. ЗІЗ для медичних працівників, які надають допомогу жінкам із COVID-19, які народжують шляхом кесаревого розтину, слід обирати, орієнтуючись на необхідність застосування загальної анестезії.

Інтубація – це процедура, яка супроводжується формуванням аерозолі, що значно підвищує ризик інфікування медичного персоналу коронавірусом.

Під час проведення регіональної анестезії (спінальної, епідуральної або комбінованої) аерозоль не утворюється.

Ймовірність виникнення необхідності у загальній анестезії під час проведення кесаревого розтину із застосуванням регіональної є низькою, проте цей ризик підвищується в ургентних випадках. Якщо існують певні фактори ризику, при яких необхідність застосування загального наркозу є більш вірогідною, вибір типу ЗІЗ варто проводити в індивідуальному порядку. Якщо ризик необхідності загальної анестезії є високим, медичний персонал повинен застосовувати належні ЗІЗ.

4.8. Організація роботи пологових залів та операційних під час пандемії COVID-19

Рекомендації

- Планові хірургічні втручання (наприклад накладання шва на шийку матки або пологи шляхом кесаревого розтину) у вагітних з підозрою/підтвердженою інфекцією COVID-19 слід проводити останніми.
- Екстрені операції у жінок з підозрою/підтвердженою інфекцією COVID-19 необхідно проводити в окремій

операційній та виділити час на ретельне післяопераційне прибирання у відповідності з протоколом Національної служби охорони здоров'я.

- Чисельність персоналу в операційній залі має бути зведена до мінімуму із застосуванням відповідних ЗІЗ.
- Анестезіологічна допомога особам з підозрою/підтвердженою інфекцією COVID-19 повинна надаватися відповідно до рекомендацій Королівського коледжу анестезіологів/акушерських анестезіологів.
- Оскільки застосування ЗІЗ спричиняє труднощі в комунікації, слід використовувати чек-листи та закриті контури комунікації.

5. Заходи при погіршенні клінічного стану вагітної під час пандемії COVID-19

5.1. Комплекс обстежень, необхідних вагітним із симптомами COVID-19, які потребують госпіталізації

Рекомендації

- Осіб з лихоманкою слід обстежувати та лікувати згідно з протоколом медичної допомоги вагітним при сепсисі RCOG. Крім бактеріологічного обстеження крові, жінку необхідно обстежити на COVID-19.
- Хоча лихоманка може бути зумовлена COVID-19, варто пам'ятати, що існують й інші причини, однією з яких є наявність бактеріальної інфекції. Тому пацієнткам з лихоманкою рекомендовано провести повний комплекс обстежень, як при сепсисі, та призначити внутрішньовенну антибіотикотерапію за необхідності.
- На користь бактеріальної інфекції свідчить лейкоцитоз (при COVID-19 лімфоцити зазвичай у нормі або знижені). У такому випадку рекомендовано призначити антибіотики.
- Якщо стан вагітної відповідає критеріям PHE, її слід обстежити на COVID-19.
- Останніми критеріями для госпіталізації (від 02.06.2020 р.) слід вважати наступні:
 - втрата або зміна звичних смакових та/або нюхових відчуттів як окремий симптом або у комбінації з іншими симптомами COVID-19;
 - клінічні/радіологічні ознаки пневмонії;
 - гострий респіраторний дистрес-синдром;
 - підвищення температури $> 37,8^{\circ}\text{C}$ та наявність принаймні одного з таких симптомів: персистуючий кашель, що виник раптово, сиплість голосу, закладеність носа або наявність виділень, задишка, біль у горлі, дистанційні хрипи або чхання.
- Радіологічне обстеження вагітних виконується так само, як і інших дорослих пацієнтів і включає проведення рентгенологічного дослідження та комп'ютерної томографії грудної клітки.
 - Радіологічне обстеження, особливо комп'ютерна томографія грудної клітки,



є ключовим в оцінці клінічного стану жінки із симптомами COVID-19. Проведення радіологічного обстеження не слід відкладати через страх щодо можливого впливу випромінювання на плід; здоров'я матері має бути в пріоритеті.

- Біль у грудях, прогресуюча гіпоксія або підвищення частоти дихання понад 22 вдих/хв (особливо якщо це супроводжується різким збільшенням потреби у кисні), а також збереження або погіршення задишки у жінок після очікуваного видужання від COVID-19 можуть бути ознаками легеневої емболії або серцевої недостатності.
- Для диференційної діагностики слід провести додаткові обстеження (наприклад електрокардіографію), комп'ютерну томографію-ангіопульмонографію, ехокардіографію тощо).

5.2. Заходи медичної допомоги вагітним з клінічним погіршенням стану та підозрою/підтвердженою інфекцією COVID-19

Рекомендації

- Акушерам-гінекологам слід ознайомитись із локальними протоколами первинного обстеження та медичної допомоги пацієнткам з підозрою на COVID-19. За можливості рекомендовано дотримуватися цих протоколів і у веденні вагітних (включаючи проведення первинного обстеження, підтримку водного балансу та дотримання показань до залучення реанімаційної бригади до лікування).
- Медична допомога має бути направлена на стабілізацію стану жінки за допомогою стандартного лікування.
- Моніторинг частоти дихання та сатурації крові киснем повинна здійснюватися щогодини.
- Ознаками декомпенсації є збільшення потреби у кисні $\text{FiO}_2 > 40\%$, частота дихання > 30 вдих/хв та зменшення діурезу або сонливість навіть за умови нормальних показників сатурації киснем.
- При будь-яких ознаках декомпенсації до лікування слід залучити реанімаційну бригаду.
 - Організм молодих здорових жінок здатен компенсувати погіршення дихальної функції та підтримувати нормальну сатурацію киснем до настання раптової декомпенсації.
- Необхідно титрувати рівень потоку кисню, щоб підтримати сатурацію $> 94\%$.
- За необхідності одразу рекомендовано призначити антибіотик. Якщо діагноз COVID-19 буде підтверджено, емпіричну антибіотикотерапію слід переглянути та скоригувати якомога раніше. Варто пам'ятати, що підтвердження COVID-19 не виключає можливої наявності ко-інфекції.

- Не слід відкладати призначення стандартної терапії (наприклад внутрішньовенної антибіотикотерапії для жінок з лихоманкою або тривалим безводним періодом) через підозру на COVID-19.
 - До отримання результатів обстеження вагітних з підозрою на COVID-19 потрібно лікувати так само, як і хворих на COVID-19.
 - Для усіх жінок з підозрою/підтвердженою інфекцією COVID-19 та погіршенням клінічного стану слід скликати мультидисциплінарну команду фахівців, яка повинна включати терапевта, акушера-гінеколога, акушерку, неонатолога, акушерського анестезіолога-реаніматолога. Результати обговорення мультидисциплінарної команди мають бути повідомлені вагітній (та родині за її бажанням). Мультидисциплінарна команда повинна дійти консенсусу у таких питаннях:
 - ключові пріоритети надання медичної допомоги жінці та дитині, вибір способу розродження;
 - вибір найбільш відповідного відділення для надання медичної допомоги (відділення реанімації та інтенсивної терапії, ізолюваний бокс в інфекційному відділенні або ізолятори в інших відділеннях) і спеціалістів, які надаватимуть допомогу;
 - особливості перебігу вагітності та стан дитини.
 - Слід провести оцінку ризику ВТЕ та призначити тромбопрофілактику у профілактичних дозах усім жінкам, а за наявності підозри на ВТЕ – тромбопрофілактику у терапевтичних дозах.
 - За наявності тромбоцитопенії (тромбоцити < 50), потрібно припинити профілактичний прийом ацетилсаліцилової кислоти (АСК) й інших лікарських засобів для тромбопрофілактики та звернутися за консультацією до гематолога.
 - Варто пам'ятати про можливість ушкодження міокарда, симптоми якого схожі на симптоми респіраторних ускладнень COVID-19.
 - Слідкуйте за проміжними рекомендаціями уряду, створеними відповідно до результатів клінічного дослідження RECOVERY.
- Результати цього дослідження свідчать про те, що хворі на COVID-19 дорослі, які вимагають кисневої підтримки, повинні отримувати стероїдну терапію протягом 10 днів або до виписки з лікарні (залежно від того, що настане швидше). Для вагітних рекомендується застосовувати преднізолон дозою 40 мг 1 раз на добу перорально або гідрокортизон дозою 80 мг 2 рази на добу внутрішньовенно.
- Обережно проводьте інфузійну терапію:
 - у жінок із середньотяжким і тяжким перебігом COVID-19 слід проводити моніторинг балансу рідини щогодини;



- зусилля варто направити на досягнення нейтрального балансу рідини у пологах;
- спробуйте болюсне введення рідини в об'ємі 250-500 мл та перевірте, чи немає гіперволемії перед тим, як продовжити подальшу інфузійну терапію.
- Доцільність та частоту проведення моніторингу серцевих скорочень плода слід визначати індивідуально, в залежності від гестаційного віку дитини та стану матері.
- Мультидисциплінарна команда повинна оцінити стан вагітної для вирішення питання щодо наявності показань до ургентного кесаревого розтину або індукції пологів, а також об'єднати зусилля у реанімаційних заходах, якщо цього потребуватиме жінка або немовля.
- Оцінка стану вагітної повинна включати: у жінки зокрема рівень сатурації крові киснем, наявність радіологічних змін та частоту дихання; стан плода, термін гестації та можливість відновлення клінічного стану пацієнтки після ятрогенних пологів. У пріоритеті завжди має бути здоров'я жінки.
- Якщо існують показання з боку плода для проведення екстреного розродження, за умови стабільного стану матері пологи слід провести за стандартною методикою, передбаченою для таких випадків.
- Антенатальні стероїди для прискорення дозрівання легень плода повинні бути призначені у випадках, визначених протоколами NICE, але їхній прийом не може бути причиною відтермінування необхідного екстреного розродження.
- Для забезпечення нейтропротекції плода слід застосувати сульфат магнію. Терапію сульфатом магнію рекомендовано почати якомога раніше при екстреному розродженні.

Короткий зміст доказів та обґрунтування рекомендацій

У ретроспективному обсерваційному дослідженні 12 вагітних з тяжким перебігом COVID-19 дев'ять потребували респіраторної підтримки; вісім із цих жінок були доставлені з респіраторним дистрес-синдромом. Сім з них не потребували інтубації, у двох оксигенація покращилася протягом 2 год після пологів, тобто пологи не призводять до погіршення дихальної функції.

Тяжкий перебіг COVID-19 може супроводжуватися тромбоцитопенією. Якщо для профілактики прееклампсії призначали АСК, її слід відмінити, оскільки вона підвищує ризик кровотечі у пацієнтів з тромбоцитопенією [80, 81].

Пошкодження міокарда та пов'язані з цим ускладнення спостерігалися у 9,5% пацієнток, які померли в Італії у квітні 2020 р. [82].

Немає жодних доказів, що призначення стероїдів для прискорення дозрівання легень плода рекомендованими дозами може погіршити стан

матері у контексті COVID-19 [85]. Використання сульфату магнію необхідне для забезпечення нейтропротекції передчасно народжених дітей відповідно до протоколів RCOG [86].

Проміжні результати клінічного дослідження RECOVERY продемонстрували значне зниження смертності серед пацієнтів з COVID-19, які потребували кисневої підтримки, якщо вони отримували стероїдну терапію [89]. Тому відповідні рекомендації негайно були надані Національною службою охорони здоров'я [90]. Протокол дослідження RECOVERY рекомендує вагітним приймати преднізолон дозою 40 мг перорально один раз на добу, а жінкам, які не можуть вживати пероральні препарати, – гідрокортизон дозою 80 мг внутрішньовенно два рази на добу [9].

6. Післяпологовий період

Під час пандемії необхідно дотримуватися звичайних рекомендацій щодо ведення післяпологового періоду відповідно до національних протоколів та стандартів антенатального і постнатального догляду RCOG.

6.1. Надання медичної допомоги новонародженим під час пандемії COVID-19

Рекомендації

- Породіллі та здорові новонароджені, стан яких є задовільним, повинні перебувати разом у ранньому післяпологовому періоді.
- Догляд за новонародженим має бути індивідуалізованим відповідно до потреб дитини, тому неонатолог заздалегідь повинен обговорити з родиною можливі ризики та шляхи їхнього подолання.
- Медична допомога всім дітям, народженим від SARS-CoV-2-позитивних жінок, має надаватися відповідно до рекомендацій Королівського коледжу педіатрії та здоров'я дітей (RCPCH) [92].
- Конкретні рекомендації щодо реанімації новонароджених під час пандемії COVID-19 надала рада реанімації.

Короткий зміст доказів та обґрунтування рекомендацій

- Дані щодо догляду за новонародженими від жінок, у яких у III триместрі було виявлено SARS-CoV-2, є обмеженими [93, 94].

6.2. Вигодовування новонароджених під час пандемії COVID-19

Рекомендації

- Батьків слід підтримувати у їхньому виборі способу вигодовування новонародженого та інформувати щодо можливих ризиків та переваг обраного способу, які пов'язані з безпосереднім контактом з дитиною, особливо якщо у батьків (осіб, що здійснюють догляд) підозрюють або підтвердили COVID-19.
- Батьків слід поінформувати, що інфікування SARS-CoV-2 не є протипоказанням для грудного вигодовування.



- Для обмеження можливості інфікування немовляти слід дотримуватися таких заходів безпеки:
 - попросити здорову особу проводити вигодовування дитини;
 - вимити руки, перш ніж торкатися дитини, молоковідсмоктувача або пляшечки;
 - не кашляти і не чхати під час годування;
 - під час годування та іншого догляду за дитиною рекомендується носити водонепроникну маску;
 - немовлятам не слід надівати маски та інші покриття для обличчя через ризик асфіксії.
- Дотримуйтеся рекомендацій щодо очищення молоковідсмоктувача після кожного використання.
- Якщо дитину годують з пляшечки, рекомендується суворо дотримуватися правил стерилізації.

*Короткий зміст доказів
та обґрунтування рекомендацій*

Переваги грудного вигодовування перевищують будь-які можливі ризики передачі вірусу через грудне молоко. Нещодавній систематичний огляд продемонстрував, що в 24 випадках грудне молоко жінок, хворих на COVID-19, не було інфікованим SARS-CoV-2. Проте зважаючи на невелику вибірку, ці результати слід трактувати з обережністю. Основним ризиком під час грудного вигодовування є тісний контакт між дитиною і матір'ю та повітряно-крапельний механізм передачі.

Користь від грудного вигодовування переважає будь-які можливі ризики передачі вірусу через грудне молоко [95]. Цей погляд поділяє Педіатрична ініціатива ЮНІСЕФ, яка широко впроваджується у Великій Британії [96].

Конкретні рекомендації щодо мінімізації ризику передачі вірусу при годуванні дитини були розроблені разом з експертами RCPCH [92].

Не рекомендується закривати обличчя немовляти маскою. Рекомендації англійського уряду щодо використання масок для обличчя спрямовані на дорослих [97].

6.3. Ведення хворих, які у післяпологовому періоді інфікувалися SARS-CoV-2

Рекомендації

- Всім, хто мешкає разом з породіллею, рекомендується самоізолюватися вдома протягом 14 днів від народження дитини, якщо жінка інфікована SARS-CoV-2.
- Слід підкреслити важливість рекомендацій щодо безпечного сну новонародженого та відмови від паління його найближчим оточенням, а також надання порад стосовно ретельної гігієни рук і заходів запобігання передачі інфекції під час годування та здійснення іншого догляду за дитиною.
- Членам родини необхідно дати вказівки щодо виявлення ознак хвороби у новонародженого та погіршення стану жінки; також варто надати відповідні контактні дані, якщо у них виникнуть занепокоєння або питання щодо самопочуття дитини.
- Усім жінкам та новонародженим, у яких виникає потреба у повторній госпіталізації для отримання постнатальної акушерської або неонатальної допомоги протягом періоду самоізоляції у разі підозри/підтвердженн інфекції COVID-19, рекомендується перед своїм приїздом зателефонувати до лікувальної установи.

*Короткий зміст доказів
та обґрунтування рекомендацій*

Дані рекомендації ґрунтуються на гайдлайні RCPCH та розроблені на основі експертного консенсусу [92].

Реферативний огляд підготували:

*Анастасія Романова, Наталія
Довбенко, Катерина Чернишова*

За матеріалами:

*Coronavirus (COVID-19)
Infection in Pregnancy/Royal College
of Obstetricians and Gynaecologists
Version 10.1: Published Friday 19 June 2020*