

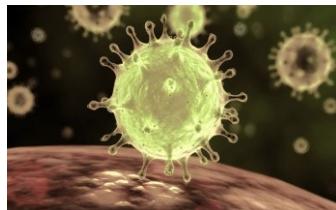


Оказание медицинской помощи беременным женщинам, кормящим матерям и новорожденным при подозрении или наличии COVID-19

22.04.2020

- 1.Временные рекомендации по оказанию медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в условиях коронавирусной инфекции (COVID-19) в Кыргызской Республике (апрель 2020)
- 2.Приказ МЗ КР №219 от 05.04.2020

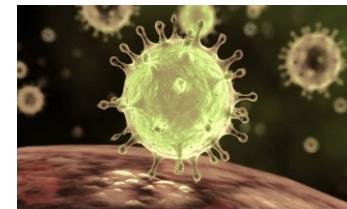
Лектор: Шоонаева Нургуль Джумагазиевна, д.м.н., зав.каф. акушерства, гинекологии и репродуктологии КГМИПиПК им.С.Б.Даниярова



δ δщ

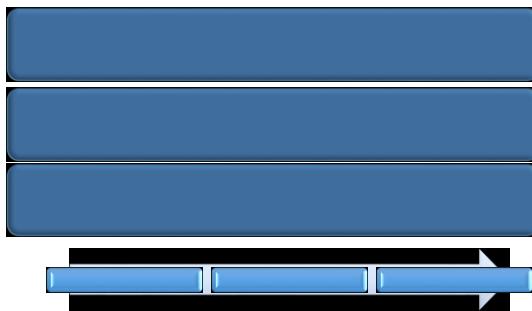
Научиться принципам клинического ведения беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, предоставить медицинским специалистам актуальные рекомендации по COVID-19

Цель:

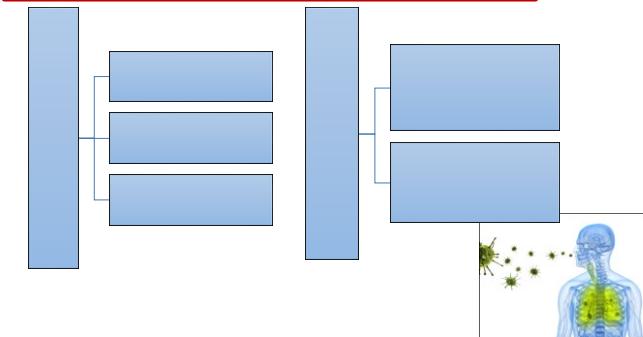


Клинический случай

Этиология и патогенез



ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА



ВЫТ. ПЛПБТ

воздушно-капельный (

воздушно-пылевой
контактный (

Группы риска

Основной источник инфекции

п т б л п б тб

◦

◦



Патогенез

м тм щб впм б

Подозрительный случай -

Вероятный случай -

Подтверждённый случай- п

При появлении жалоб на респираторные симптомы и повышение температуры тела следует, в первую очередь, собрать эпидемиологический анамнез:

Подозрительный на инфекцию, вызванную 2019-nCoV, случай:

наличие клинических проявлений острой респираторной инфекции, бронхита, пневмонии в сочетании со следующими данными эпидемиологического анамнеза:
посещение за последние 14 дней до появления симптомов эпидемиологически неблагополучных по 2019-nCoV стран и регионов мест где выявлены больные;
наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции, вызванной новым коронавирусом 2019-nCoV, которые в последующем заболели;
наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз 2019-nCoV.

Вероятный случай инфекции, вызванной 2019-nCoV

наличие клинических проявлений тяжелой пневмонии, ОРДС, сепсиса в сочетании с данными эпидемиологического анамнеза (см. выше).

Подтвержденный случай инфекции, вызванной 2019-nCoV:

Либол

Часто наблюдаемые симптомы	Частота (%)
Лихорадка	
Кашель сухой с небольшим количеством мокроты	
Одышка	
Утомляемость и миалгия	
Анорексия	
Головная боль, боль в горле, тошнота, диарея	

ДИАГНОСТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Диагноз устанавливается на основании клинического обследования, данных эпидемиологического анамнеза и результатов лабораторных исследований.

1. Подробная оценка всех жалоб, анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза.
2. Физикальное обследование, обязательно включающее: оценку видимых слизистых оболочек верхних дыхательных путей, аусcultацию и перкуссию легких, пальпацию лимфатических узлов, исследование органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки, термометрию, с установлением степени тяжести состояния больного.



ДИАГНОСТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Лабораторная диагностика общая:

выполнение общего (клинического) анализа крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы; биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин).
исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови.
пульсоксиметрия с измерением SpO_2 для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии.
пациентам с признаками острой дыхательной недостаточности (ОДН) (SpO_2 менее 90% по данным пульсоксиметрии) рекомендуется исследование газов артериальной крови с определением PaO_2 , $PaCO_2$, рН, бикарбонатов, лактата;
пациентам с признаками ОДН рекомендуется выполнение коагулограммы с определением протромбинового времени, международного нормализованного отношения и активированного частичного тромбоэластинового времени

ДИАГНОСТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Лабораторная диагностика специфическая:

выявление РНК 2019-нCoV методом ПЦР. Отбор проб проводится с использованием средств индивидуальной защиты

ПЦР . Биологический материал для исследования:

- материал, полученный при взятии мазка из носоглотки и зева,
- промывные воды бронхов (трахеобронхиальный смыв), мокрота,
- биопсийный или аутопсийный материал легких,
- цельная кровь, сыворотка, моча.

Носоглоточный мазок должен быть взят в течение 72 часов с момента начала болезни.

Экспресс-тест для обнаружения антител COVID-19 . Используется образец цельной крови, сыворотки или плазмы человека. Подходит для предварительного скринингового теста для пациентов с подозрением

ДИАГНОСТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

5. Инструментальная диагностика:

обзорная рентгенография органов грудной клетки в передней прямой и боковой проекциях рекомендуется всем пациентам с подозрением на пневмонию
компьютерная томография легких является более чувствительным методом для диагностики вирусной пневмонии.
электрокардиография (ЭКГ) в стандартных отведениях рекомендуется всем госпитализированным пациентам.



Клинические варианты и
предметы 2019-nCoV инфекции:

ЛЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Рибавирин		
Лопинавир Ритонавир		
Рекомбинантны й интерферон бета-1б		



И Т

бл лб п п м п п тм щб д

лп бч тм шф п б ўпм ч

Скрининг и сортировка беременных, рожениц и родильниц

Скрининг и сортировка женщин с подозрением на COVID-19 должны проводиться в первой точке контакта в ОЗ

Пациентам с подозрением на COVID-19 следует предоставить маску и поместить в изолятор. Пациенты с подозрением на инфекцию должны находиться на расстоянии не менее 1 метра от других пациентов.

Эти меры предосторожности должны применяться ко всем взаимодействиям между инфицированным лицом, осуществляющим уход, и ребенком.

Применяются стандартные меры предосторожности и оцениваются риски в месте оказания медицинской помощи при каждом контакте с женщиной:

- гигиена рук,
- респираторный этикет,
- использование средств индивидуальной защиты (СИЗ).

Щ

Выздоровление

В ПТ

Точно так же нет доказательств увеличения частоты тяжелых исходов у матерей или новорожденных, при этом сообщается о некоторых случаях преждевременного разрыва плодных оболочек, дистресс-синдрома плода и преждевременных родов.

У всех беременных женщин с подтвержденным диагнозом COVID-19 необходимо решать вопрос о пролонгировании беременности консилиумом.

(желательно онлайн, чтобы избежать инфицирования медицинских работников)

Пациенты часто страдают от тревоги и страха, и их следует обеспечить психологической поддержкой, услугами по профилактике депрессии.

В ПТ

Всем беременным и недавно родившим женщинам с подозреваемой или подтвержденной инфекцией COVID-19 следует проводить поддерживающую и симптоматическую терапию (парацетамол при лихорадке), с учетом показаний.

В случае преждевременных родов (до 34 недель) при легком течении COVID-19, клинические преимущества антенатальной кортикостероидной терапии могут перевешивать риски потенциального вреда для матери.

Если наличие коронавирусной инфекции у беременной подтвердили, то в качестве меры предосторожности, как минимум через две недели после выздоровления, организовать УЗИ, чтобы проверить состояние и развитие ребенка.

В ПТ ПТМ П П ПП
п б тмп б

При представлении медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам необходимо придерживаться утвержденных национальных КИ в акушерстве и рекомендаций по ведению беременных с COVID-19 в соответствии с соблюдением надлежащих мер ПИИК.

На период пандемии плановые дородовые и послеродовые визиты следует отложить. Консультирование медработником осуществляется по мобильной связи.

Если у беременной или родильницы имеются какие-либо жалобы, не связанные с респираторными симптомами, медработник посещает ее на дому, проводя обследование (осмотр, измерение АД, ЧД, ЧСС, ВДМ) и определяя наличие белка в моче тест-полоской.

При необходимости медработник организует консультирование других специалистов.

Доступ к контрацепции и безопасное прерывание беременности - в полном объеме.

Консультирование и предоставление информации!

Опасные признаки во время беременности и в послеродовом периоде!

В

ПТ

Госпитализация беременных с подозрением на COVID-19 на роды в г. Бишкек и Ош осуществляется в родильные стационары, в которых предусмотрены и соблюдаются изоляционные противоэпидемиологические меры (определены приказом МЗКР), в других организациях здравоохранения - в раздельные боксы

Симптоматическое лечение у беременных, рожениц и родильниц

Во время беременности (II и III триместры), в послеродовом и постабортном периоде возможно применение муколитических средств с помощью mesh-небулайзера (амброксол 2–3- мл с изотоническим раствором 2 мл 3 раза в день) и бронходилататоров (ипратропия бромид + фенотерол по 20 капель в 2–4 мл изотонического раствора 2 раза в день

Во время беременности (I, II и III триместры), в послеродовом и постабортном периоде в качестве бронходилататора

также может применяться сальбутамол с помощью mesh-небулайзера (2,5–5 мг 2 раза в день).

Необходимым компонентом комплексной терапии является адекватная респираторная поддержка.

Показатели сатурации кислорода должны определяться у всех беременных с клиникой острого респираторного заболевания и/или с пневмонией.

Показаниями для перевода ОРИТ при коронавирусной инфекции являются быстропрогрессирующая ОДН (ЧД > 25 в 1 мин, SpO₂ < 92%, а также другая органная недостаточность (2 и более балла по шкале SOFA).

Антибактериальная терапия при осложненных формах инфекции

У пациентов в тяжелом состоянии (ОРИТ) рекомендована комбинированная терапия:

защищенные аминопенициллины (амоксициллин/claveуланат, амоксициллин/сульбактам), цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефотаксим цефтариолина фосфат, в/в в комбинации с азитромицином или кларитромицином.

Альтернативой является применение цефалоспоринов IV поколения (цефтриаксон, цефтотаксим) в/в в комбинации с респираторным фторхинолоном (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в.

Особенности антибактериальной терапии у беременных, рожениц и родильниц

При осложненных формах инфекции антибактериальная терапия должна быть назначена в течение первых 2-3 часов после госпитализации.

Пациенткам с тяжелым течением заболевания антибактериальные препараты вводятся внутривенно.

При вторичной вирусно-бактериальной пневмонии (наиболее вероятные возбудители – *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* и *Haemophilus influenzae*) предпочтительнее использовать следующие схемы антибиотикотерапии:

При третичной бактериальной пневмонии (наиболее вероятные возбудители – метициллинрезистентные штаммы *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*) обосновано назначение следующих препаратов (в различных комбинациях):

- цефалоспорин IV поколения ± макролид;
- карбапенемы;
- ванкомицин;
- линезолид.

Акушерская тактика при COVID-19

Акушерская тактика определяется несколькими аспектами: тяжестью состояния пациентки, состоянием плода, сроком гестации.

При средней степени тяжести и тяжелом течении заболевания до 12-й недели гестации в связи с высоким риском перинатальных осложнений, связанных как с воздействием вирусной инфекции, так и эмбриотоксичным действием лекарственных препаратов, возможно прерывание беременности после излечения инфекционного процесса.

При отказе пациентки от прерывания беременности необходима биопсия ворсин хориона или плаценты до 12-14-й недель или амниоцентез с 16 недель гестации для выявления хромосомных аномалий плода

Прерывание беременности и родоразрешение в разгар заболевания сопряжено с увеличением показателя материнской летальности и большим числом осложнений:

утяжеление основного заболевания и вызванных им осложнений,

развитие и прогрессирование дыхательной недостаточности, возникновение акушерских кровотечений,

интранатальная гибель плода,

послеродовые гнойно-септические осложнения

При невозможности устранения гипоксии на фоне ИВЛ или при прогрессировании дыхательной недостаточности, развитии альвеолярного отека легких

при рефрактерном септическом шоке по жизненным показаниям в интересах матери и плода показано экстренное абдоминальное родоразрешение (каесарево сечение) с проведением всех необходимых мероприятий по профилактике коагулопатического и гипотонического акушерского кровотечения.

В сроке беременности до 20 недель экстренное кесарево сечение можно не проводить, так как беременная матка в этом сроке не влияет на сердечный выброс.

В сроке беременности 20-23 недели экстренное кесарево сечение

В случае развития спонтанной родовой деятельности в разгар заболевания (пневмонии) роды предпочтительно вести через естественные родовые пути под мониторным контролем состояния матери и плода.

Предпочтительным методом обезболивания является регионарная аналгезия при отсутствии противопоказаний. Противовирусная, антибактериальная, детоксикационная терапия, респираторная поддержка проводятся по показаниям.

Во втором периоде для профилактики развития дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности ограничить потуги.

При необходимости быстрого окончания родов следует применить вакуум-экстракцию или акушерские щипцы.

Кесарево сечение выполняется при наличии абсолютных акушерских показаний, а также в случае не предотвратимости/неизбежности летального исхода матери с целью попытки сохранения жизни плода.

Аnestезиологическое обеспечение операции кесарева сечения при тяжелом течении заболевания: в отсутствии признаков выраженной полиорганной недостаточности

(до 2 баллов по шкале SOFA) возможно применение регионарных методов обезболивания на фоне респираторной поддержки, при выраженной полиорганной недостаточности – тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ

Всем пациенткам, независимо от срока беременности, показана профилактика кровотечения.

Во всех случаях вопрос о времени и методе родоразрешения решается индивидуально.

Клиническими критериями выписки из стационара беременных и родильниц являются:

нормальная температура тела в течение 3-х дней;
отсутствие симптомов поражения респираторного тракта;
восстановление нарушенных лабораторных показателей;
отсутствие акушерских осложнений (беременности, послеродового периода

Выписка из стационара проводится после двукратного отрицательного результата лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 с интервалом не менее 1 дня.

Прогноз для матери и плода зависит от триместра гестации, в котором возникло заболевание, наличия преморбидного фона (курение, ожирение, фоновые заболевания органов дыхательной системы и ЛОР-органов, сахарный диабет, ВИЧ-инфекция), степени тяжести инфекционного процесса, наличия осложнений и своевременности начала противовирусной терапии

Тактика ведения новорожденных в условиях пандемии коронавируса COVID-19

Маршрутизация новорожденных высокого риска по развитию COVID-19 основывается на выделении групп риска в зависимости от инфицирования матери.

Потенциально инфицированным COVID-19 считается ребенок, рожденный от матери:

с наличием подтвержденной инфекции COVID-19 в период от 14 дней до рождения и от рождения до 28 дня постнатального периода;

находившейся на самоизоляции (из группы подлежащих карантину по контакту с инфицированным SARS-CoV-2);

инфицированным новорожденный считается при положительном результате исследования методом ПЦР на наличие SARS-CoV-2 в биоматериале, вне зависимости от наличия или отсутствия клинической картины.

Ведение потенциально инфицированных COVID-19 новорожденных

В родильном зале

Для присутствия на родах и перемещения ребенка должна быть заранее выделенная врачебно-сестринская бригада для новорожденного.

Использование средств индивидуальной защиты обязательно.

Число людей, оказывающих помощь в помещении должно быть минимизировано, чтобы уменьшить контакт с больным.

Этиотропное лечение беременных, рожениц и родильниц

Этиотропное лечение COVID-19 женщин в период беременности и кормления грудью в настоящее время не разработано.

Рекомбинантный интерферон бета-1b, противомалярийные препараты противопоказаны к применению во время беременности.

Однако в качестве этиотропной терапии возможно назначение противовирусных препаратов с учетом их эффективности против COVID-19 по жизненным показаниям.

В остальных случаях следует учитывать их безопасность при беременности и в период грудного вскармливания.

Лечение должно быть начато как можно раньше, что в большей степени обеспечивает выздоровление

Противовирусные препараты беременным с тяжелым или прогрессирующим течением заболевания необходимо назначать и в более поздние сроки от начала заболевания.

При назначении противовирусных препаратов кормящим женщинам решение вопроса о продолжении грудного вскармливания зависит от тяжести состояния матери.

Патогенетическое лечение

Регидратация.

При лечении COVID-19 необходимо обеспечивать достаточное поступление жидкости в организм. Восполнение суточной потребности в жидкости должно обеспечиваться преимущественно за счет пероральной регидратации.

Суточная потребность в жидкости должна рассчитываться с учетом лихорадки, одышки, потери жидкости при диарее, рвоте (в случае наличия у пациента таких симптомов).

В среднем достаточное количество жидкости (1,5-2 литра в сутки и более, если нет противопоказаний по соматической патологии). При выраженной интоксикации, а также при дискомфорте в животе, тошноте и/или рвоте показаны энтеросорбенты (диоксид кремния коллоидный, полиметилсилоксанаполигидрат и другие).

В условиях проведения инфузионной терапии врач оценивает суточный диурез, динамику артериального давления, изменения аусcultативной картины в легких, гематокрита (не ниже 0.35/л).

При снижении объема диуреза, повышении артериального давления, увеличении количества хрипов в легких, снижении гематокрита объем парентерально вводимой жидкости должен быть уменьшен

У пациентов в тяжелом состоянии (отделения реанимации и интенсивной терапии) при наличии показаний проводится инфузионная терапия.

Следует с осторожностью подходить к инфузионной терапии, поскольку избыточные трансфузии жидкостей могут ухудшить насыщение крови кислородом, особенно в условиях ограниченных возможностей искусственной вентиляции легких, а также спровоцировать или усугубить проявления ОРДС.

Объем инфузионной терапии должен составлять 10-15 мл/кг/сут.

Для снижения объема инфузионной терапии поддержание нутритивного статуса пациента при необходимости нужно проводить методом зондового питания с использованием стандартных и полуэлементарных смесей для энтерального питания.

Питание должно быть частым и дробным для исключения переполнения желудка и уменьшения экскурсии легких.

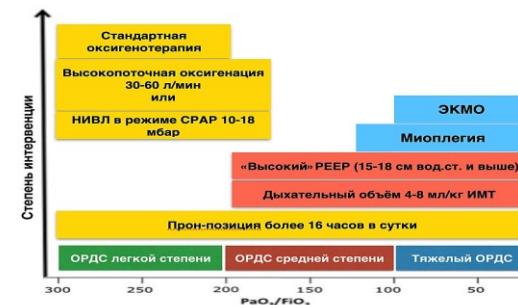
В патогенезе ОРДС вследствие COVID-19 основную роль играет избыточный ответ иммунной системы со стремительно развивающимся тяжелым жизнеугрожающим синдромом высвобождения цитокинов.

Значимыми клинико-лабораторными признаками такого состояния могут быть:

внезапное нарастание клинических проявлений через 1-2 недели от момента начала заболевания, сохраняющаяся или вновь появившаяся фибрильная лихорадка, выраженная лимфопения в общем анализе крови, снижение количества Т- и В-лимфоцитов

значительное повышение уровня Д-димера (>1500) или его быстрое нарастание и/или высокие уровни интерлейкина-6 (>40 пг/мл) и/или повышение уровня С-реактивного белка более 75 мг/л, интерстициальное поражение легких

Пошаговый подход в выборе респираторной терапии COVID-19



Примеры формулировки диагнозов и кодирование COVID-19 по МКБ-10

Пример 1. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 (подтвержденная), среднетяжелая форма, внебольничная двусторонняя пневмония. ДН 0.

Пример 2. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 (подтвержденная), тяжелая форма, внебольничная двусторонняя пневмония, ОДН. .

Пример 3. Подозрение на новую коронавирусную инфекцию COVID-19, тяжелая форма, внебольничная двусторонняя пневмония. Острый респираторный дистресс-синдром. ОДН.

Л бл п м п : п м лбл
пв т бч п л т б

Город Бишкек:

Клинический родильный дом 2

Чуйская область:

Бысык-Атинская территориальная больница

Московская территориальная больница

Ошская область:

Городской клинической больницы

Джалал-Абадская область:

Сузакской территориальной больницы им. С. Жолдошева

Таласская область:

Таласской областной объединенной больницы,

Нарынская область:

Нарынской областной объединенной больницы,

Баткенская область:

Баткенской областной объединенной больницы,

Кызыл-Кульская область:

Кызыл-Кульской областной объединенной больницы

Клинический случай

БЛАГОДАРЮ ЗА
ВНИМАНИЕ!