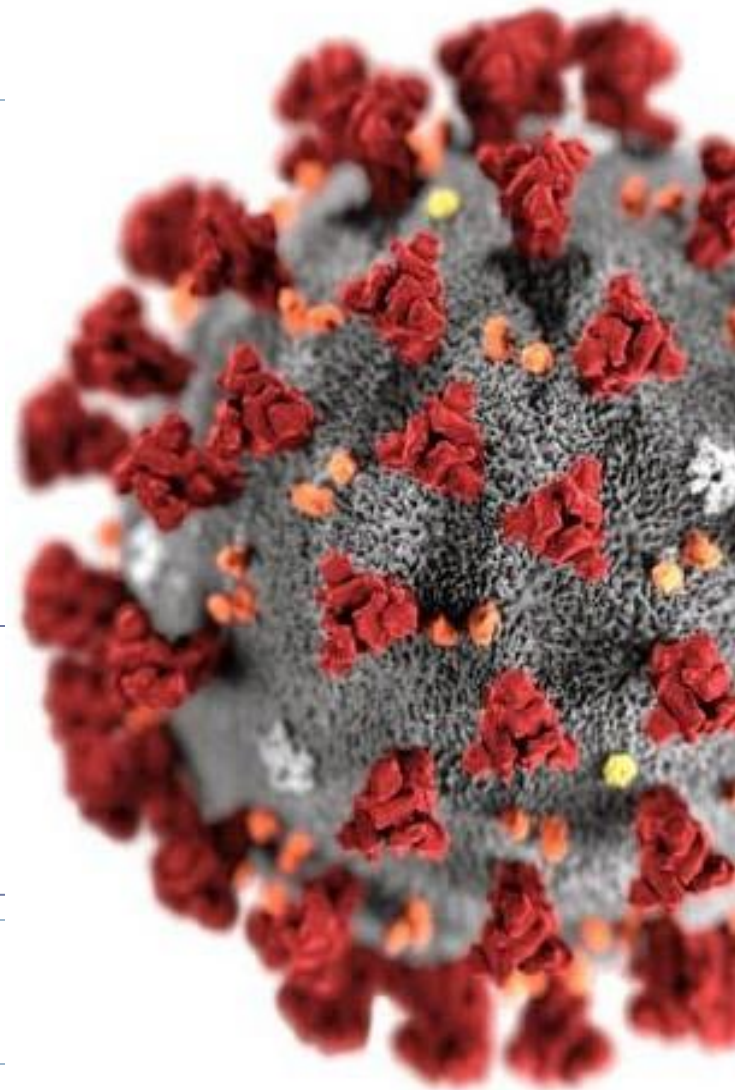

акушерская тактика при COVID- 19

Доцент кафедры
акушерства и
гинекологии ФПК и

Нурмагомедова С.С ППС,



АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА COVID-19

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



Подробная оценка всех жалоб, анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза: наличие зарубежных поездок за 14 дней до первых симптомов, а также наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, подозрительными на инфицирование SARS-CoV-2, или лицами у которых диагноз подтвержден лабораторно.

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА COVID-19

Физикальное обследование с установлением степени тяжести состояния пациента, обязательно

включающее:

- оценку видимых слизистых оболочек верхних дыхательных путей,
- аускультацию и перкуссию легких,
- пальпацию лимфатических узлов,
- исследование органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки,
- термометрию, пульсоксиметрию с измерением SpO₂
- оценку уровня сознания,
- измерение частоты сердечных сокращений, артериального давления, частоты дыхательных движений.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ОБЩАЯ:

Общий (клинический) анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, лейкоцитарной формулы (чем тяжелее течение, тем выраженнее изменения): лейкопения, лимфопения, анэозинофилия; в случае присоединения бактериальной суперинфекции: лейкоцитоз и/или «сдвиг формулы влево»; тромбоцитов (чем тяжелее течение, тем выраженнее тромбоцитопения)



Биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин). Отклонения могут указывать на наличие органной дисфункции, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, имеют определенное прогностическое значение, оказывают влияние на выбор лекарственных средств и/или режим их дозирования.

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА COVID-19

исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови. Уровень СРБ коррелирует с тяжестью течения, распространенностью воспалительной инфильтрации и прогнозом при пневмонии; показание для назначения и оценки эффективности антибактериальной терапии; необходим для ежедневного мониторинга при тяжелом течении пневмонии);

пульсоксиметрия с измерением SpO_2 для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии. позволяет выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке и оценивать ее эффективность;

исследование **газов артериальной крови** с определением PaO_2 , $PaCO_2$, pH, бикарбонатов, лактата;

коагулограмма;

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА COVID-19

Прокальцитонин для дифференциальной диагностики с бактериальной этиологией пневмонии, сепсисом (повышается). При коронавирусной инфекции прокальцитонин не повышается, при тяжелом течении – снижается;

Д-димер, креатинфосфокиназа, тропонин повышение при тяжелом течении, особенно у лиц старшего возраста, пациентов с коморбидностью, при прогрессировании заболевания, свидетельствует о неблагоприятном прогнозе, риске коронарного события;

Посев крови на стерильность и гемокультуру (при подозрении на сепсис);

Посев мокроты, мазка из зева, мочи (при подозрении на бактериальную микст-инфекцию);

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА COVID-19

**Лабораторная диагностика
специфическая:
выявление РНК SARS-CoV-2
методом ПЦР**



АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА COVID-19

Инструментальная диагностика:

- **компьютерная томография (КТ) легких** рекомендуется всем пациентам с подозрением на пневмонию; классификация специфических изменений картины КТ может учитываться при маршрутизации пациентов с COVID-19;
- при отсутствии возможности выполнения компьютерной томографии - **обзорная рентгенография органов грудной клетки**
- **!!! Проведение этих методов исследования при беременности возможно по показаниям с соблюдением мер защиты плода**
- **электрокардиография (ЭКГ) в стандартных отведениях**

АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА COVID-19

Для проведения дифференциальной диагностики проводят исследования методом ПЦР на возбудители респираторных инфекций: вирусы гриппа типа А и В, респираторно-синцитиальный вирус (РСВ), вирусы парагриппа, риновирусы, аденовирусы, человеческие метапневмовирусы, MERS-CoV.

Обязательно проведение микробиологической диагностики (культуральное исследование) и/или ПЦР- диагностики на *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae type B*, *Legionella pneumophila*, а также иные возбудители бактериальных респираторных инфекций нижних дыхательных путей. Для экспресс- диагностики могут использоваться экспресс-тесты по выявлению пневмококковой и легионеллезной антигенурии.

ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ

Рекомендованные к использованию для этиотропного лечения COVID-19 у взрослых хлорохин, гидроксихлорохин, интерферон бета-1b (ИФН- β 1b), ингибиторы рецепторов ИЛ-6 тоцилизумаб и сарилумаб -противопоказаны к применению во время беременности. Однако в качестве этиотропной терапии возможно назначение противовирусных препаратов с учетом их эффективности против нового коронавируса по жизненным показаниям. В остальных случаях следует учитывать их безопасность при беременности и в период грудного вскармливания.

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

ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ

Назначение препаратов лопинавир+ритонавир возможно, в случае если предполагаемая польза для матери превосходит потенциальный риск для плода: 400 мг лопинавира + 100 мг ритонавира назначаются каждые 12 часов в течение 14 дней в таблетированной форме. В случае невозможности перорального приема эти препараты (400 мг лопинавира + 100 мг ритонавира) вводятся через назогастральный зонд в виде суспензии (5 мл) каждые 12 часов в течение 14 дней.

Для медикаментозной профилактики COVID-19 у беременных и при легких формах заболевания возможно только интраназальное введение рекомбинантного интерферона альфа 2b (Гриппферон).

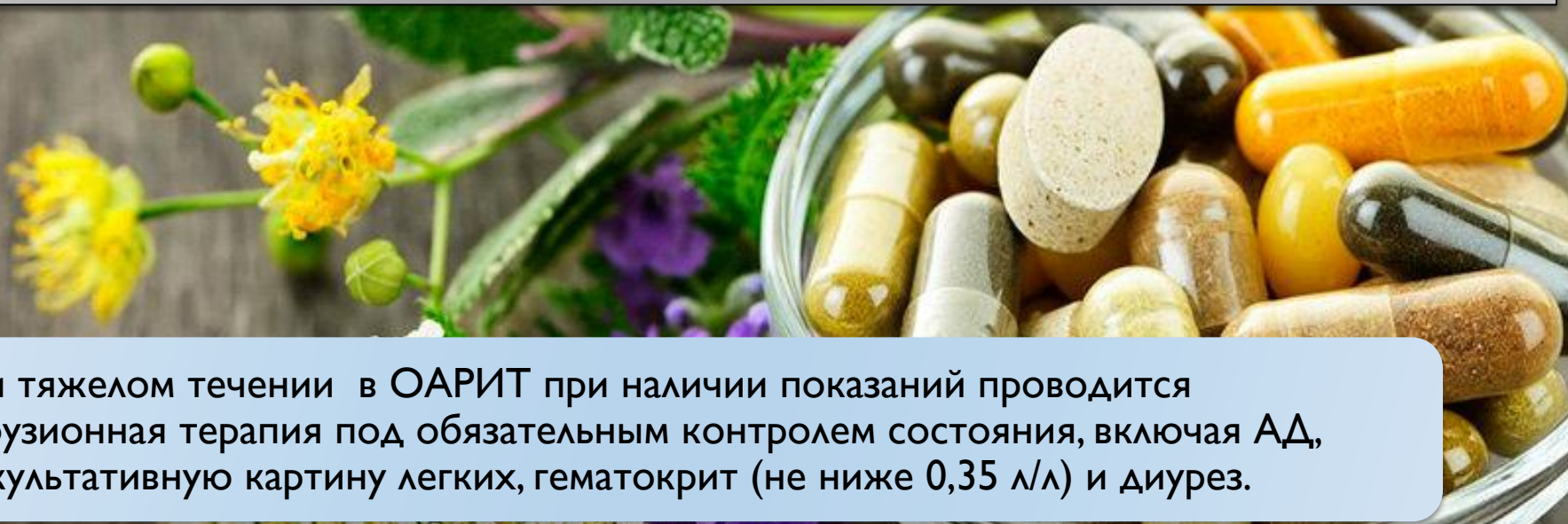
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Жаропонижающим препаратом первого выбора является парацетамол, 500-1000 мг до 4 раз в день (не более 4 г в сутки). В I и II триместре может быть назначен целекоксиб 100-200 мг 2 р/день в течение 3-5 дней.

Достаточное количество жидкости (2,5-3,5 литра в сутки и более) энтеросорбенты (диоксид кремния коллоидный, полиметилсилоксанаполигидрат и другие)

Показаниями для перевода ОРИТ при коронавирусной инфекции являются быстро прогрессирующая ОДН ($ЧД > 25$ в 1 мин, $SpO_2 < 92\%$, а также другая органная недостаточность (2 и более балла по шкале SOFA).

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ



При тяжелом течении в ОАРИТ при наличии показаний проводится инфузионная терапия под обязательным контролем состояния, включая АД, аускультативную картину легких, гематокрит (не ниже 0,35 л/л) и диурез.

Избыточные трансфузии жидкостей могут ухудшить насыщение крови кислородом, особенно в условиях ограниченных возможностей искусственной вентиляции легких, а также спровоцировать или усугубить проявления ОРДС.

С целью профилактики отека головного мозга и отека легких пациентам целесообразно проводить инфузионную терапию на фоне форсированного диуреза (фуросемид 1% 2–4 мл в/м или в/в болюсно).

СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ

Во время беременности (II и III триместры), в послеродовом и постабортном периоде возможно применение муколитических средств (амброксол 2–3 мл с изотоническим раствором в соотношении 1:1 2–3 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 (2,5–5 мг в 5 мл изотонического раствора 2 раза в день).

Адекватная респираторная поддержка у всех беременных с клиникой острого респираторного заболевания и/или с пневмонией.

Антибактериальная терапия при осложненных формах инфекции должна быть начата в течении 2-3 ч после госпитализации

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

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

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

- цефалоспорин III поколения ± макролид;
- защищенный аминопенициллин ± макролид;

К антибактериальным лекарственным средствам противопоказанным при беременности относятся тетрациклины, фторхинолоны, сульфаниламиды.

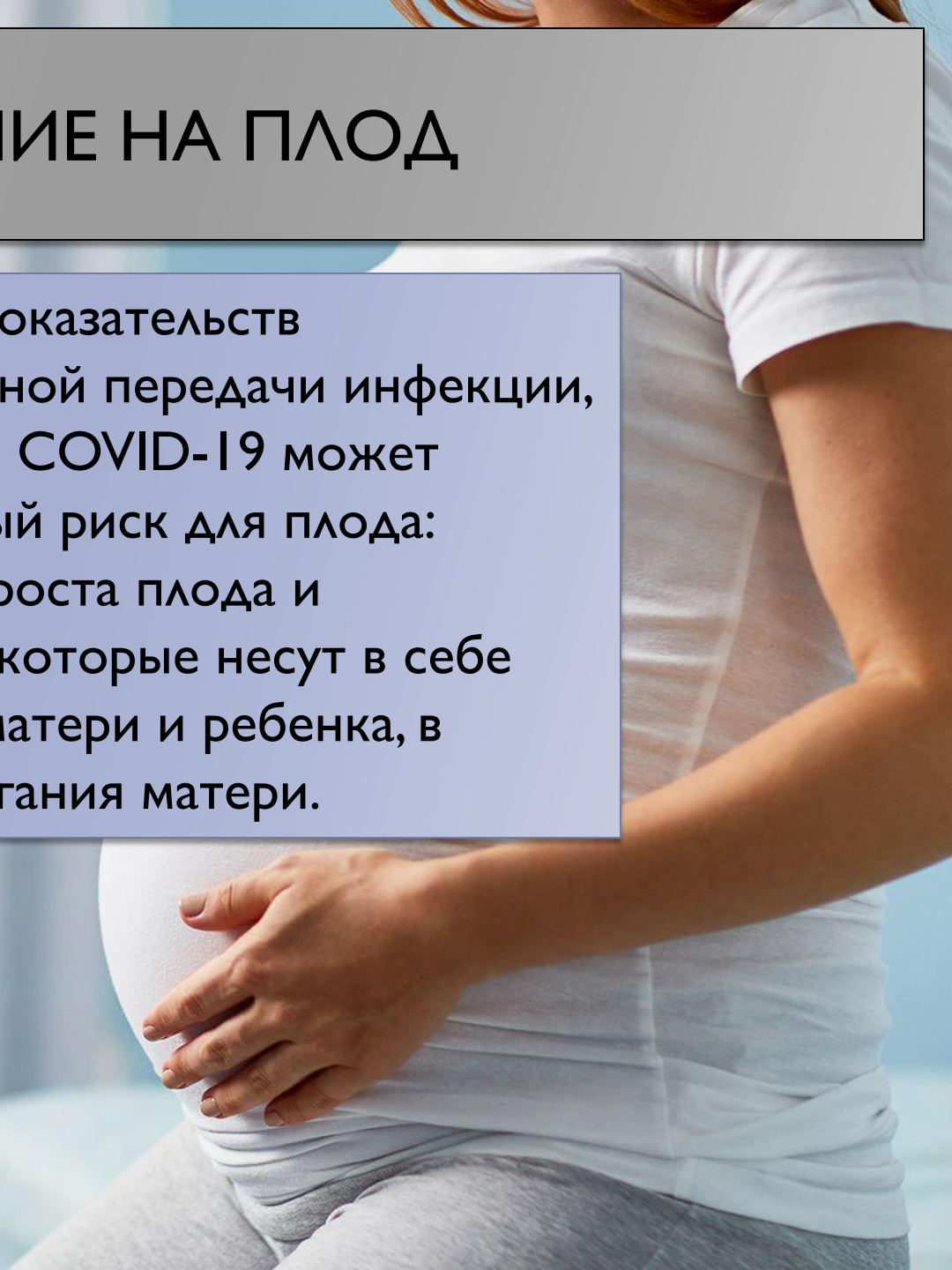
ВЛИЯНИЕ НА МАТЬ / СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Беременность — это физиологическое состояние, которое сопровождается частичным подавлением иммунитета матери, что казалось бы делает беременных более уязвимыми к вирусным и бактериальным инфекциям, однако последние данные о распространении инфекции среди беременных не подтверждают эту теорию.

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.

ВЛИЯНИЕ НА ПЛОД

Хотя нет убедительных доказательств (антенатальной) вертикальной передачи инфекции, однако заражение матери COVID-19 может представлять определенный риск для плода: возможен риск задержки роста плода и преждевременных родов, которые несут в себе риск вреда для здоровья матери и ребенка, в случае серьезного недомогания матери.



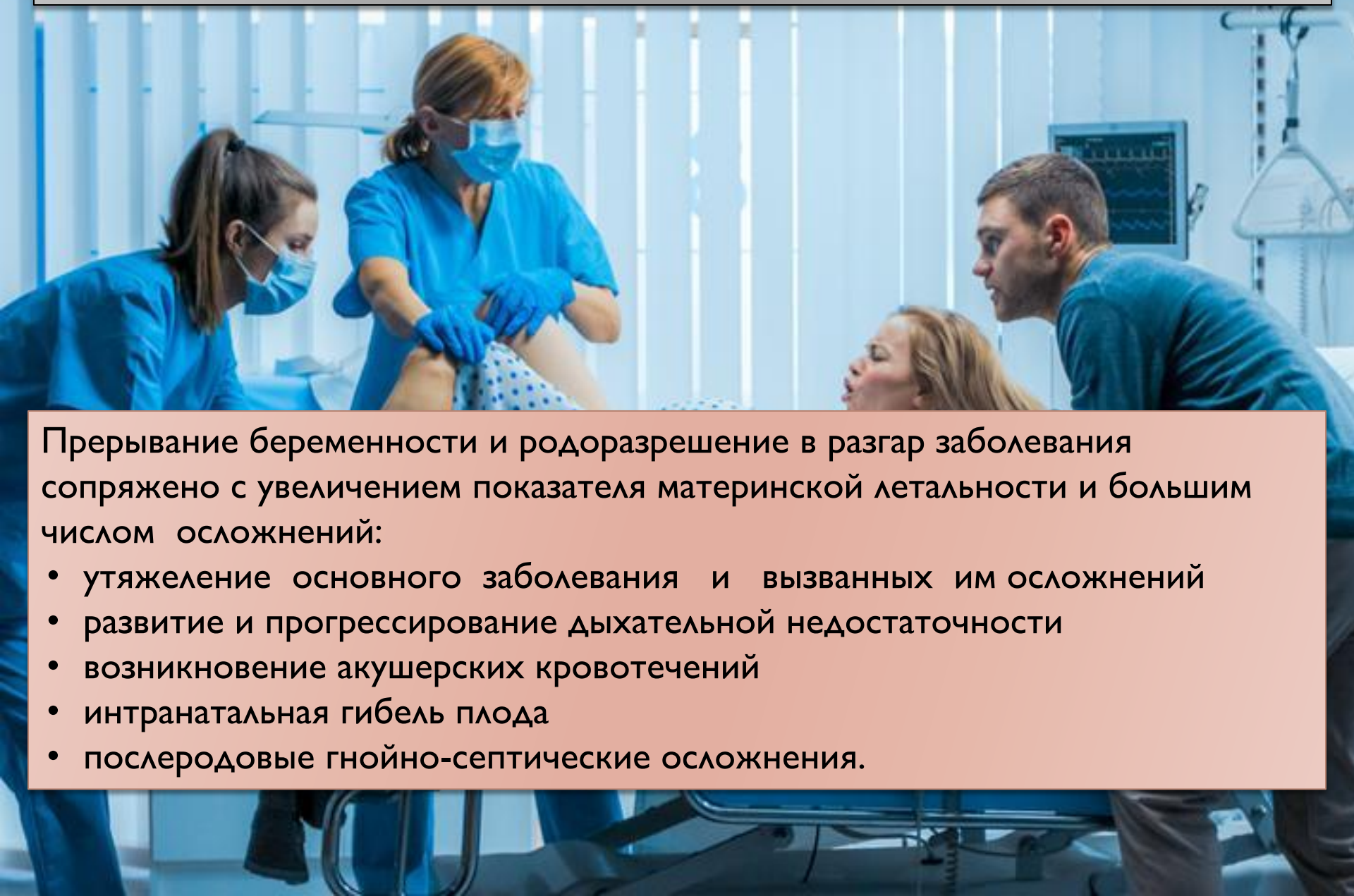
АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ COVID-19

Акушерская тактика определяется несколькими аспектами:

- тяжестью состояния пациентки
- состоянием плода
- сроком гестации.

При средней степени тяжести и тяжелом течении заболевания до 12 нед. 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 недель или амниоцентез с 16 недель гестации для выявления хромосомных аномалий плода.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ COVID-19



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.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ COVID-19

В кратчайшие сроки после поступления пациентки необходимо провести междисциплинарный консилиум, по возможности с участием консультирующего врача (специалиста по инфекционным заболеваниям, если такой имеется), врача-акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога с целью определения акушерской тактики, срока и метода родоразрешения.

Приоритетом всегда должно быть благополучие матери.

Способ родоразрешения должен обсуждаться с женщиной, учитываются ее предпочтения и акушерские показания. На способ родоразрешения не должно влиять наличие инфекции COVID-19, если только респираторное состояние женщины не требует ургентного проведения родов.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ COVID-19

Элективное кесарево сечение и индукция родов:

следует осуществить индивидуальную оценку состояния женщины с легкими симптомами, подозрительными или с подтвержденным инфицированием COVID-19, чтобы определить, безопасно ли отложить оперативное вмешательство или индукцию родов с целью минимизировать риск передачи инфекции другим беременным, медицинским работникам и, в послеродовом периоде, младенцу.

Необходимо рассматривать медицинскую помощь при ведении родов через естественные родовые пути как медицинскую процедуру, которая повышает риски воздушно-капельного и контактного заражения. При ведении родов обязательным является использование медицинским персоналом средств индивидуальной защиты (хирургических масок, одноразовых водоотталкивающих халатов с длинными рукавами TNT, двойных перчаток, козырьков/защитных очков, одноразовых головных уборов, обуви и прочего с утилизацией их в последующем в соответствии с принятыми стандартами).

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ COVID-19

Однако при невозможности устранения гипоксии на фоне ИВЛ или при прогрессировании дыхательной недостаточности, развитии альвеолярного отека легких, а также при рефрактерном септическом шоке по жизненным показаниям в интересах матери и плода показано экстренное абдоминальное родоразрешение (Кесарево 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 проводится для сохранения жизни матери, но не плода, а в сроке более 24 недель – для спасения жизни матери и плода.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ COVID-19

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

Женщинам с незначительными симптомами COVID-19 можно посоветовать оставаться дома (самоизолированными) на ранней (латентной фазе) родов. Женщинам можно рекомендовать вернуться домой до установления регулярной родовой деятельности на собственном транспорте.

Если начало родовой деятельности будет подтверждено, то ведение родов в идеале следует продолжать в изоляторе. Пациентка постоянно должна носить хирургическую маску (FFP2-3) на лице.

Следует информировать о госпитализации пациентки с подтвержденной или подозрением на инфекцию COVID-19 членов мультидисциплинарной команды: акушера-гинеколога, анестезиолога-реаниматолога, акушерку, врача-неонатолога и медсестру неонатологии.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ COVID-19

Не рекомендуются партнерские роды

Не следует использовать родовой бассейн в случаях, когда COVID-19 подозревается или подтвержден, так как в случае родов в воде медицинские работники не могут использовать адекватные средства защиты.

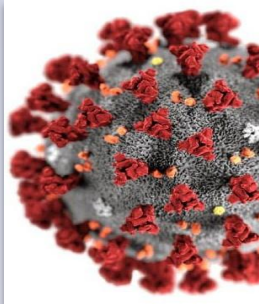
При необходимости индукции родов- использовать протокол «быстрой индукции»

Противовирусная, антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, респираторная поддержка проводятся по показаниям

В родах показан непрерывный кардиотокографический мониторинг, мониторированы показатели матери (АД, SPO2) с учетом данных о более высокой частоте дистресса плода в родах

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ COVID-19

Ранняя установка эпидурального катетера роженицам с высоким риском оперативного родоразрешения может предотвратить риск конверсии в общую анестезию

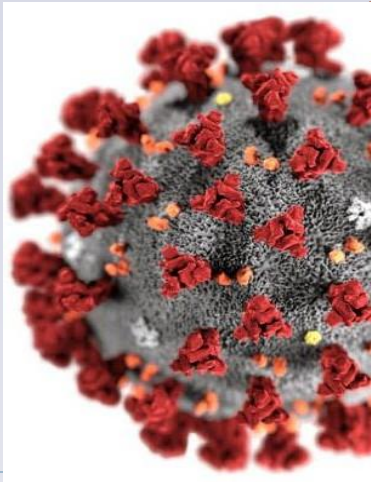


Использование ингаляционной анальгезии может увеличить аэролизацию и распространение вируса. Не использовать в/в анальгезию – риск респираторной депрессии

Неинвазивная вентиляция легких (НИВ) и высокопоточная назальная инсуффляция кислородом (HFNO) являются источниками аэролизации (распространение вируса в окружающем воздухе), и пациенты, получающие эти методы лечения, должны находиться в боксах с вирусно-бактериальными фильтрами и активной вытяжкой, а персонал должен носить полные средства индивидуальной защиты, находясь в комнате пациента.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ COVID-19

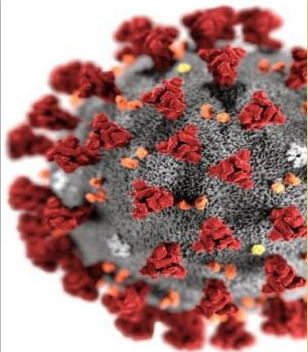
Необходимо принять индивидуальное решение по сокращению продолжительности второго периода родов в случае элективных инструментальных родов у симптоматической женщины с истощением или гипоксией;



При необходимости быстрого окончания родов во втором периоде для профилактики развития дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности следует применить вакуум-экстракцию или акушерские щипцы.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ COVID-19

Следует создать комплекты COVID-19 со всем оборудованием, включая лекарства для обезболивания родов и кесарева сечения, которые позволят минимизировать передвижение персонала.



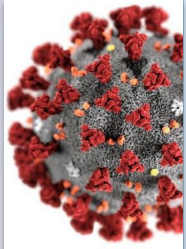
Учитывая, что COVID-19 ассоциируется с острым респираторным дистресс синдромом, необходимо проводить мониторинг состояния женщин с симптомами средней тяжести и тяжелыми симптомами COVID-19, используя график почасового притока-оттока жидкости. Необходимо стараться достичь нейтрального баланса жидкости в родах, чтобы избежать перегрузки жидкостью.

Нет доказательств, того, что применение стероидов для созревания легких плода причиняют вред в контексте COVID-19 если у женщины наблюдаются признаки сепсиса, его следует исследовать и лечить согласно соответствующему клиническому протоколу. При этом следует рассмотреть активную инфекцию COVID-19, как причину сепсиса, и провести исследование, согласно рекомендациям;

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ COVID-19

Всем пациенткам, независимо от срока беременности, показано проведение профилактики кровотечения

Раннее пережатие пуповины



Использование отсосов для аспирации из дыхательных путей новорожденного- только при крайней необходимости

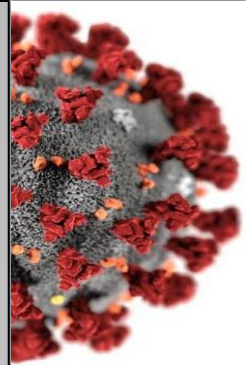
Осмотр ребенка неонатологом следует проводить в отдельном боксе от родильницы

Отменить «раннее прикладывание к груди», применение метода «кенгуру»

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ COVID-19

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

Анестезиологическое 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.



Для экстренного кесарева сечения подготовка к применению СИЗ занимает много времени. Это может вызвать задержку начала выполнения процедуры, но это сделать необходимо. О такой возможной задержке следует сообщить женщине и членам ее семьи.

АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ПРИ COVID-19

Элективные операции необходимо планировать на конец списка операций.

Ургентные операции должны проводиться в другом родильном зале, что обеспечивает время для проведения полной послеоперационной очистки зала согласно локальных установок

Количество персонала, участвующего в ведении родов, операции, должно быть минимальным

Весь персонал (включая работников родильного зала, неонатального отделения и обслуживающий персонал) должен пройти обучение по использованию СИЗ для предотвращения задержек при выполнении неотложных вмешательств

Необходимо рассмотреть возможность проведения симуляционных тренировок для выявления подготовленности персонала и проблемных зон

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ



Младенцы, рожденные от матерей с подтвержденным COVID-19, должны считаться пациентами с подозрением на COVID-19, дети должны быть обследованы на COVID-19.

Младенцам, рожденным от матерей, которые показали положительный результат теста на COVID-19, после выписки нужен присмотр неонатолога и постоянное наблюдение.

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

Департамент здравоохранения г. Москвы и коллеги из КНР рекомендуют отдельное пребывание зараженной матери и ее ребенка на 14 дней, учитывая высокий риск контактной воздушно-капельной передачи вируса. Но инструкции ВОЗ, США и Великобритании допускают совместное пребывание, мотивируя этот шаг негативным воздействием отдельного пребывания на кормление и формирование привязанности.

Риски и преимущества временного разлучения матери с ее ребенком должны обсуждаться на консилиуме, а также с матерью ребенка.

Необходимо получить информированное добровольное согласие законного представителя с подтвержденной/подозрительной covid-19 инфекцией на совместное пребывание с новорожденным ребенком

В случае отказа матери от отдельного пребывания с новорожденным необходимо рассмотреть возможность временного отдельного размещения (например, отдельных комнат) матери и ее ребенка, использовать физические барьеры (например, завеса между матерью и новорожденным), держать новорожденного на расстоянии ≥ 180 см от больной матери.

Для женщин, желающих кормить грудью, необходимо принять меры предосторожности для защиты ребенка от заражения вируса:

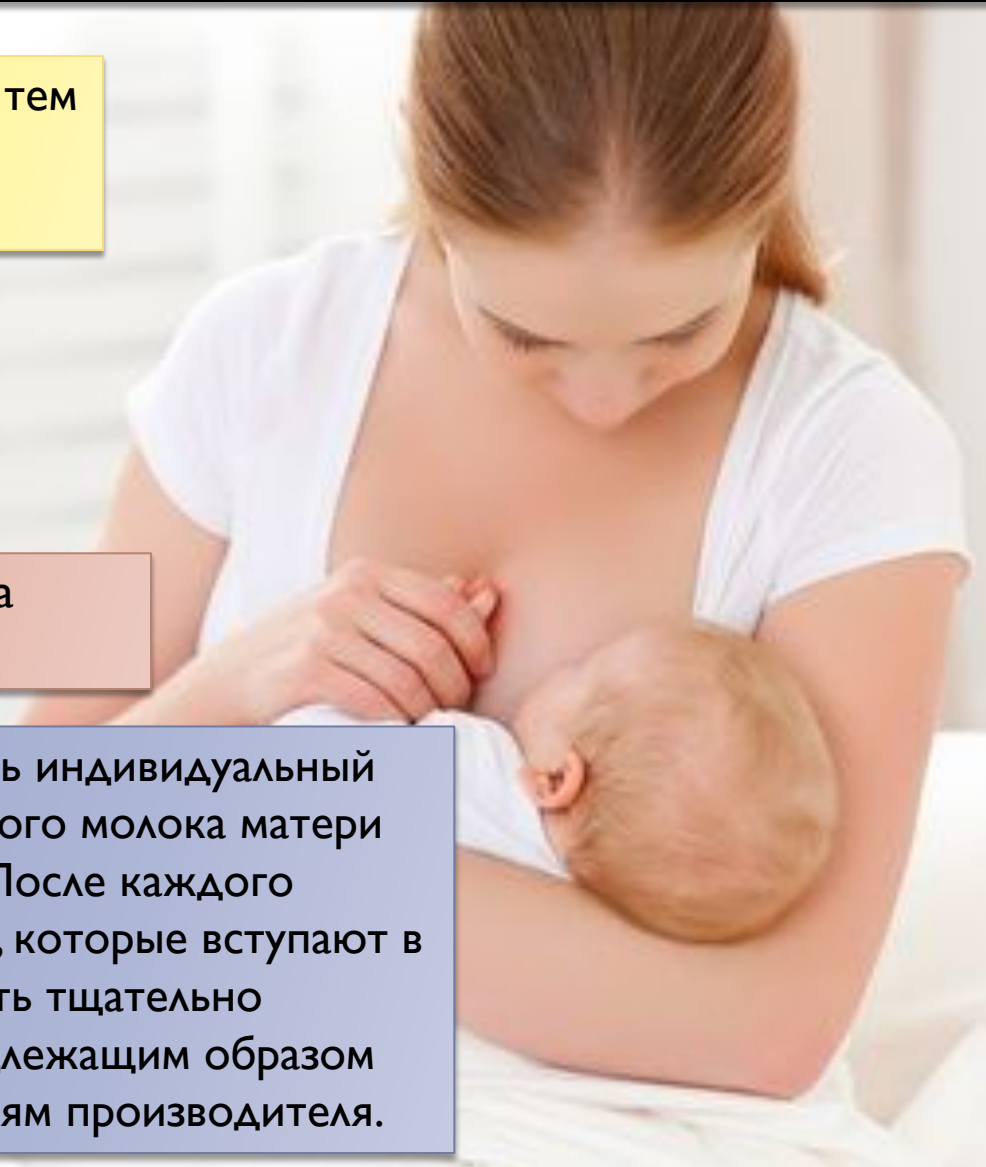
Мыть и дезинфицировать руки перед тем как трогать ребенка, молокоотсос и бутылочки;

Не кашлять и не чихать на ребенка во время кормления грудью;

Во время кормления, сцеживания молока надевать защитную маску;

Сцеживать грудное молоко, использовать индивидуальный молокоотсос. Перед сцеживанием грудного молока матери должны мыть и дезинфицировать руки. После каждого использования молокоотсоса все детали, которые вступают в контакт с грудным молоком, должны быть тщательно вымыты, и весь прибор должен быть надлежащим образом продезинфицирован согласно инструкциям производителя.

Сцеженное грудное молоко должен давать новорожденному здоровый попечитель.



КЛИНИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ ВЫПИСКА ИЗ СТАЦИОНАРА 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 методом ПЦР с интервалом не менее 1 дня.

ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ МАТЕРИАЛЫ:

Установки Королевского колледжа акушеров и гинекологов Великобритании
Public Health England (PHE), Health Protection Scotland (HPS);
Центра по контролю и профилактике заболеваний COVID-19, США
Рекомендации ВОЗ «Вопросы и ответы про Коронавирус COVID-19 и влияние на беременность, роды и кормление грудью».
Клинический протокол МЗ РК - 2020 Коронавирусная инфекция - COVID-19
«Инструкция об организации работы по диагностике новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (письмо Роспотребнадзора от 18.03.2020 №02/4457-2020-27)
Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» МЗ РФ, Версия 5 08.04.2020, М., 2020, 68 стр. «Обзор рекомендаций по ведению беременных с Covid-19: что должен знать акушерский анестезиолог». Шифман Е.М., Иоскович А.М., Роненсон А. М., Куликов А./Вестник акушерской анестезиологии. 2020, №3 (29), стр. 5-13.
Рекомендации по организации работы по профилактике новой коронавирусной инфекции (COVID-19) при оказании медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». А.С. Оленев. М. 02.04.2020., 28 стр.

КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

1. Этиотропное лечение COVID-19 у беременных, рожениц и родильниц
2. Медикаментозная профилактика COVID-19 у беременных
3. Симптоматическое лечение у беременных, рожениц и родильниц
4. Особенности антибактериальной терапии у беременных, рожений и родильниц.
5. Влияние заболевания на мать.
6. Влияние на плод.
7. Акушерская тактика при средней степени тяжести и тяжелом течении заболевания до 12 нед. гестации.
8. Объем обследования беременной с подозрением или подтвержденным заболеванием COVID-19.
9. Цель и состав междисциплинарного консилиума.
10. Предпочтительный метод родоразрешения при заболевании COVID-19
11. Является ли заболевание COVID показанием к абдоминальному родоразрешению?
12. Где должны вестись роды у пациентки
13. Особенности ведения I периода родов.
14. Объясните преимущества нейроаксилярной анальгезии перед ингаляционным и внутривенным обезболиванием родов?
15. Особенности ведения II период родов.
16. Особенности ведения послеродового периода.
17. Влияние заболевание COVID-19 на грудное вскармливание и новорожденного.