

# COVID-19 и бременност

## Препоръки към акушер-гинеколози и акушерки

Към днешна дата има ограничени данни за клиничното протичане и перинаталните резултати след COVID-19 по време на бременност или през следродилния период. Няма доказателства, че бременните жени са изложени на по-висок риск от усложнено протичане на заболяването, но независимо от това тези пациенти са включени в уязвима група.

Повечето данни сочат, че вертикално предаване на инфекцията не е възможно, но въпреки това има установени новородени с COVID-19.

С настоящите препоръки ще се опитаме да представим моментните представи за инфекцията при бременни, рисковете за бременни и новородени и да представим препоръки за поведение при такива пациенти. Тази информация подлежи на своевременна промяна при постъпване на нови данни и доказателства.

Представяме данни от обзор на бременни жени с COVID-19 и изхода от тяхната бременност, публикувано в края на февруари 2020 г. (2).

Заболяването протича тежко при 2 от 32 жени, диагностицирани с COVID-19, които са настанени в интензивно отделение. В сравнение със SARS и MERS, COVID-19 има по-малка смъртност и по-малък брой жени, които са в критично състояние. 47% от хоспитализираните пациенти с COVID-19 са родили преждевременно, което повишава натоварването в неонаталните отделения и изисква III ниво на неонатология.

На база направеното изследване Кралският колеж по акушерство и гинекология (RCOG) и Кралския колеж по педиатрия и детско здраве (RCPCH) разработват препоръки за раждане и неонатална грижа, които препоръчват родоразрешението да се определя предимно от акушерска индикация и препоръчва засегнатите от COVID-19 майки и бебета да бъдат отделени от другите пациенти.

### Резултати при бременните

**COVID-19** Към датата на публикуване на изследването във Великобритания са докладвани 32 жени, засегнати от COVID-19 по време на бременност, включително и една бременност с близнаци, които раждат 30 бебета (2–5). Двадесет и седем са родени чрез цезарово сечение и две - вагинално. Жените са родили в рамките на 13 дни от началото на заболяването COVID-19, три жени все още не са родили.

Когато говорим за заболяемост и смъртност на майката ( $n = 23$ ), изследването цитира две жени, приети за интензивно лечение и механична вентилация и една с развита полиорганна недостатъчност и все още е на екстракорпорална мембранна оксигенация (ЕСМО). Всички симптоматични жени ( $n = 17$ ) имат промени в белия дроб, които се

диагностицират при компютърно томографско изследване (КТ) на гръдния кош. Към момента на публикуване на изследването не е имало смърт на майката (2,3).

**SARS** Степента на смъртност на случаите (CFR) е 15% за всички съобщени случаи на SARS при бременност (6–11). Проучване и анализ на случаите, сравняващо 10 бременни и 40 бременни жени, засегнати от SARS в Хонконг, съобщава за прием в интензивно отделение на 60% от жените и 40% смъртност в групата на бременните, в сравнение със съответните стойности от 17,5% и 0% през групата на жените, които не са бременни (9). Всички жени, засегнати от SARS, са имали КТ или рентгенографски данни за пневмония.

**MERS** При бременни жени, засегнати от MERS, 7 от 11 жени (64%) са приети в интензивно отделение, а смъртността е 3 от 11 жени или 27% (12–17).

### **Ранна бременност**

**COVID-19** Към момента на публикуване на изследването няма данни за жени в първия триместър с COVID-19.

**SARS** При 4 от 7 жени с инфекция от SARS бременността е завършила със спонтанен аборт през първо тримесечие (8).

**MERS** Съобщава се за единичен случай на жена с MERS през първия триместър. Тази жена беше безсимптомна и бременността завърши с раждане (20).

### **Втори/трети триместър**

**COVID-19** При една жена, засегната от COVID-19, през 34 г.с., постъпила с треска и болки в гърлото, състоянието се влоши по време на приема и тя е приета в интензивно отделение. Плодът загива и е родоразрешен чрез цезарово сечение. Няма данни от медицинското проследяване на бременността и от фетална морфология за състоянието на плода.

**SARS** В случаи на SARS, които са съобщени след първия триместър, се съобщава за пет жени, засегнати от SARS (две през втория триместър, три през третия триместър). При една от тях, бременна с близнаци, е имало загуба на единия плод, а другият оцелява след раждането. Не е ясно дали загубата е настъпила през втория или третия триместър; това е произволно записано като възникнало през третия триместър (21).

**MERS** Две загуби от бременност са съобщени при бременности, засегнати от MERS. В първия случай жената се разболяла в 19 гестационна седмица и получила вагинално кървене, което води до загуба на плода в 20 г.с. (17). Трябва да се отбележи, че тази жена отказва рентгенография на гръдния кош и медикаменти поради притесненията си за ефекта им върху бременността. Вторият случай е жена в 34 г.с. с прееклампсия и MERS. При постъпването в болница се установява интраутеринна смърт на плода. Жената е родоразрешена вагинално и е приета в интензивно отделение без интубация (14).

## Преждевременно раждане

**COVID-19** При 15 от 32 жени (47%), засегнати от COVID-19, раждането е преждевременно. В проучването на Chen et al. Всички майки (n = 9) са родоразрешени чрез цезарово сечение, две от които са в 36 г.с. (2). В проучването на Zhu et al. седем жени са родоразрешени чрез цезарово сечение и две чрез вагинално раждане (4). 5 от 9 жени (6/10 бебета) са родили недоносени бебета. Индикациите за цезарово сечение не са отбелязани, въпреки това при шест бебета е имало фетален дистрес преди раждането и изглежда разумно да се предположи, че състоянието на плода е допринесло за избора на родоразрешение. Wang et al. съобщава за една жена, която е родила през 30 г.с. поради фетален дистрес (3). Liu et al. съобщава за 13 жени, от които седем родили преждевременно през цезарово сечение; индикациите за избор на родоразрешение не се съобщават (5).

**SARS** 4 от 16 бременности със SARS завършват с преждевременно раждане в 26, 28, 32 и 33 г.с. (20). В проучването на Zhang et al. 5 жени са родили преждевременно без данни за конкретния срок на бременността (21).

**MERS** 3 от 11 жени с MERS са родили преждевременно с цезарово сечение (една през 24 г.с. и две през 32 г.с. поради майчина хипоксемия) (12,20).

## Фетално тегло и плацентарна функция

**COVID-19** При жени, засегнати от COVID-19, които са родили в рамките на 13 дни от началото на заболяването, растежът на плода е малко вероятно да се повлияе в този период от време (2–5). Към момента на публикуването няма данни за растежа на плода при трите продължаващи бременности (5). Засега няма налична патология на плацентата.

**SARS** Плацентите при жени, засегнати от SARS, показват ранни промени, които се наблюдават при бременности с ограничаване на растежа на плода (отлагане на фибрин), когато раждането е станало  $\leq 1$  седмица след началото на заболяването. Теглото на плода при раждане е нормално. Когато раждането е било 5-7 седмици след началото на заболяването, е имало ретардация на плода при 2/3 бременности (8) и техните плаценти са показали по-тежки промени (области със загуба на кръвоснабдяване, аваскуларни въси и отлепване на плацентата и ретроплацентарни хематоми) (22).

**MERS** 4 от 11 жени с MERS са родили здраво бебе в срок, въпреки че теглото при раждане не се съобщава в 3/4 от тези случаи. В един случай се съобщава за вагинално кървене в 37 г.с., което налага спешно цезарово сечение, при което се ражда бебе с тегло 3140 гр. и в добро състояние. Причината за кървенето е абрупцио на плацентата (13).

## Раждане и следродилен период

**COVID-19** Chen et al. съобщава за девет жени с COVID-19, които раждат чрез цезарово сечение след 36 г.с., при които две от децата се раждат недоносени. При две жени на термин се съобщава за фетален дистрес. При шест жени с COVID-19, които са били родоразрешени чрез цезарово сечение и впоследствие са били подложени на тестове, няма данни за COVID-19 в амниотичната течност, в кръвта от пъпната връв, в гърления секрет на новороденото или в кърмата (2). До момента няма научни публикации за инфектирано новородено бебе до 30 часа след раждането.

Zhu et al. съобщава за девет жени с COVID-19, родили 10 бебета (седем чрез цезарово сечение и две чрез вагинално раждане), от които само три майки са станали симптоматични след раждането. Индикациите за цезарово сечение не се съобщават. Тази кохорта от жени е имала инфекция COVID-19 от 31 г.с. нататък. 6 от 9 бременности са показали фетален дистрес и 5 от 9 жени са родили недоносени бебета (6 от 10 бебета) (4).

Wang et al. съобщава за една жена, която е претърпяла цезарово сечение заради фетален дистрес в 30 г.с. Бебето се е родило в добро състояние и пробите от околоплодна течност, неонатални стомашни проби, плацента и гърлен секрет на бебето са отрицателни за COVID-19 (3).

Liu et al. съобщава за 10 жени, всички от които са родоразрешени чрез цезарово сечение. Отчита се, че вертикалното предаване е отрицателно при всички 10 новородени. Пробите и методът на тестване не са посочени.

**SARS u MERS** Не се съобщава за вертикално предаване за случаи на SARS или MERS при бременности, завършили чрез цезарово сечение или вагинално раждане.

Световната здравна организация препоръчва бременните жени със съмнения за вероятна или потвърдена инфекция на COVID-19, на които може да се наложи да прекарат известно време в изолация, трябва да имат достъп до компетентна грижа, в това число акушерска, неонатална, психо-социална подкрепа и готовност за посрещане на майчини и неонатални усложнения.

Начинът на раждане трябва да бъде индивидуализиран въз основа на акушерските показания и предпочитания на жената. Решенията за спешно раждане и прекратяване на бременността са предизвикателство и се основават на много фактори като гестационна възраст, тежест на състоянието на майката, жизнеспособност на плода. Мултидисциплинарните консултации от специалисти по акушерство и гинекология, неонатология и интензивни грижи са от съществено значение. Въпреки че СЗО препоръчва раждането да завърши по нормален път при липса на акушерски индикации за секцио, по голямата част от ражданията, описани по-горе, са станали с цезарово сечение. Би могло да се мисли, че този начин на раждане е по-безопасен за екипа поради по-кратката експозиция с раждащата жена. Препоръките на Европейското дружество по анестезиология е анестезията да бъде проводна (спинална или комбинирана).

СЗО препоръчва кърменето да започне веднага след раждането при вземане на всички необходими предпазни мерки. При всички потвърдени или съмнителни случаи на COVID-19 симптоматичните майки, които кърмят или имат контакт „кожа до кожа“ или използват кенгуру-грижата трябва да упражняват респираторна хигиена, включително и по време на кърмене. Задължително трябва да се извършва измиване на ръцете преди и след контакт с детето и редовно да се почистват и дезинфекцират повърхности, с които майката е била в контакт.

На всички бременни жени с COVID-19 или възстановяващи се от COVID-19 трябва да се предостави информация за потенциалния риск за бременността.

Предвид често срещаните психични разстройства сред жените в антенаталния и постнаталния период при необходимост се препоръчва прилагането на психологична помощ и превантивни услуги в допълнение на стандартната медицинска грижа за осигуряване на добро психично здраве.

Източници:

1. Временни насоки на СЗО. 13 март 2020 г.
2. Coronavirus in pregnancy and delivery: rapid review. E. Mullins<sup>1</sup>, D. Evans<sup>2,3</sup>, R. M. Viner<sup>3,4</sup>, P. O'Brien<sup>5,6</sup> and E. Morris<sup>6,7</sup>
3. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for healthcare professionals. Version 5: Published Saturday 28 March 2020. RCOG.