|  |
| --- |
| Рекомендації щодо застосування масок у дітейв амбулаторних умовах в контексті COVID-19 |
| Додаток до Рекомендацій щодо застосування масок у контексті COVID-1921 серпня 2020 року |

# \\WIMS\HQ\GVA11\Home\khutq\Desktop\WHO logo\WHO-EN-B-H.png Мета даного документа

Цей документ надає настанови особам, що приймають рішення, експертам громадського здоров'я та педіатрії щодо інформування політики стосовно застосування масок у дітей в контексті пандемії COVID-19. Він не стосується застосування масок для дорослих, які працюють з дітьми чи батьків/опікунів, або застосування масок у дітей в закладах охорони здоров’я. Це проміжне керівництво буде переглянуто та оновлено з появою нових доказів.

# Суть питання

Всесвітня організація охорони здоров’я (ВООЗ) та Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ) рекомендують застосовувати маски відповідно до підходу, що ґрунтується на оцінці ризику, як частину комплексного пакету заходів з охорони здоров’я, які можуть запобігти та контролювати передачу певних вірусних респіраторних захворювань, включаючи COVID-19. Дотримання інших заходів, включаючи фізичне дистанціювання, гігієну рук, респіраторний етикет і адекватну вентиляцію в приміщеннях, є важливим для зменшення поширення вірусу SARS-CoV-2 – вірусу, який викликає
COVID-19.

Дане керівництво наводить конкретні міркування щодо застосування немедичних масок, також відомих як тканинні маски, в якості засобів для контролю джерел інфікування у контексті поточної пандемії COVID-19. Документ є додатком до Рекомендацій ВООЗ щодо застосування масок у контексті COVID-19,1 в яких можна знайти більш детальну інформацію про тканинні маски. Цей додаток також радить застосовувати медичні маски для дітей за певних умов. Для цілей даного керівництва діти визначаються, як особи, що не досягли 18-річного віку2.

## Методологія розробки керівництва

Група з розробки керівництва (GDG) щодо профілактика інфекції та інфекційного контролю (ПІІК) Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ), експерти ЮНІСЕФ та Міжнародної педіатричної асоціації (МПА) спільно вивчили наявні докази з метою розробки настанов щодо застосування масок у дітей в контексті поточної пандемії. За період з червня по серпень 2020 року було проведено п’ять міжнародних зустрічей експертів. За відсутності вагомих наукових доказів головною основою для даного керівництва був консенсус між цими групами. Крім того, проєкт керівництва було розглянуто мультидисциплінарною групою додаткових зовнішніх експертів до його фіналізації.

## Наявні докази

*Передача COVID-19 у дітей*

На даний момент, масштаб участі дітей у передачі SARS-CoV-2 не є повністю зрозумілим. Відповідно до бази даних глобального епіднагляду ВООЗ за лабораторно підтвердженими випадками на основі звітних форм, що надсилаються до ВООЗ державами-членами3 та на основі інших досліджень, повідомляється про 1-7% випадків COVID-19 серед дітей із відносно низьким показником смертності у порівнянні з іншими віковими групами4-8. Європейський центр з контролю та профілактики захворювань (ECDC) нещодавно повідомив про віковий розподіл COVID-19 серед дітей в Європейському Союзі (ЄС), Європейському економічному просторі (ЄЕП) та Сполученому Королівстві (СК). Вони повідомили, що станом на 26 липня 2020 року 4% від усіх випадків в ЄС/ЄЕП та СК припадали на дітей6.

На сьогоднішній день наявні дані свідчать про те, що більшість зареєстрованих випадків захворювання серед дітей сталися внаслідок передачі в домогосподарствах, хоча на це спостереження могли вплинути закриття шкіл та інші заходи направлені на перебування вдома, які застосовуються деякими країнами.7,9 І хоча вірус, компетентний за культурою, виділявся у дітей з симптоматикою із рівнями вірусного навантаження подібними до рівнів у дорослих10, дані наявних досліджень контактів з випадками COVID-19 та кластерних розслідувань свідчать про те, що діти навряд чи будуть головними рушіями передачі COVID-197,9 11-14. На сьогоднішній день, задокументована передача серед дітей та персоналу в межах навчальних закладів є обмеженою15-20. Також обмеженими є докази щодо поширеності SARS-CoV-2 серед дітей, що доведено даними сероепідеміологічних досліджень. Водночас, наявні дані свідчать про те, що серопревалентність виявляється нижчою для дітей молодшого віку порівняно зі старшими дітьми та дорослими17,21-25.

Дослідження вірусного навантаження та тривалості безсимптомного виділення віруса у дітей, порівняно з дорослими, також обмежені. Одне опубліковане дослідження припускає, що вірусне навантаження у інфікованих пацієнтів може відрізнятися залежно від віку, і що у симптоматичних дітей тривалість виділення вірусів довша, ніж у безсимптомних25. Деякі дослідження показують, що діти віком до п'яти років мають меншу кількість вірусної РНК у респіраторних виділеннях та фекаліях порівняно зі школярами, підлітками та дорослими26,27. Водночас, одне дослідження зі Сполучених Штатів Америки виявило, що діти до п'яти років із легким та помірної важкості захворюванням на COVID-19 мають більшу кількість вірусної РНК у зразках з верхніх дихальних шляхів, порівняно зі старшими дітьми та дорослими,28 в той час як попередня (препрінт) публікація (нерецензована) дослідження з Німеччини повідомила про відсутність відмінностей у кількості вірусної РНК серед дорослих та дітей29.

Підсумовуючи можна зазначити, що ступінь, до якого лише вік (незалежно від симптомів) впливає на вірусне навантаження та передачу, є недостатньо вивченим.

## Наявні докази застосування масок у дітей при COVID-19 та інших респіраторних захворюваннях

Докази щодо користі та шкоди носіння масок у дітей для пом'якшення передачі COVID-19 та інших коронавірусів обмежені. Водночас, деякі дослідження оцінили ефективність застосування масок у дітей проти грипу та інших респіраторних вірусів.30-34 Дослідження носіння масок під час сезонних спалахів грипу в Японії відзначало, що застосування масок було більш ефективним у старших класах (діти 9-12 років у 4-6 класах), ніж у молодших
(діти 6-9 років у 1-3 класах).34 Одне дослідження, проведене в лабораторних умовах та з використанням не-бетакоронавірусів, свідчить про те, що діти віком від п'яти до 11 років значно менше захищені носінням масок порівняно з дорослими, і можливо, що це пов’язано із гіршим приляганням маски.35 Інші дослідження виявили докази певного захисного ефекту проти грипу, як для контролю джерела захворювання,30 так і для захисту дітей34, хоча загальний показник дотримання вимоги постійного носіння масок, особливо серед дітей віком до 15 років, був низьким.

Деякі дослідження, включаючи проведені в контексті грипу та забруднення атмосферного повітря, виявили дуже варіативні показники користі та прийнятності носіння масок у дітей, що коливалися від дуже низьких до прийнятних рівнів і зменшувалися з часом під час носіння масок.30,31,33,36-38 Одне дослідження було проведено серед дітей початкової школи під час COVID-19 та повідомило про показник дотримання 51,6%.31

У кількох дослідженнях під час застосування масок дітьми було виявлено такі негативні фактори: надмірне тепло, подразнення, утруднення дихання, дискомфорт, відволікання, низька соціальна сприйнятливість та погане прилягання маски.30,33,36,37 На сьогоднішній день, ефективність та вплив масок на дітей під час гри та фізичних навантажень не вивчались. Водночас, дослідження на дорослих показало, що респіратор N95 та хірургічні маски знижують серцево-легеневу спроможність під час важких навантажень.39

*Основні висновки*

Відповідно до обмежених наявних доказів, у дітей раннього віку може бути менша сприйнятливість до інфекції порівняно з дорослими.11,14 Водночас, наявні дані свідчать про те, що вона може різнитися залежно від віку дітей.17, 21-25 Дані сероепідеміологічних досліджень та вивчення передачі свідчать про те, що старші діти (наприклад, підлітки) можуть відігравати більш активну роль у передачі захворювання, ніж молодші.11,14,17, 21-25

Переваги носіння масок у дітей для контролю COVID-19 слід порівнювати з потенційною шкодою, що пов’язана з носінням масок, включаючи доцільність та дискомфорт, а також соціальні проблеми та проблеми спілкування. Фактори, які слід враховувати, також включають вікові групи, соціокультурні та контекстуальні міркування, а також наявність нагляду з боку дорослих та інші ресурси для запобігання передачі.

Існує потреба у даних високоякісних перспективних досліджень у різних закладах щодо ролі дітей та підлітків у передачі SARS-CoV-240, шляхів поліпшення показників прийняття та дотримання застосування масок, а також про ефективність застосування масок у дітей. Ці дослідження повинні бути пріоритетними та мають включати перспективні дослідження передачі в умовах навчальних закладів та домогосподарств, стратифіковані за віковими групами (в ідеалі <2, 2-4, 5-11 та> 12 років) та з різними моделями поширеності й передачі. Особливий акцент слід зробити на дослідженнях в школах з низьким та середнім рівнем доходу.

# Рекомендації особам, які приймають рішення, щодо застосування масок у дітей в амбулаторних умовах

## Загальні керівні принципи

Зважаючи на обмежені докази застосування масок у дітей при COVID-19 або інших респіраторних захворюваннях, включаючи обмежені докази щодо передачі SARS-CoV-2 серед дітей у певному віці, формування політики національними органами влади має керуватися наступними загальними соціальними принципами та принципами громадського здоров'я:

* Не нашкодити: найкращі інтереси, здоров’я та благополуччя дитини мають бути пріоритетними;
* Дані настанови не повинні негативно впливати на результати розвитку та навчання;
* Настанови повинні враховувати доцільність впровадження рекомендацій у різних соціальних, культурних та географічних контекстах, включаючи заклади з обмеженими ресурсами, гуманітарні заклади та заклади для дітей з обмеженими можливостями чи специфічними станами здоров'я.

## Рекомендації щодо застосування масок у дітей

Під час розробки національних політик в країнах чи районах, де відомо або є підозра стосовно передачі вірусу SARS-CoV-2 з невідомого джерела та в умовах, коли неможливо досягти фізичної дистанції, ВООЗ та ЮНІСЕФ радять особам, які приймають рішення, використовувати наступні критерії застосування масок у дітей.

1. На основі експертної думки, що була отримана в ході онлайн-зустрічей та консультативних процесів, діти віком до п'яти років не повинні носити маски з метою контролю джерела інфікування. Дана рекомендація вмотивована принципом «не нашкодь», і враховує:
	* основні етапи розвитку в дитячому віці;[b](#_bookmark1) 41
	* проблеми з дотриманням; та
	* автономність дій, що необхідні для правильного застосування маски.

Експерти (дотримуючись описаних вище методів) визнали, що докази, які підтверджують вибір обмеження за віком, є обмежені (див. вище розділ, що стосується передачі COVID-19 у дітей), і дане рішення було досягнуто консенсусом. Обґрунтування включало врахування того факту, що у віці п'яти років діти зазвичай досягають суттєвих етапів розвитку, включаючи спритні руки та дрібну моторику, які необхідні для належного застосування маски з мінімальною допомогою.

У деяких країнах настанови та політики рекомендують застосовувати інший і менший віковий критерій для застосування масок.42-45 Відомо, що діти можуть досягати важливих етапів розвитку в різному віці, і у віці п’яти років і менше вже можуть мати необхідну вправність, щоб впоратися з маскою. Якщо брати нижнє значення віку в два або три роки для рекомендованого застосування масок, керуючись принципом «не нашкодь», необхідно використовувати відповідний та постійний нагляд, включаючи безпосередній візуальний контроль з боку компетентного дорослого та дотримання вимог до носіння, особливо якщо очікується носіння масок протягом тривалого періоду. Це необхідно як для забезпечення правильного застосування маски, так і для запобігання будь-якої потенційної шкоди, що пов’язана з носінням маски для дитини.

У дітей з важкими когнітивними або респіраторними порушеннями, які мають складнощі з толеруванням маски, вимагати носіння маски не можна за жодних умов.

Інші заходи ПІІК, громадського та соціального здоров'я мають бути в пріоритеті для мінімізації ризику передачі SARS-CoV-2 у дітей п'яти років та менше, а саме: підтримка фізичної дистанції мінімум 1 метр, де це можливо, навчання дітей частій гігієні рук та обмеження розміру шкільних класів. Крім того, зазначається про інші специфічні міркування, як то присутність вразливих осіб або інші місцеві медичні рекомендації чи рекомендації щодо громадського здоров'я, які необхідно брати до уваги при визначенні необхідності носіння маски дітям у віці п'яти років та менше.

1. Для прийняття рішення стосовно носіння маски у дітей 6-11 років, необхідно застосовувати підхід оцінки ризиків. Даний підхід має брати до уваги:
	* інтенсивність передачі в регіоні, де перебуває дитина, та оновлені/наявні докази стосовно ризику інфекції та передачі в даній віковій групі;
	* соціальні та культурні умови, такі як вірування, традиції, поведінка або соціальні норми, які впливають на соціальну взаємодію населення та спільноти, особливо з дітьми та серед дітей;
	* здатність дитини дотримуватися належного застосування маски та наявність відповідного нагляду з боку дорослого;
	* потенційний вплив носіння маски на навчання та психосоціальний розвиток; і
	* додаткові специфічні міркування та адаптації для конкретних закладів, таких як домогосподарств з членами сім'ї похилого віку, шкіл, під час спортивних заходів або для дітей з інвалідністю, а також з іншими супутніми станами.
2. Рекомендації щодо застосування масок у дітей та підлітків 12 років та старше повинні відповідати настановам ВООЗ щодо застосування масок у дорослих1 і/або національним керівним принципам застосування масок у дорослих.

Навіть там, де застосовуються національні керівні принципи, мають бути визначені додаткові специфічні міркування (див. нижче) та адаптації для особливих закладів, таких як школи, протягом спортивних заходів, або для дітей з інвалідністю чи з супутніми захворюваннями.

1. Застосування медичної маски у дітей з імунокомпромісними станами або у дітей пацієнтів з муковісцидозом чи з іншими певними захворюваннями (напр. онкологія) зазвичай рекомендовано, але має оцінюватися в консультації з лікарем дитини.46,47

Для дітей з розладами розвитку, інвалідністю або іншими специфічними станами здоров'я будь якого віку, які можуть впливати на носіння маски, застосування масок не повинно бути обов'язковим і має оцінюватися для кожного окремого випадку вихователем та/або лікарем дитини.

## Міркування щодо імплементації

Приймаючи рекомендації щодо носіння масок серед різних груп населення на додачу до потенційної шкоди та негативних ефектів носіння маски, необхідно брати до уваги аспекти місцевої епідеміології та контексту, як то інтенсивність передачі, здатність до фізичного дистанціювання або запровадження відповідних заходів вентиляції в закритих приміщеннях, змішування осіб різного віку та контакт з вразливими особами.

Комунікація відповідно до віку, що спрямована на поліпшення розуміння мети носіння маски, безпечного та належного застосування маски та їх стану, мають забезпечуватися батьками/опікунами, вчителями, освітянами, авторитетними членами спільноти шляхом моделювання ролі. Матеріали, меседжі та механізми комунікації стосовно масок у дітей повинні залишатися гнучкими та адаптивними, а також мають систематично переглядатися та оновлюватися на основі змін в доказових даних, потреб та запитань з боку суспільства48,49. Необхідно також слухати дітей щодо їх сприйняття та будь-яких занепокоєнь стосовно носіння маски. Для реагування на запитання та очікування дітей необхідно мати адаптовану комунікацію для різних соціальних, культурних та лінгвістичних умов з механізмами зворотнього зв'язку.

Щоб переконатися, що застосування масок не призводить до хибного відчуття безпеки або нехтування іншими заходами громадського здоров'я дітьми, необхідно розробити певні освітні та комунікаційні меседжі. Важливо підкреслити, що використання масок є одним із засобів, і що діти також повинні дотримуватися фізичної дистанції, гігієни рук та респіраторного етикету. Батьки, члени сім'ї, вчителі та вихователі відіграють вирішальну роль у забезпеченні послідовної передачі цих повідомлень дітям.

Стратегії надання допомоги дітям, особливо у молодших вікових групах, щодо безпечного та ефективного управління носінням масок повинні бути включені в імплементацію цієї рекомендації. Це може включати процеси безпечного зберігання використаних масок для повторного використання однією і тією ж дитиною після їжі або фізичних вправ, зберігання забруднених масок (наприклад, у спеціалізованих пакетах чи контейнерах) перед їх прасуванням, а також зберігання і постачання додаткових чистих масок, якщо маска дитини забрудниться, намокне або загубиться.

Маски повинні бути доступні на безкоштовній основі дітям, які живуть у домогосподарствах або географічних районах з соціальною незахищеністю та обмеженими ресурсами, щоб забезпечити рівноправний доступ для всіх дітей. Слід також розглянути питання про надання масок для подорожей до школи та назад.

Щоб допомогти поліпшити сприйняття масок та їх застосування дітьми, дизайн масок для дітей повинен враховувати загальну якість тканини, відповідну повітропроникність і комфорт1 та доброзичливість до дітей (відповідний розмір, кольори, дизайн тощо). Особливу увагу потрібно приділяти догляду за масками та необхідності заміни масок, коли вони намокають або забруднюються. Для дітей до 12 років, які потрапляють у ситуацію, коли їх просять носити маски, необхідно вжити специфічних заходів.

Вікові групи, яким рекомендовано носіння маски, повинні бути адаптовані до умов соціальних або шкільних закладів, щоб уникнути стигматизації та відчуження дітей у групах змішаного віку, де діти можуть перебувати на протилежних сторонах від рекомендованого обмеження віку. Наприклад, у випадках, коли діти старшого віку, для яких рекомендовано носіння маски, перебувають у тому ж класі, що й діти молодшого віку, які не дотягують до віку носіння масок, старші можуть бути звільнені від носіння масок.

## Специфічні додаткові міркування стосовно дітей з інвалідністю

Діти з вадами розвитку або інвалідністю можуть зіткнутися з додатковими перешкодами, обмеженнями та ризиками, і тому їм слід надавати альтернативні варіанти носіння масок, наприклад, використання щитків для обличчя (див. нижче). Політика щодо масок повинна бути адаптована для дітей з інвалідністю на основі соціальних, культурних та екологічних міркувань.

Деякі діти з інвалідністю потребують тісного фізичного контакту з лікарями, педагогами або соціальними працівниками. У цьому контексті надзвичайно важливо, щоб усі постачальники медичних послуг вживали ключових заходів ПІІК, включаючи носіння масок, а заклади були адаптовані для посилення ПІІК.

a Defined by WHO as “experiencing larger outbreaks of local transmission defined through an assessment of factors including, but not limited to: large numbers of cases not linkable to transmission chains; large numbers of cases from sentinel surveillance; and/or multiple unrelated clusters in several areas of the country/territory/area” [(https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-covid-19-caused-by-](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-covid-19-caused-by-human-infection-with-covid-19-virus-interim-guidance) [human-infection-with-covid-19-virus-interim-guidance](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-covid-19-caused-by-human-infection-with-covid-19-virus-interim-guidance))

b An example of considering childhood developmental milestones as defined by CDC are available here:

[https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/checklists/Checklists-with-](https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/checklists/Checklists-with-Tips_Reader_508.pdf) [Tips\_Reader\_508.pdf](https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/checklists/Checklists-with-Tips_Reader_508.pdf)https://[www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/checklists/Checklists-with-Tips\_Reader\_508.pdf](http://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/checklists/Checklists-with-Tips_Reader_508.pdf)

Носіння масок дітьми з вадами слуху або слуховими проблемами може створювати перешкоди для навчання та додаткові проблеми, що посилюються необхідністю дотримуватися рекомендованої фізичної дистанції.50 Ці діти можуть втрачати можливості навчання через погіршення мовного сигналу, яке виникає внаслідок носіння масок, зникнення можливості читання по губах, виразу обличчя доповідача та фізичної дистанції. Адаптовані маски, що дозволяють читання по губах (наприклад, прозорі маски) або використання щитків для обличчя (див. нижче), можуть розглядатися як альтернатива тканинним маскам.51

## Особливі додаткові міркування стосовно шкільних закладів

Для спрощення операціоналізації даного керівництва у шкільних закладах (відповідно до національних стандартів) рекомендовано адаптувати вікові категорії до національної / місцевої освітньої структури.

Застосування масок дітьми та підлітками у школах слід розглядати лише як частину комплексної стратегії обмеження поширення COVID-19. Для формування політики та розробки програм як для всеосяжної стратегії безпеки при повернені до школи, так і для роботи в контексті COVID-19 можуть бути використані наступні керівні документи:

* [Міркування ВООЗ щодо охорони здоров'я в школах у контексті COVID-19](https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19)
* [Рамковий документ WB/WFP/UNESCO/UNICEF щодо повернення до школи](https://www.unicef.org/documents/framework-reopening-schools)
* [Тимчасове керівництво ВООЗ/ЮНІСЕФ/МКЧХ щодо профілактики та контролю COVID-19 в школах](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/UNICEF_SCHOOL_GUIDANCE_COVID19_V5_ENGLISH_7PM%20MONDAY%2023%20MARCH.pdf)

Необхідно брати до уваги погляди вчителів та педагогів на сприйняття ризиків та часового навантаження, потрібного для забезпечення дотримання політик стосовно COVID-19 у школах та навчальних класах, включаючи використання масок дітьми в рамках всеосяжної стратегії безпеки в школі з метою повернення до школи. Ситуації, коли носіння маски може суттєво перешкоджати навчальному процесу та негативно впливати на такі важливі шкільні заходи як фізичне виховання, програми харчування, ігровий час та спорт, а також і саме навчання, вимагають особливого розгляду.

Якщо в школах рекомендовано носити тканинні маски, слід надати конкретні інструкції та матеріали про безпечного зберігання, поводження та доступність тканинних масок (див. вище). Для всіх школярів слід забезпечити достатній запас відповідних масок. Щоб можна було втілити комплексні заходи ПІІК, пов'язані з конкретними навчальними заходами, які відповідають віку, в будівлі школи повинні бути дотримані основні вимоги щодо води, санітарії та гігієни.

Якщо в певних ситуаціях використовуються медичні або одноразові маски, потрібно буде створити систему поводження з відходами, включаючи утилізацію використаних масок для зменшення ризику викидання забруднених масок у класах та на дитячих майданчиках.

Жодній дитині не можна забороняти доступ до освіти через неносіння маски або відсутність маски у зв'язку з нестачею ресурсів або її недоступністю.50

# Альтернатива тканинним маскам для дітей

## Лицьові щитки

Лицьові щитки призначені для52 захисту очей від бризків біологічної рідини (особливо респіраторних виділень), хімічних речовин та бруду.53,54 В контексті захисту від передачі SARS-CoV-2 через респіраторні краплі, вони використовуються медичними працівниками як засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) для захисту очей у поєднанні з медичною маскою або респіратором55,56. У контексті COVID-19 в амбулаторних умовах деякі діти можуть не мати можливості носити маску з різних причин (наприклад, проблеми зі здоров’ям, боязнь маски), і, таким чином, щитки для обличчя можуть розглядатися як альтернатива маскам, як захист від респіраторних крапель або як контроль джерела інфікування, на основі їх доступності, кращої доцільності й переносимості57,58. Деякі країни, наприклад Австралія59 , рекомендують щитки для обличчя як альтернативу маскам. Інші країни, такі як Сінгапур60 , рекомендують одночасне носіння і маски, і щитка, але визнають, що діти з особливими потребами можуть бути звільнені від їх носіння.

ВООЗ та ЮНІСЕФ переглянули наявні доказові дані щодо застосування щитків для обличчя з метою захисту від респіраторних крапель та/або контролю джерела в контексті пандемії COVID-19. І хоча щиток для обличчя може забезпечувати частковий захист55 зони обличчя проти респіраторних крапель з додатковою перевагою простоти використання, їх ефективність для контролю джерела інфікування ще не вивчена належним чином. Краплі можуть видихатися або вдихатися через щілини між козирком і обличчям,52 що є недоліком, який властивий його конструкції.53 Інші недоліки конструкції включають відблискування, запотівання, оптичні недоліки та громіздкість порівняно із окулярами типу «маски» та захисними окулярами.61 Існує багато нових моделей щитка для обличчя, які намагаються подолати ці обмеження, але діючі стандарти лабораторних досліджень оцінюють щитки для обличчя лише на їх здатність забезпечувати захист очей від хімічних бризків.61,62. Терміново необхідні подальші дослідження та лабораторні стандарти випробувань для дослідження ефективності щитків на захист від респіраторних крапель та/або контроль джерела.56 На даний час вважається, що щитки для обличчя забезпечують лише захист очей, і їх не слід розглядати як еквівалент масок для захисту від респіраторних крапель та/або контролю джерела.

ВООЗ та ЮНІСЕФ продовжуватимуть відслідковувати нову інформацію щодо застосування лицьових щитків для запобігання передачі респіраторних вірусів. У випадках коли фізичну відстань неможливо підтримувати, а також у особливих ситуаціях, коли непрактично носити маску (наприклад, серед дітей із втратою слуху чи іншими вадами або станом здоров’я, які обмежують носіння тканинних чи медичних масок, а отже, їх користь), рекомендації ВООЗ та ЮНІСЕФ говорять, що можуть використовуватися лицьові щитки, беручи до уваги наступні міркування:

* Лицьовий щиток не є повним фізичним бар'єром і не має фільтраційних шарів як у маски;
* Лицьовий щиток повинен закривати все обличчя, включаючи сторони обличчя, і сягати нижче підборіддя;58
* Багаторазові щитки повинні бути належним чином очищені (милом або миючим засобом і водою), продезінфіковані (70-90% спиртом) і зберігатися після кожного використання.44 Слід вибирати такі щитки для обличчя, які витримують використання дезінфікуючих засобів без пошкодження їх оптичних властивостей;
* Дотримуйтесь фізичної відстані щонайменше 1 м (3,3 фута), де це можливо, з постійним пропагуванням частої гігієни рук та респіраторного етикету;56
* Під час надягання, носіння і зняття захисних щитків дітьми, слід бути обережними, щоб уникати травм.

# Моніторинг та оцінка впливу застосування масок у дітей

Якщо органи влади вирішують рекомендувати носити маски дітям, слід регулярно збирати ключову інформацію для підтримки та контролю даної інтервенції. Моніторинг та оцінка повинні бути запроваджені з самого початку та повинні включати показники, які вимірюють вплив на здоров'я дитини, включаючи психічне здоров'я; зниження передачі SARS-CoV-2; мотиватори та перешкоди в носінні маски; а також вторинний вплив на розвиток дитини, навчання, відвідування школи, здатність самовиражатися чи мати доступ до школи; вплив на дітей із затримкою розвитку, супутніми станами здоров'я, інвалідністю чи іншими факторами вразливості.

Дані слід використовувати для інформування стратегій комунікації, навчання та підтримки вчителів, вихователів та батьків, заходів для залучення дітей та розповсюдження матеріалів, які дозволяють дітям правильно використовувати маски.

Аналіз повинен включати статеву, вікову, фізичну, соціальну та економічну стратифікацію, щоб гарантувати, що реалізація політики сприяє зменшенню нерівності в галузі охорони здоров'я та соціальної сфери.

ВООЗ та ЮНІСЕФ продовжуватимуть уважно стежити за новими даними щодо цієї теми та ситуації стосовно будь-яких змін, які можуть вплинути на дані тимчасові настанови. У разі зміни будь-яких факторів, ВООЗ та ЮНІСЕФ опублікують наступне оновлення. В іншому випадку, дія цього тимчасового керівного документу закінчується через шість місяців після дати публікації.

# Слова вдячності

Даний документ було розроблено у співпраці з членами наступних організацій:

1. Програма з надзвичайних ситуацій в сфері здоров’я ВООЗ, спецгрупа з розробки керівництва щодо COVID-19:
Джаміла Альсальман (Jameela Alsalman) Міністерство охорони здоров'я, Бахрейн; Ануча Апісарнтанарак (Anucha Apisarnthanarak), Університетська лікарня Тамсат, Таїланд; Баба Ай (Baba Aye), «Public Services International», Франція; Роджер Чоу (Roger Chou), Орегонський науковий університет здоров’я, США; Мей Чу (May Chu), Інститут громадського здоров'я Колорадо, США; Джон Конлі (John Conly), Служба охорони здоров'я провінції Альберта, Канада; Баррі Куксон (Barry Cookson), Університетський коледж Лондона, Сполучене Королівство; Нізам Дамані (Nizam Damani), Південний фонд охорони здоров'я та соціальної допомоги, Сполучене Королівство; Дейл Фішер (Dale Fisher), Гоарн, Сінгапур; Тіоурі Бенайса Ханен (Tiouiri Benaissa Hanene), «CHU La Rabta», Туніс; Джоост Хопман (Joost Hopman), Медичний центр університету Радбуд, Нідерланди; Муштук Хусейн (Mushtuq Husain), Інститут епідеміології, контролю та досліджень захворювань, Бангладеш; Кушлані Джаятілке (Kushlani Jayatilleke), Загальна лікарня Шрі Джаєварденапура, Шрі-Ланка; Сетто Вінг Чон (Seto Wing Jong), Інститут громадського здоров'я, Гонконг, Китай; Суха Кандж (Souha Kanj), Американський університет Бейрутського медичного центру, Ліван; Даніеле Лантань (Daniele Lantagne), Туфтський університет, США; Фернанда Лесса (Fernanda Lessa), Центри по контролю та профілактики захворювань, США; Анна Левін (Anna Levin), Університет Сан-Паулу, Бразилія; Югуо Лі (Yuguo Li), Університет Гонконгу, Китай; Лін Му Лін (Ling Moi Lin), «Sing Health», Сінгапур; Кейлін Маттар (Caline Mattar), Всесвітній альянс професій в охороні здоров'я, США; Мері Луїза Макловз (MaryLouise McLaws), Університет Нового Південного Вельсу, Австралія; Гіта Мехта (Geeta Mehta), Журнал безпеки пацієнта і контролю інфекцій, Індія; Шахін Мехтар (Shaheen Mehtar), Мережа боротьби з інфекціями Африки, Південна Африка; Зіад Меміш (Ziad Memish), Міністерство охорони здоров'я, Саудівська Аравія; Бабакар Ндоє (Babacar Ndoye), Африканська мережа боротьби з інфекціями, Сенегал; Фернандо Отайса (Fernando Otaiza), Міністерство охорони здоров'я, Чилі; Діамантис Плахурас (Diamantis Plachouras), Європейський центр профілактики та контролю захворювань, Швеція; Марія Клара Падовезе (Maria Clara Padoveze), Школа медсестер, університет Сан-Паулу, Бразилія; Матіас Плец (Mathias Pletz), Єнський університет, Німеччина; Марина Сальвадорі (Marina Salvadori), Агентство громадського здоров’я Канади, Канада; Інгрід Шойман (Ingrid Schoeman), фтизіатр, Південна Африка; Мітчелл Швабер (Mitchell Schwaber), Міністерство охорони здоров'я, Ізраїль; Нандіні Шетті (Nandini Shetty), Громадське здоров'я Англії, Сполучене Королівство; Марк Собсі (Mark Sobsey), Університет Північної Кароліни, США; Пол Анант Тамб'я (Paul Ananth Tambyah), Національна університетська лікарня, Сінгапур; Андреас Восс (Andreas Voss), Лікарня Каніс-Вільгельміна Зекенхуа, Нідерланди; Вальтер Цінг (Walter Zingg), Лікарні Женевського університету, Швейцарія.
2. Експерти ЮНІСЕФ:

Майя Арі (Maya Arii), Грегорі Білт (Gregory Built), Сімоне Картер (Simone Carter), Карлос Наварро Колорадо (Carlos Navarro Colorado), Енн Детьен (Anne Detjen), Нада Елаттар (Nada Elattar), Марія Агнезе Джордано (Maria Agnese Giordano), Гаган Гупта (Gagan Gupta), Нагва Хасанін (Nagwa Hasanin), Лінда Джонс (Linda Jones), Рауль Камаджеу (Raoul Kamadjeu), Сара Кармін (Sarah Karmin), Асма Маладвала (Asma Maladwala), Ана Ньєто (Ana Nieto), Лувей Пірсон (Luwei Pearson), Сара Кармін (Sarah Karmin), Джером Пфаффман (Jerome Pfaffmann).

1. Зовнішні рецензенти:

Сусанна Еспозіто (Susanna Esposito), Світова асоціація з інфекційних хвороб та імунологічних розладів та Університет м. Парма, Італія; Анжела Драмовські (Angela Dramowski), Університет Стелленбош, Південна Африка; Альфредо Тагаро (Alfredo Tagarro), Європейський університет Мадрида, Іспанія.

Рецензенти з МПА:

Бертольд Колецко (Berthold Koletzko), Мюнхенський університет імені Людвіга-Максиміліана, Німеччина; Маргарет Фішер (Margaret Fisher), кафедра педіатрії, Медичний центр Монмута, США; Джонатан Кляйн (Jonathan Klein), Університет Іллінойсу в Чикаго, Виконавчий комітет МПА та контактна особа для співпраці з ВООЗ, США; Джейн Е Лукас (Jane E Lucas), Міжнародна стратегічна консультативна група з питань раннього розвитку дітей у галузі охорони здоров’я та розвитку дитини, США; Мохамад Мікаті (Mohamad Mikati), Відділ дитячої неврології та медицини розвитку, Медичний центр університету Дьюка, США; Аман Пулунган (Aman Pulungan), Індонезійський університет та Індонезійське педіатричне товариство, та Азіатсько-Тихоокеанська Педіатрична Асоціація; Сьюзен М. Сойєр (Susan M Sawyer), Міжнародна асоціація охорони здоров'я підлітків та Університету Мельбурна, Австралія; Мортада Ель-Шабраві (Mortada El-Shabrawi), Каїрський університет, Єгипет; Рассел М. Вайнер (Russell M Viner), Факультет дослідження популяційного здоров’я Університетського коледжу Лондона та Королівського коледжу педіатрії та здоров’я дітей, Сполучене Королівство.

1. Секретаріат ВООЗ:

Бенедетта Аллегранці (Benedetta Allegranzi), Гертруда Авортрі (Gertrude Avortri), Мекдім Аяна (Mekdim Ayana), Ханан Балхі (Hanan Balkhy), Ейпріл Балер (April Baller), Елізабет Баррера-Канцедда (Elizabeth Barrera-Cancedda), Алессандро Кассіні (Alessandro Cassini), Джорджіо Комметто (Giorgio Cometto), Ана Паола Кутіньо Ресі (Ana Paula Coutinho Rehse), Софі Гаррієт Денніс (Sophie Harriet Dennis), Сергій Еремін (Sergey Eremin), Денніс Натан Форд (Dennis Nathan Ford), Йонас-Гонсет Гарсія (Jonas Gonseth-Garcia), Том Грейн (Tom Grein), Іван Іванов (Ivan Ivanov), Ландрі Кабего (Landry Kabego), П'єр Клавер Карійо (Pierre Claver Kariyo), Ін Лінг Лін (Ying Ling Lin), Олів'є Ле Пулін (Olivier Le Poulin), Орнелла Лінчетто (Ornella Lincetto), Абді Рахман Махамуд (Abdi Rahman Mahamud), Медісон Мун (Madison Moon), Такеші Нішіджіма (Takeshi Nishijima), Пілар Рамон-Пардо (Pillar Ramon- Pardo), Аліс Сімнікеану (Alice Simniceanu), Валеска Стемплюк (Valeska Stempliuk), Маха Талаат Ісмаіл (Maha Talaat Ismail), Жоао Пауло Толедо (Joao Paulo Toledo), Ентоні Твіван (Anthony Twywan), Марія Ван Керхове (Maria Van Kerkhove), Вікі Віллет (Vicky Willet), Масахіро Закоджі (Masahiro Zakoji), Бассім Заєд (Bassim Zayed), Вілсон Веар (Wilson Were).

# Список використаних джерел

1. World Health Organization. Advice on the use of masks in the context of COVID-19. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331693>accessed 20 August 2020).
2. UNICEF. Convention on the Rights of the Child text. 1990 ([https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention- text](https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text) accessed 20 August 2020).
3. [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports.](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports)
4. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;382(18):1708-20. Epub 2020/02/29.
5. Wortham JM, Lee JT, Althomsons S, et al. Characteristics of Persons Who Died with COVID-19 - United States, February 12-May 18, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(28):923-9. Epub 2020/07/17.
6. European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission. 6 August 2020

(<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-schools-transmission-August%202020.pdf>accessed 20 August 2020).

1. CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus Disease 2019 in Children - United States, February 12-April 2, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(14):422-6. Epub 2020/04/10.
2. Ladhani SN, Amin-Chowdhury Z, Davies HG, et al. COVID-19 in children: analysis of the first pandemic peak in England. Arch Dis Child. 2020:archdischild-2020-320042.
3. Joint IPA-UNICEF COVID-19 Information Brief. Epidemiology, Spectrum, and Impact of COVID-19 on Children, Adolescents, and Pregnant Women. (<https://ipa-world.org/society-resources/code/images/HjNYEyfuM250.pdf>accessed 20 August 2020).
4. L'Huillier AG, Torriani G, Pigny F, Kaiser L, Eckerle I. Culture-Competent SARS-CoV-2 in Nasopharynx of Symptomatic Neonates, Children, and Adolescents. Emerg Infect Dis. 2020;26(10). Epub 2020/07/01.
5. Goldstein E, Lipsitch M, Cevik M. On the effect of age on the transmission of SARS-CoV-2 in households, schools and the community. medRxiv. 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.19.20157362v2>accessed 20 August 2020).
6. Li X, Xu W, Dozier M, et al. The role of children in transmission of SARS-CoV-2: A rapid review. J Glob Health. 2020;10(1):011101. Epub 2020/07/03.
7. Ludvigsson JF. Children are unlikely to be the main drivers of the COVID-19 pandemic - A systematic review. Acta Paediatr. 2020;109(8):1525-30. Epub 2020/05/21.
8. Viner M, Mytton O, Bonnell C, et al. Susceptibility to and transmission of COVID-19 amongst children and adolescents compared with adults: a systematic review and meta-analysis. medRxiv. 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.20.20108126v1>accessed 20 August 2020).
9. Macartney K, Quinn HE, Pillsbury AJ, Koirala A, Deng L, Winkler N, et al. Transmission of SARS-CoV-2 in Australian educational settings: a prospective cohort study. Lancet Child Adolesc Health. 2020. Epub 2020/08/08.
10. Fontanet A, Grant R, Tondeur L, et al. SARS-CoV-2 infection in primary schools in northern France: A retrospective cohort study in an area of high transmission. medRxiv. 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.25.20140178v2>accessed 20 August 2020).
11. Fontanet A, Tondeur L, Madec Y et al. Cluster of COVID-19 in northern France: A retrospective closed cohort study. medRxiv. 2020. (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.18.20071134v1>accessed 20 August 2020)
12. Stein-Zamir C, Abramson N, Shoob H, et al. A large COVID-19 outbreak in a high school 10 days after schools' reopening, Israel, May 2020. Euro Surveill. 2020;25(29). Epub 2020/07/29.
13. Torres JP, Pinera C, De La Maza V, et al. SARS-CoV-2 antibody prevalence in blood in a large school community subject to a Covid-19 outbreak: a cross-sectional study. Clin Infect Dis. 2020. Epub 2020/07/11.
14. Heavey L, Casey G, Kelly C, Kelly D, McDarby G. No evidence of secondary transmission of COVID-19 from children attending school in Ireland, 2020. Euro Surveill. 2020;25(21). Epub 2020/06/04.
15. Stringhini S, Wisniak A, Piumatti G, et al. Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 IgG antibodies in Geneva, Switzerland (SEROCoV-POP): a population-based study. Lancet. 2020;396(10247):313-9. Epub 2020/06/15.
16. Public Health England. Weekly Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Surveillance Report. Summary of COVID-19 surveillance systems. 2020.
17. Streeck H, Schulte B, Kümmerer B, et al. Infection fatality rate of SARS-CoV-2 infection in a German community with a super-spreading event. medRxiv. 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20090076v2> accessed 20 August 2020).
18. Shakiba M, Nazari S, Mehrabian F, et al. Seroprevalence of COVID-19 virus infection in Guilan province, Iran. medRxiv. 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.26.20079244v1>accessed 20 August 2020).
19. Lu Y, Li Y, Deng W, et al. Symptomatic Infection is Associated with Prolonged Duration of Viral Shedding in Mild Coronavirus Disease 2019: A Retrospective Study of 110 Children in Wuhan. Pediatr Infect Dis J. 2020;39(7):e95-e9. Epub 2020/05/08.
20. Danis K, Epaulard O, Benet T, et al. Cluster of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the French Alps, February 2020. Clin Infect Dis. 2020;71(15):825-32. Epub 2020/04/12.
21. Xu Y, Li X, Zhu B, , et al. Characteristics of pediatric SARS-CoV-2 infection and potential evidence for persistent fecal viral shedding. Nat Med. 2020; 26 (4): 502-5. Epub 2020/04/15.
22. Heald-Sargent T, Muller WJ, Zheng X, Rippe J, Patel AB, Kociolek LK. Age-Related Differences in Nasopharyngeal Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Levels in Patients With Mild to Moderate Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). JAMA Pediatr. 2020. Epub 2020/08/04.
23. Jones TC, Mühlemann B, Veith T, et al. An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patient age. medRxiv. 2020 [(http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.06.08.20125484](http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.06.08.20125484) accessed 20 August 2020).
24. Canini L, Andreoletti L, Ferrari P, et al. Surgical mask to prevent influenza transmission in households: a cluster randomized trial. PLoS One. 2010;5(11):e13998. Epub 2010/11/26.
25. Chen X, Ran L, Liu Q, Hu Q, Du X, Tan X. Hand Hygiene, Mask-Wearing Behaviors and Its Associated Factors during the COVID-19 Epidemic: A Cross-Sectional Study among Primary School Students in Wuhan, China. Int J Environment Res Public Health. 2020; 17 (8). Epub 2020/04/26.
26. Simmerman JM, Suntarattiwong P, Levy J, et al. Findings from a household randomized controlled trial of hand washing and face masks to reduce influenza transmission in Bangkok, Thailand. Influenza Other Respir Viruses. 2011;5(4):256-67. Epub 2011/06/10.
27. Suess T, Remschmidt C, Schink SB, et al. The role of facemasks and hand hygiene in the prevention of influenza transmission in households: results from a cluster randomised trial; Berlin, Germany, 2009-2011. BMC Infect Dis. 2012;12:26. Epub 2012/01/28.
28. Uchida M, Kaneko M, Hidaka Y, et al. Effectiveness of vaccination and wearing masks on seasonal influenza in Matsumoto City, Japan, in the 2014/2015 season: An observational study among all elementary schoolchildren. Prev Med Rep. 2017;5:86-91. Epub 2016/12/17.
29. van der Sande M, Teunis P, Sabel R. Professional and home-made face masks reduce exposure to respiratory infections among the general population. PLoS One. 2008;3(7):e2618. Epub 2008/07/10.
30. Allison MA, Guest-Warnick G, Nelson D, et al. Feasibility of elementary school children's use of hand gel and facemasks during influenza season. Influenza Other Respir Viruses. 2010; 4 (4): 223-9. Epub 2010/09/15.
31. Stebbins S, Downs JS, Vukotich CJ, Jr. Using nonpharmaceutical interventions to prevent influenza transmission in elementary school children: parent and teacher perspectives. J Public Health Manag Pract. 2009;15(2):112-7. Epub 2009/02/10.
32. Smart NR, Horwell CJ, Smart TS, Galea KS. Assessment of the Wearability of Facemasks against Air Pollution in Primary School-Aged Children in London. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17 (11). Epub 2020/06/06.
33. Fikenzer S, Uhe T, Lavall D, et al. Effects of surgical and FFP2/N95 face masks on cardiopulmonary exercise capacity. Clin Res Cardiol. 2020. Epub 2020/07/08.
34. World Health Organization. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/publications/i/item/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid- 19-implications-for-ipc-precaution-recommendations](https://www.who.int/publications/i/item/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations) accessed 20 August 2020).
35. Shelov S AT. Caring for Your Baby and Young Child: Birth to Age 5, Fifth Edition. American Academy of Pediatrics. Elk Grove Village, IL. . 2009.
36. Centers for Disease Control and Prevention. Considerations for Wearing Masks.United States of America;2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/cloth-face-cover-guidance.html>accessed 14 August 2020).
37. Swiss Federal Office for Public Health. New coronavirus: Masks. Koniz;2020 ([https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche- epidemien/novel-cov/masken.html](https://www.bag.admin.ch/bag/en/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/masken.html) accessed 20 August 2020).
38. Department of Health and Social Care. Face coverings: when to wear one and how to make your own. United Kingdom;2020 ([https://www.gov.uk/government/publications/face-coverings-when-to-wear-one-and-how-to-make-your- own/face-coverings-when-to-wear-one-and-how-to-make-your-own](https://www.gov.uk/government/publications/face-coverings-when-to-wear-one-and-how-to-make-your-own/face-coverings-when-to-wear-one-and-how-to-make-your-own) accessed 20 August 2020).
39. American Academy of Pediatrics. Cloth Face Coverings for Children During COVID-19. 2020 ([https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/COVID-19/Pages/Cloth-Face-Coverings-for-Children- During-COVID-19.aspx](https://www.healthychildren.org/English/health-issues/conditions/COVID-19/Pages/Cloth-Face-Coverings-for-Children-During-COVID-19.aspx) accessed 20 August 2020).
40. Centers for Disease Control and Prevention. If You Are Immunocompromised, Protect Yourself From COVID-19. United States of America;2020 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/immunocompromised.html> accessed 20 August 2020).
41. Cystic Fibrosis Foundation. COVID-19 Community Questions and Answers. 2020 ([https://www.cff.org/Life-With- CF/Daily-Life/Germs-and-Staying-Healthy/CF-and-Coronavirus/COVID-19-Community-Questions-and- Answers/#:~:text=People%20with%20CF%20should%20continue,cross%2Dinfection%20from%20CF%20germs.](https://www.cff.org/Life-With-CF/Daily-Life/Germs-and-Staying-Healthy/CF-and-Coronavirus/COVID-19-Community-Questions-and-Answers/#%3A%7E%3Atext%3DPeople%20with%20CF%20should%20continue%2Ccross%2Dinfection%20from%20CF%20germs) accessed 20 August 2020).
42. Esposito S, Principi N. To mask or not to mask children to overcome COVID-19. Eur J Pediatr. 2020. Epub 2020/05/11.
43. Del Valle SY, Tellier R, Settles GS, Tang JW. Can we reduce the spread of influenza in schools with face masks? Am J Infect Control. 2010; 38 (9): 676–7. Epub 2010/07/08.
44. American Cochlear Implant Alliance. Consideration of face shields as a return to school option. 2020 (<https://www.acialliance.org/page/consideration-of-face-shields-as-return-to-school-option>accessed 20 August 2020).
45. United Nations. Transparent masks aid communication for hard of hearing. 2020 (<https://www.un.org/en/coronavirus/transparent-masks-aid-communication-hard-hearing>accessed 20 August 2020).
46. Lindsley WG, Noti JD, Blachere FM, Szalajda JV, Beezhold DH. Efficacy of face shields against cough aerosol droplets from a cough simulator. J Occup Environ Hyg. 2014;11(8):509-18. Epub 2014/01/29.
47. Hirschmann MT, Hart A, Henckel J, Sadoghi P, Seil R, Mouton C. COVID-19 coronavirus: recommended personal protective equipment for the orthopaedic and trauma surgeon. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2020;28(6):1690-8. Epub 2020/04/29.
48. Anon JB, Denne C, Rees D. Patient-Worn Enhanced Protection Face Shield for Flexible Endoscopy. Otolaryngol Head Neck Surg. 2020;163(2):280-3. Epub 2020/06/10.
49. Kähler CJ, Hain R. Fundamental protective mechanisms of face masks against droplet infections. Journal of Aerosol Science 148, 105617. (<https://doi.org/10.1016/j.jaerosci.2020.105617>accessed 20 August 2020).
50. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19). Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1274340/retrieve>accessed 20 August 2020).
51. Tony Blair Institute for Global Change. The Role of Face Shields in Responding to Covid-19. 2020 (<https://institute.global/sites/default/files/articles/The-Role-of-Face-Shields-in-Responding-to-Covid-19.pdf>accessed 20 August, 2020).
52. Perencevich EN, Diekema DJ, Edmond MB. Moving Personal Protective Equipment Into the Community: Face Shields and Containment of COVID-19. JAMA. 2020. Epub 2020/04/30.
53. Victoria State Health and Human Services. Face coverings: whole of Victoria. 2020 ([https://www.dhhs.vic.gov.au/face- coverings-covid-19#what-does-wearing-a-face-covering-mean](https://www.dhhs.vic.gov.au/face-coverings-covid-19%23what-does-wearing-a-face-covering-mean) accessed 20 August 2020).
54. Ministry of Health. Guidance for use of masks and face shields. Singapore;2020 ([https://www.moh.gov.sg/news- highlights/details/guidance-for-use-of-masks-and-face-shields](https://www.moh.gov.sg/news-highlights/details/guidance-for-use-of-masks-and-face-shields) accessed 20 August 2020).
55. Roberge RJ. Face shields for infection control: A review. J Occup Environ Hyg. 2016;13(4):235-42. Epub 2015/11/13.
56. World Health Organization. Disease Commodity Package v5. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/emergencies/what-we-do/prevention-readiness/disease-commodity-packages/dcp-ncov.pdf?ua=1> accessed August 20, 2020).

ВООЗ та ЮНІСЕФ продовжують уважно стежити за новими даними щодо цієї теми та будь-яких змін в ситуації, які можуть вплинути на дані тимчасові настанови. У разі зміни будь-яких факторів, буде видано оновлення. В іншому випадку, дія цього тимчасового керівного документу закінчується через 2 роки після дати публікації.

© Всесвітня організація охорони здоров’я та Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ), 2020 р. Окремі права захищені. Ця робота доступна за умовами ліцензії [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo) .

Референтне посилання ВООЗ: WHO/2019-nCoV/IPC\_Masks/Children/2020.1