

ТЕМА: ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ. КЛИНИКА. ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.

**Лекция №20 для студентов 4 курса, обучающихся
по специальности 060101 – Лечебное дело (очная
форма обучения)**

Красноярск, 2012

План лекции

- Актуальность темы
- Общая характеристика ВУИ;
- Этиопатогенез и пути передачи ВУИ;
- Частные вопросы ВУИ (сифилис, гонорея, ЦМВ, ВПГ, краснуха, токсоплазмоз, ВИЧ-инфекция);
- Перинатальные аспекты ВУИ;
- Принципы лечения и профилактики ВУИ
- Выводы

ПРОБЛЕММА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ

В начале всяческой философии лежит удивление, ее развитием является исследование, ее концом - незнание.

/М. Монтень/



Определение ВУИ

- **«Внутриутробное инфицирование»** – факт внутриутробного заражения плода. Внутриутробное заражение ребенка происходит значительно чаще, чем развиваются клинические признаки заболевания.
- Для обозначения клинических проявлений инфекционной болезни плода и новорожденного, источником которой является мать, выявленных в пренатальном периоде или вскоре после рождения, используют термин **«внутриутробная инфекция»**.

ВУИ — инфекции TORCH-комплекса

- Т — токсоплазмоз;
- О — (англ. Other) — другие инфекции: сифилис, хламидиоз, энтеровирусные и аденовирусные инфекции, вирусы гепатита А и В, вирусы гриппа, полиомиелита, Коксаки-вирусная инфекция, миксовирусы, листериоз и т.д.;
- R — вирус краснухи (Rubella),
- С — цитомегаловирусная инфекция (Cytomegalovirus);
- Н — герпесвирусная инфекция (Herpes virus).

Характеристика инфекций TORCH-комплекса

1. полиэтиологичность заболевания;
2. трудность пренатальной диагностики;
3. многофакторность воздействия возбудителей;
4. отсутствие четких корреляционных зависимостей между тяжестью инфекционно-воспалительного процесса у матери и плода;
5. латентность и бессимптомность течения инфекционного процесса;
6. отсутствие однозначного подхода у всех врачей, прежде всего акушеров-гинекологов, к лечебно-профилактическим мероприятиям при ВУИ.

Пути передачи ВУИ от матери к плоду

- восходящий,
- нисходящий,
- гематогенный,
- трансдецидуальный (трансмуральный),
- интранатальный
- смешанный.



Частота и вероятность внутриутробного инфицирования при различных TORCH - инфекциях в зависимости от срока беременности

Первый триместр:

- Токсоплазмоз – 25%;
- Краснуха – 10-50%;
- ЦМВ – 0,3 - 3%;
- ВПГ – нет данных;
- Сифилис – 10-30%;
- Энтеровирус – 20%;
- Хламидиоз – нет данных;
- Гепатит В – нет данных (практически отсутствует);

Второй -третий триместр:

- Токсоплазмоз – 65%;
- Краснуха – нет данных (крайне редко);
- ЦМВ – 0,3 - 0,4%;
- ВПГ – 10-50%;
- Сифилис – 50%;
- Энтеровирус – 20%;
- Хламидиоз – 20-60%;
- Гепатит В – 6-10%;

Сложность интерпретации клинических симптомов TORCH - инфекций



Неспецифичность проявлений:

- ЗВРП / недоношенность;
 - Пороки сердца;
 - Патология органов зрения и слуха;
 - Перинатальные поражения ЦНС;
 - Пурпура новорожденных;
 - Желтуха новорожденных;
 - Гепатоспленомегалия
1. Может быть вызвано комплексным воздействием различных инфекцией;
 2. Может быть следствием воздействия моно возбудителя;
 3. Может быть совсем не связано с инфекционным воздействием

Информация и вопросы для врача

- Опасность, которую представляет инфекционный возбудитель для плода;
- Отдельные опасные периоды в процессе беременности;
- Вопрос о том, имеются ли возможности для лечения и насколько они эффективны для предупреждения поражения плода;
- Данные о том, может ли скрининг, проводимый до или во время беременности, уменьшить риск внутриутробного поражения плода

Лечить или не
лечить?
Чем лечить?
Когда лечить?



Информация и вопросы для пациентки

- Наличие возможности для лечения плода и новорожденного;
- Вероятность рождения здорового или больного ребенка в случае проведения лечения, а также его отсутствия;
- Необходимо ли прерывание беременности при высокой вероятности тяжелых повреждений плода и отсутствии эффективных методов лечения;
- Риск передачи инфекции при последующих беременностях и другим новорожденным;
- Должен ли новорожденный изолироваться от матери, страдающей инфекционными заболеваниями

Риск для ребенка?
Стоит ли лечить?
Родится ли он
здоровым?



Сифилис и беременность

- Частота сильно возросла в странах СНГ и Восточной Европы
- Приводит к многочисленным осложнениям беременности: мертворождаемости, выкидышу, преждевременным родам и т.д.; передается к плоду – врожденный сифилис.
- Существует дешевый и довольно точный метод диагностики.
- Лечение проводится пеницилинами. Обычно женщины не нуждаются в госпитализации для проведения лечения.

Сифилис и беременность

- Рекомендуется скрининг у беременных, два раза – при постановке на учет и в третьем триместре.
- Женщины с сифилисом характеризуются высоким риском наличия других инфекций, передающихся половым путем, и поэтому следует проводить исследование на наличие у них других ИППП.
- После полноценного лечения сифилиса нет необходимости в изоляции этих женщин от других женщин, равно как нет риска заболевания сифилисом и для ребенка.
- *Каковы практики в вашем регионе?*

Гонорея и беременность

- Гонорейный цервицит приводит к преждевременному разрыву плодного пузыря и преждевременным родам. Вызывает послеродовые гнойно-септические осложнения, передается плоду (конъюнктивит).
- Возможно, 80% женщин с гонореей не будут иметь никаких симптомов
- В популяциях с высокой частотой гонорей рекомендуется скрининг: Окрашивание мазка по Грамму, Посев ???

Гонорея и беременность

- Назначение препаратов будет зависеть от чувствительности к антибиотикам в местных условиях (во время беременности – чаще всего цефалоспорины третьего поколения).
- Поскольку достаточно часто гонорея сопровождается хламидиозом, рекомендуется в случае диагностирования гонореи проводить также лечение хламидиоза (используя антибиотики, назначаемые в местных условиях - часто применяется эритромицин).
- Профилактика гонобленореи тетрациклиновой мазью: *рутинно? Следует ли спросить мнение женщины?*

Цитомегаловирусная инфекция и беременность

- Самая распространенная инфекция во время беременности
- Сероположительны – 90% женщин в развивающихся странах, 40-60% в развитых
- Основной путь распространения инфекции – трансплацентарный, во время виремии
 - При первичном инфицировании, реактивации и реинфекции
 - Может передаваться в родах
- Последствия драматические: смерть, микро-, гидроцефалия, хориоретинит, глухота, поражение ЦНС, умственная отсталость итд

Последствия цитомегаловирусной инфекции в США

Параметр	Расчеты
Число родов в год	4,000,000
Частота врожденной ЦМВ инфекции (среднее)	1%
Число инфицированных новорожденных	40,000
Дети с симптомами при рождении (5-7%)	2,800
смертельные случаи ($\pm 12\%$)	336
неврологические последствия (90% выживших)	2,160
Дети асимптоматические при рождении (93-95%)	37,200
поздние последствия (15%)	5,580
Всего умерших и пораженных	8,076

Перинатальные аспекты ЦМВ инфекции.

- **ЦМВ м.б. причиной преждевременных родов, выкидышей, развития аномалий плода и даже его гибели;**
- **обладает выраженным нейротропным действием (микро- и гидроцефалия, микрогирия, отсутствие извилин, поражение слухового и зрительного нервов);**
- **неонатальные проявления (гепатит, спленогепатомегалия, тромбоцитопения, анемия);**
- **постнатальные проявления (церебральный паралич, эпилепсия, глухота)**

Скрининг на ЦМВ инфекцию во время беременности

- Диагностика ЦМВ –инфекции крайне сложная;
- Интерпретация активности и стадии процесса крайне сложная;
- Нет эффективных методов лечения *in utero*
- Нереально рекомендовать серонегативным женщинам не контактировать с серопозитивными потенциальными источниками;
- Скрининг экономически не целесообразен



Отсутствие однозначных результатов ВУИ у беременных с ЦМВ – инфекцией

- Первичная ЦМВ – 1-2%, риск ВУИ – 40%. При врожденной ЦМВ: летальность 20-30%, поздние осложнения – 90% (Г.М. Савельева, 2000);
- Из 100 женщин с первичной ЦМВ -инфекцией – 40% передают инфекцию плоду, из них – 95% новорожденных не имеют признаков ВУИ, 5% - имеют признаки ВУИ;
- из 95% новорожденных - 90% не имели проблем, у 5% - серьезные осложнения (ЦНС, слух) (A.Grenough et al.,2000)

Цитомегаловирусная инфекция и беременность

- Неспецифические рекомендации молодым беременным, особенно при первой беременности:
 - Избегать тесного контакта с маленькими детьми
 - Избегать случайных половых партнеров, использовать презерватив
 - Избегать переливания крови или использовать кровь тестированная на ЦМВ
 - Серология при постановке на учет?

Краснуха и беременность

- Краснуха (rubeola, синонимы: краснуха коревая, немецкая) — острое инфекционное вирусное заболевание, характеризующееся появлением сыпи на коже и увеличением лимфатических узлов.
- Вирус краснухи проникает в организм через слизистые оболочки верхних дыхательных путей, затем попадает в кровь, обуславливая развитие вирусемии.
- Краснуха обычно поражает детей и лиц молодого возраста

Перинатальные аспекты краснушной инфекции.

- обладает особой способностью поражать эмбриональные ткани,
- тормозит митотическую активность клеток,
- оказывает цитодеструктивное действие,
- в результате возникают эмбриопатии,
- триада врожденного краснушного синдрома (катаракта, глухота, пороки сердца),
- нет зависимости между тяжестью заболевания матери и тератогенным действием вируса

Методы пренатальной диагностики врожденной краснушной инфекции

- Обнаружение вируса, вирусных антигенов или нуклеиновой кислоты в биоптатах ворсин хориона;
- Обнаружение вируса, вирусных антигенов или нуклеиновой кислоты в амниотической жидкости;
- Обнаружение специфических IgM-антител в крови плода, полученной при кордоцентезе.



Краснуха у беременных может иметь следующие исходы

- отсутствие повреждающего воздействия на плод;
- инфекционное поражение только плаценты, без поражения плода;
- инфицирование плаценты и плода (проявления разнообразные, от бессимптомного течения до генерализованных форм);
- антенатальная гибель плода или самопроизвольный выкидыш.

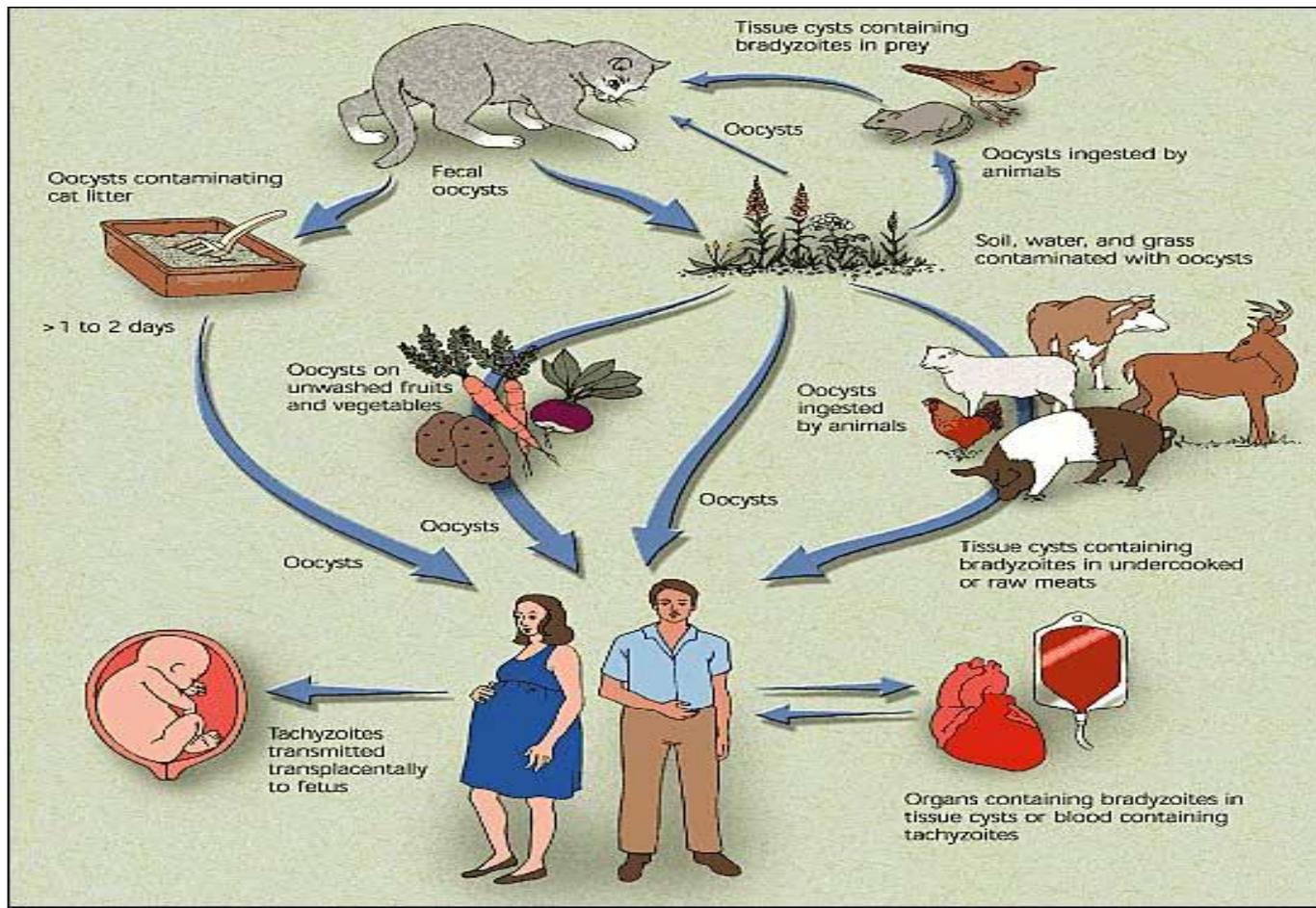
Акушерская тактика при краснухе

- Решение о прерывании беременности должно основываться на убедительном доказательстве свежей материнской инфекции, то есть сероконверсии — выделении специфических антител IgM краснухи.
- Наличие только антител JgG — анамнестическое свидетельство перенесенной краснухи.
- Специфическое противовирусное лечение беременным при краснухе неэффективно и не проводится.

ТОКСОПЛАЗМОЗ и беременность

- **Возбудитель** — *Toxoplasma gondii* относится к классу облигатных внутриклеточных простейших и встречается в трех формах: тахизоид, циста и ооциста.
- ***Пути внутриутробного инфицирования плода.*** Заражение плода от инфицированной токсоплазмозом во время беременности матери происходит трансплацентарным путем.
- **Распространенность** выявленных антител неуклонно увеличивается с возрастом и колеблется в разных регионах мира от 20% до 80% случаев по отношению к женщинам репродуктивного возраста. Ежегодно в России с врожденным токсоплазмозом рождается от 1 до 8 детей на 1000.

ТОКСОПЛАЗМОЗ и беременность



Три формы врожденного токсоплазмоза:

- **острая** — с признаками генерализованной инфекции (желтуха, сыпь, пневмония, миокардит, спленогепатомегалия, отеки, асцит);
- **подострая** — с явлениями менингоэнцефалита (рвота, беспокойство, тремор, судороги, парезы, параличи, начальные симптомы гидроцефалии);
- **хроническая** или стадия постэнцефалических дефектов (гидроцефалия, пороки развития глаз типа микрофтальма, анофтальма, хориоретинит, олигофрения, судорожный синдром, нейроэндокринные расстройства, кальцификаты в ткани мозга).

Препараты применяемые для лечения токсоплазменной инфекции у беременных

Официально разрешенные:

- Ровамицин (спирамицин);
- Сульфаниламиды (сульфадиазин);
- Пириметамин (дараприм, тиндурин, хлоридин, делагил, хингамин).



Лечение токсоплазмоза

- У тех беременных, которым не проводилось лечение, передача инфекции плоду составила 72%, при лечении - 39%. В 20% случаев при отсутствии лечения рождались дети с тяжелыми последствиями токсоплазмоза. При лечении таких детей было только 3.5%.

Принципы лечение токсоплазмоза:

- Если скрининговые тесты указывают на наличие острой инфекции, то начинается лечение спирамицином (**ровамицином**) с целью предотвращения передачи инфекции плоду.
- При подтверждении инфекции у плода путем кордо или амниоцентеза, схему лечения меняют на прием **пириметамина и сульфадиазина**, так как спирамицин не проникает через плаценту.
- Рекомендуется начинать лечение не ранее **12-16 недели** беременности. Для устранения побочного действия пириметамина и сульфаниламидов рекомендуется их отмена за 2 недели до предполагаемого срока родов во избежания побочных эффектов у новорожденного (гипербилирубинемия).

Лечение токсоплазмоза

- Ровамицин– по 3 млн ЕД – 3 раза в сутки – 7–10 дней;
- Пириметамина (аналоги – хлоридин, тиндулин, дароприм, цикламин) – по 50 мг – 1 раз в сутки в сочетании с сульфаниламидными препаратами (сульфадимезин, сульфадиметоксин) – 1-2 г в сутки и фолиевой кислотой – до 10 мг в сутки. Целесообразно проведение повторных курсов лечения через 1 — 1,5 месяца.



ГЕРПЕС

- **Возбудитель** — Herpes simplex virus, группа ДНК-содержащих вирусов.
- Свыше 90% людей земного шара инфицировано вирусом простого герпеса (ВПГ) и до 20% из них имеют те или иные клинические проявления инфекции.
- **Пути внутриутробного инфицирования плода:** гематогенный и интранатальный.
- До 75-80 % случаев заражения плода при ВПГ-инфекции происходит во время родов.

Перинатальные аспекты ВПГ инфекции

- До 2/3 зараженных в родах детей имеют генерализованную форму герпетической инфекции, смертность при которой достигает 50 — 90%.
- Для женщин с рецидивирующим ВПГ-II риск инфицирования новорожденных оценивается в 3-4%

Препараты применяемые для лечения герпетической инфекции у беременных

Официально разрешенные:

- Ацикловир (зовиракс)



Применяемые, но официально не разрешенные:

- Валацикловир (Валтрекс);
- Фамцикловир;
- Ганцикловир (Цимевен),
- Фоскарнет,
- Цидовидир
- Пассивная иммунизация (иммуноглобулины);
- Препараты интерферонового ряда;

Альтернативный кесареву сечению метод консервативного ведения беременных с ВПГ

- Если у беременных обострение хронической герпетической инфекции за 2-3 недели до родов. В таких случаях может проводиться противовирусная терапия «по подозрению». Противовирусные препараты назначают с 37-38 недель гестации (валтрекс по 0,5 г 2 раза в день или ацикловир по 0,2 г 4 раза в день) до срока родоразрешения через естественные родовые пути.

Местное лечение ВПГ и ЦМВ инфекций во время беременности



Эпиген[®]
интим

- Во время рецидива при наличии типичных высыпаний на наружных половых органах Эпиген необходимо наносить на очаги поражения до 6 раз в день в течение 5-7 дней (В.Н. Прилепская и соавторы, 1999).
- При атипичных проявлениях и упорном течении заболевания терапия проводится до полного исчезновения симптомов.
- При наличии герпесвирусного цервицита и при бессимптомном выделении вируса герпеса, помимо орошения наружных половых органов, препарат применяют интравагинально 3 раза в день в течение 6 – 10 дней (Манухин И.Б., 2001).

Акушерская тактика при герпетической инфекции

- Стандартная практика при наличии герпетического поражения гениталий на момент родов в США - выполнение операции кесарева сечения.
- В Великобритании кесарево сечение рекомендуется в том случае, если первый эпизод генитального герпеса имел место в течение 12 недель перед родами.
- Беременным с рецидивами ВПГ с 36 недель беременности может быть предложена профилактическая противовирусная терапия ацикловиром.
- При отсутствии герпетического поражения гениталий на момент родов выбирают роды через естественные родовые пути.

ХЛАМИДИОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

- За рубежом приводятся угрожающие показатели (50-77%) распространения УГХ среди женщин детородного возраста.
- Среди беременных г. Красноярска отмечает частоту УГХ — 26,64% (О. В. Богочук, 1999).
- 4 вида возбудителей, относящихся к роду *Chlamydia*: *Chl. pneumonia*, *Chl. psitaci*, *Chl. trachomatis* и *Chl. pecorum*.
- Патогенные штаммы *Chl. Trachomatis* дифференцированы на 15 серотипов, из которых серотипы от D до K вызывают внутриутробное инфицирование плода.

Перинатальные аспекты хламидиоза

- Примерно у 50% младенцев с хламидийным инфицированием развивается клинически выраженный конъюнктивит,
- Приблизительно у 10% детей развивается хламидийная пневмония
- Маркером врожденного генерализованного УГХ является «ватообразный менингит».

ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С УГХ (после 16-20 недель гестации)

Рекомендуемые схемы лечения:

- Эритромицин – по 500 мг через 6 часов – 7 – 10 дней;
- Спирамицин – по 3 млн ЕД – 3 раза в сутки – 7 дней;
- Вильпрафен – 500 мг 2 раза в сутки 12 дней

Европейское руководство по ИППП, 2001

- Вильпрафен – Разрешено применение при беременности и в период грудного вскармливания по показаниям (Утверждено Минздравом России 29 июля, 2003)



Вильпрафен (джозамицин) внесен в арсенал акушерских терапевтических средств

Беременные с генитальным хламидиозом

Перинатальная
смертность в 10 раз
выше, чем у
неинфицированных
пациенток

Риск инфицирования
новорожденных 50%

ВИЛЬПРАФЕН

Микробиологическое
выздоровление 90%

Отсутствие
неблагоприятного
влияния на течение
беременности и плод

Схемы лечения хламидиоза

Основная схема лечения:

- Вильпрафен (джозамицин) – 500 мг 2 раза в сутки 12 дней или 750 мг 2 раза в сутки 10 дней;

Альтернативные схемы лечения:

- Эритромицин – по 500 мг через 6 часов – 7 – 10 дней;
- Спирамицин (ровомицин) – по 3 млн ЕД – 3 раза в сутки – 7 дней.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

- **Бактериальный вагиноз - дисбактериоз слизистой оболочки влагалища с характерным симптомокомплексом**
- *«Бактериальный» - обусловлен полимикробной флорой*
- *«Вагиноз» - в отличие от вагинита не сопровождается воспалительной реакцией*
- *Дисбаланс микрофлоры влагалища*

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

Интенсивный показатель МЗ РФ на 100 тыс. населения



Экосистема влагалища в норме и при бактериальном вагинозе

В норме	При бактериальном вагинозе
<i>Lactobacilli</i> преобладают	уменьшение <i>Lactobacilli</i>
содержание <i>Lactobacilli</i> в вагинальном секрете $\leq 10^7$ бакт.тел/гр	содержание микроорганизмов 10^9 бакт.тел/гр
Соотношение анаэробы:аэробы 2:1 - 5:1	Соотношение анаэробы:аэробы 100:1 - 1000:1
<i>Gardnerella vaginalis</i> присутствует у 5 - 60% женщин	<i>Gardnerella vaginalis</i> присутствует почти всегда
<i>Mobiluncus</i> присутствуют в $\leq 5\%$	<i>Mobiluncus</i> присутствуют в 50 - 70% случаев
<i>Mycoplasma hominis</i> присутствуют у 15 - 30% сексуально активных женщин	<i>Mycoplasma hominis</i> присутствуют у 60 - 75% случаев

Бактериальный вагиноз и беременность

Основная схема лечения бактериального вагиноза у беременных:

- **Метронидазол** внутрь 500 мг 2 раза в день + трихопол (вагинальные таблетки) по 1 табл. в день – местно, курс лечения 7 дней.

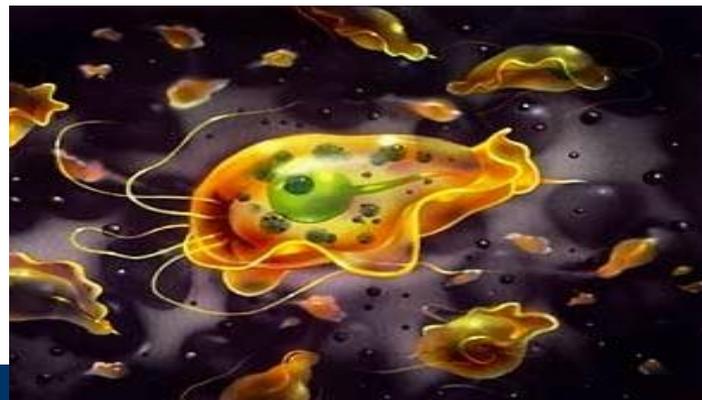
Альтернативные схемы лечения:

- ЭПИГЕН ИНТИМ – 2-3 дозы 3-4 раза в день интравагинально и на область вульвы на период 7-10 дней (При необходимости курс лечения повторить через 10 дней)
- Нео-пенотран:
- одна свеча на ночь и одна свеча утром в течение 7 дней
- одна свеча на ночь глубоко в задний свод влагалища в течение 14 дней;
- При резистентных формах заболевания – одна свеча два раза в сутки в течение 14 дней

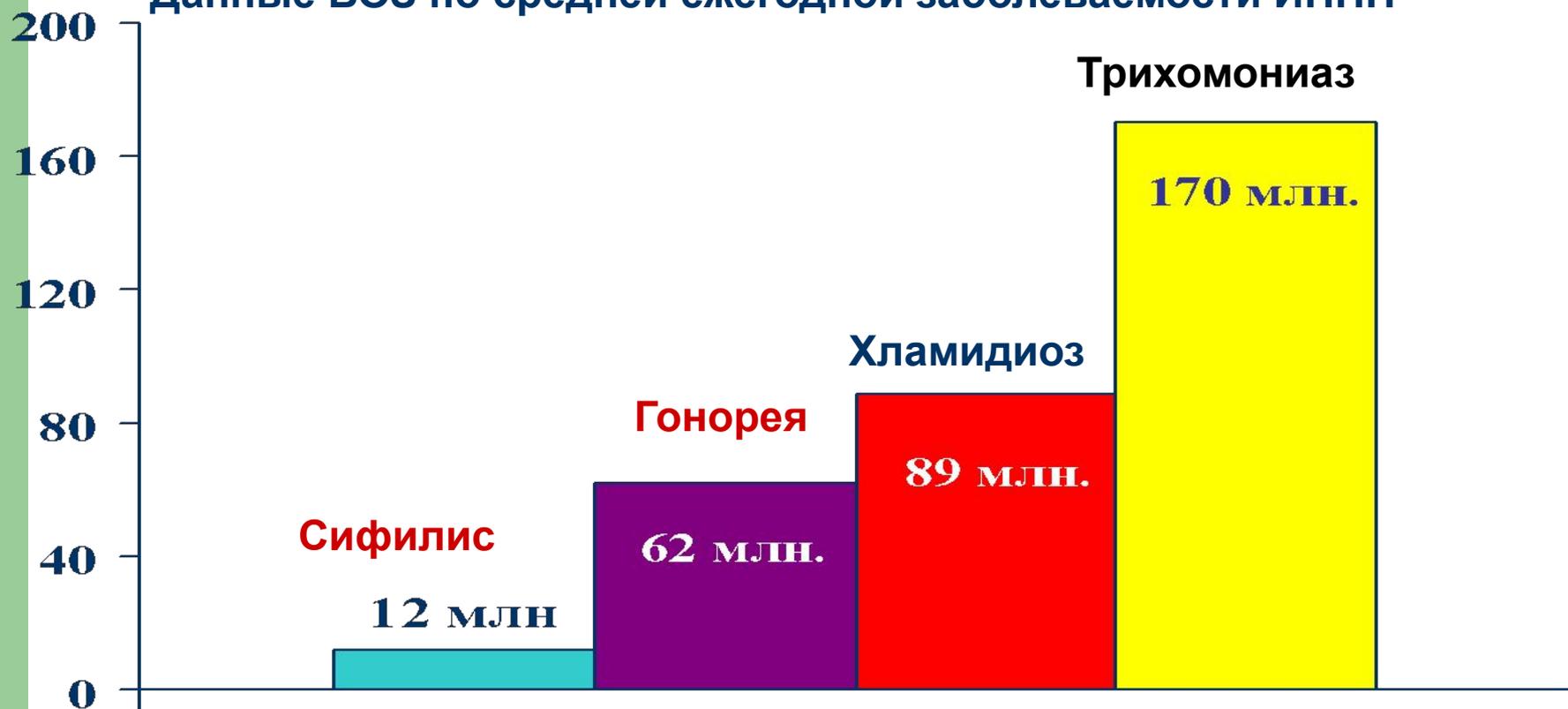
Осложнения бактериального вагиноза

- Развитие хориоамнионита,
- Преждевременные роды
- Эндометрит
- Послеродовой сепсис
- Перикюльтит после гистерэктомии
- Ко-фактор развития папилломавирусной инфекции

Трихомониаз



Данные ВОЗ по средней ежегодной заболеваемости ИППП



Диагностика Трихомониаза

- Микроскопия нативных препаратов
- Микроскопия мазков, окрашенных по Граму, или другими красителями
- Культуральная (бактериологическая) диагностика на жидких питательных средах

Кратность исследований:

- *до лечения и через 10-14 дней после окончания лечения, далее по показаниям*

Трихомониаз и бактериальный вагиноз

Общим для этих патологических состояний является нарушение равновесия микрофлоры влагалища:

- исчезают лактобациллы, которые продуцируют H_2O_2 , молочную кислоту и лизоцим
- pH влагалищного содержимого сдвигается в щелочную сторону (>4.5 , в среднем 5-6)
- Возрастает количество условно-патогенной микрофлоры (*Gardnerella Vaginalis*, *Mobiluncus*, анаэробные бактерии рода *Bacteroides*, *Fusobacterium*), в 100-1000 раз выше нормы

Лечение трихомониаза у беременных

- **“Трихопол” (Polpharma)**, содержащих 500 мг активного вещества метронидазол, для лечения как трихомонадных, так и неспецифических вульвовагинитов у беременных женщин и родильниц.
- **Трихопол”** комбинировано: per os – по 25 мг 3 раза в день + 1 вагинальная таблетка в день в течение 7 дней.
- **Трихопол”** в виде вагинальных таблеток по схеме: 1 таблетка в день в течение 7 дней.

ТРИХОПОЛ
ПРОТИВОМИКРОБНЫЙ И ПРОТИВОПРОТОЗОЙНЫЙ ПРЕПАРАТ

Самый лучший вариант лечения
вагинальные таблетки

ПОЛPHARMA SA 500 мг
ТРИХОПОЛ®
метронидазол
таблетки вагинальные
10 таблеток

- ◆ БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ
- ◆ ТРИХОМОНИАЗ
- ◆ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Будьте здоровы,
будьте любимы,
будьте счастливы!

Гепатит Б и беременность

- Передается от матери у плоду, в большинстве случаев (90%) – во время родов.
- Новорожденные гораздо чаще чем взрослые остаются хроническими носителями вируса и подвергаются риску цирроза и рака печени.

Гепатит Б и беременность

- Около 95% случаев перинатальной передачи гепатита Б можно предотвратить назначением **специфического иммуноглобулина** и вакцинацией
- **Рекомендация:** во время беременности должен производиться серологический скрининг гепатита Б для **эффективной профилактики** передачи вируса новорожденному от инфицированной мамы
- *Зачем (и почему) скрининг если профилактика неосуществима???*

Стрептококки группы В и беременность

- Основная причина неонатального сепсиса (0,5-3 случая на 1000 новорожденных)
- Смертность без лечения – 50 %, поражение ЦНС – у 50% выживших
- В большинстве случаев инфицирование происходит во время родов
- Стрептококки группы В могут быть обнаружены в половых путях примерно у 30% беременных женщин
- Лечить их с помощью антибиотиков во время беременности не эффективно, поскольку в очень многих случаях этот микроорганизм снова появляется в организме женщины до начала родов.

Стрептококки группы В и беременность

- **Назначение антибиотиков в родах при наличии факторов риска (60% всех случаев неонатального сепсиса стрептококком В):**
 - преждевременные роды, (*ЧБНЛ=2717 до 37 нед., ЧБНЛ=1562 при сроке до 35 нед.*)
 - гипертермия в родах (хориамнионит) (*ЧБНЛ=1984*),
 - длительный безводные промежуток >18 часов (*ЧБНЛ=10416*),
 - неонатальный сепсис стрептококком В в предыдущей беременности,
 - бактериурия стрептококком В.

Профилактика «вертикальной» передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку

- Более 70% случаев от всех инфицированных ВИЧ приходится на гетеросексуальный путь передачи инфекции и свыше 90% случаев заражения детей происходит в результате «вертикальной» передачи инфекции от матери к ребенку (ВПИМР).
- Ежегодно более 600 тыс. детей оказываются ВИЧ-инфицированными вследствие вертикальной передачи инфекции от матери к ребенку (ВПИМР), причем ежедневно число таких детей доходит до 1600 человек.

Перед медработниками родовспомогательных учреждений стоят три задачи:

- Обеспечивать адекватное ведение ВИЧ-позитивных женщин и уделять им должное внимание.
- Использовать возможности по консультированию и информированию ВИЧ-отрицательных женщин о проблеме ВИЧ, а также о том, как уберечь себя от инфекции.
- Строить свою работу и отношения с коллегами таким образом, чтобы свести к минимуму риск воздействия на здоровье ВИЧ и других инфекций в производственных условиях.

При установленном ВИЧ-инфицировании женщины апробированные стратегии снижения вероятности или профилактики ВПИМР включают:

- антиретровирусную терапию: зидовудином или комбинированными препаратами длительно, зидовудином или комбинированными препаратами коротким курсом, невирапином;
- плановое кесарево сечение;
- заместительное питание младенца;
- возможное искусственное прерывание беременности при наличии безопасных для этого условий и необходимой юридической помощи
- проведение курса антиретровирусной терапии детям в период грудного вскармливания.

Стратегии, потенциально способные снизить вероятность ВПИМР, но требующие проведения углубленных исследований, включают в себя следующее:

- обогащение рациона питания беременных женщин по микронутриентам;
- обработку родовых путей бактерицидным средством в период родовой деятельности и завершения родового акта;
- выявление и лечение ИППП;

С периодом родов и родоразрешения ассоциируется несколько факторов, повышающих степень риска ВПИМР (1)

1. Вариант родоразрешения:

Риск передачи инфекции выше при вагинальных родах, чем при родоразрешении путем планового кесарева сечения.

2. Длительный безводный период:

Преждевременный разрыв околоплодного пузыря более чем за 4 часа до наступления родов ассоциируется с повышенным риском передачи инфекции.

3. Эпизиотомия:

Выполнение эпизиотомии может привести к повышению риска ВПИМР.

С периодом родов и родоразрешения ассоциируется несколько факторов, повышающих степень риска ВПИМР (2)

4. **Кровотечение во время родов:**

По данным некоторых исследований, ассоциируется с более высоким риском передачи инфекции.
5. **Инвазивное мониторирование состояния плода:**

Вследствие введения электродов для отведений с головки плода риск передачи инфекции может повышаться.
6. **Рождение двойни:**

Частота ВИЧ-инфицирования выше при рождении первой, чем при рождении второй двойни.

Кормление детей грудного возраста

- Прикладывание ребенка к груди матери должно осуществляться лишь при условии, если мать заблаговременно приняла решение кормить ребенка грудью.
- Если же мать решила не кормить ребенка грудью, то новорожденного следует положить на тело матери для контакта «кожа к коже».
- Кроме того, в детском отделении следует заранее позаботиться о наличии для такого новорожденного заменителей грудного молока, или должен быть предусмотрен иной вариант вскармливания. Матери желательно пользоваться чашечкой для кормления своего ребенка.
- К решению ВИЧ-инфицированных женщин относительно практики вскармливания новорожденных следует относиться с должным вниманием и поддержкой..



Скрининг на инфекции во время беременности



- Краснуха
- Токсоплазмоз
- Сифилис
- Гепатит Б
- ВИЧ-инфекция ?
- Хламидиоз ??
- Герпес ??
- ЦМВ ???

Какова частота подтверждения результатов в отношении перинатальных инфекций ?

Частота ежегодного выявления некоторых врожденных инфекций в Великобритании (данные Центра по контролю заболеваемости, 2000 г. / на 700 000 родов)

Инфекция	Число случаев в год
ЦМВ	180
Токсоплазмоз	13
Краснуха	20
Сифилис	4
Герпес	6
Стрептококк группы В	190

Достоверность диагностики ВУИ при решении вопроса о прерывании беременности

- В сложных диагностических случаях или при решении вопроса о прерывании беременности, следует диагноз подтверждать данными исследования околоплодных вод, плаценты и крови плода (краснуха, ЦМВ, герпес, токсоплазмоз)



Доказанная эффективность лечения в отношении перинатальных инфекций

Эффективность доказана

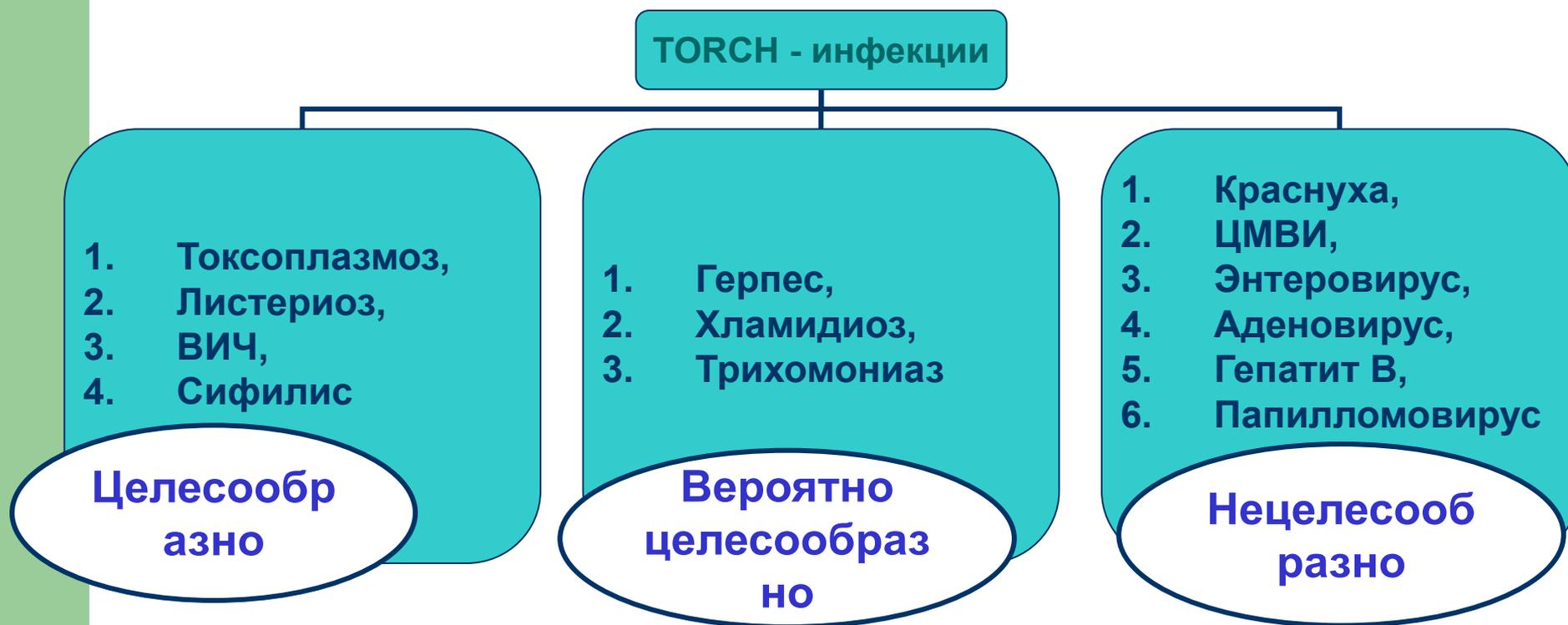
- Токсоплазмоз
- ВИЧ - инфекция
- Сифилис
- Хламидиоз ?
- Листериоз

Эффективность не доказана

- Краснуха
- ЦМВ – инфекция
- Герпес ??
- Парвовирус – В19 ???

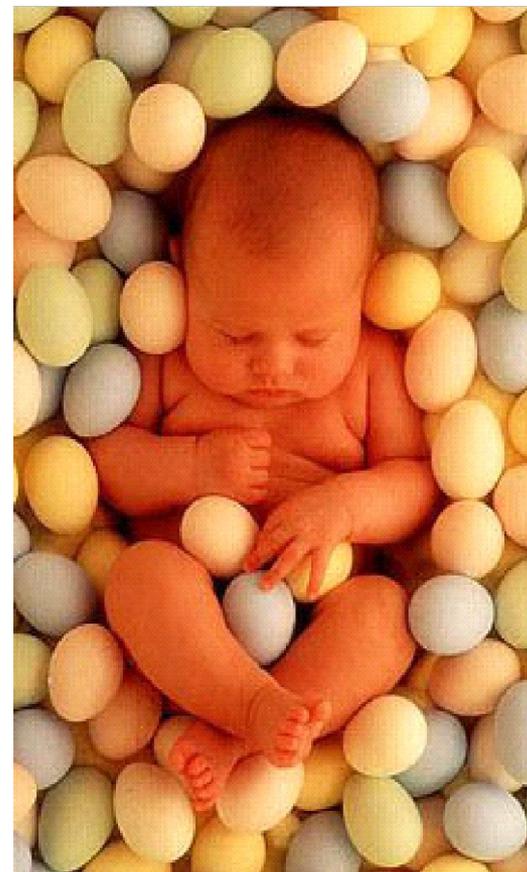


Целесообразность медикаментозного лечения TORCH - инфекций



КАКИМ ДОЛЖЕН БЫТЬ ИДЕАЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ?

- Эффективно подавлять размножение вируса – **эффективность**
- Воздействовать только на вирус герпеса, не воздействуя на здоровые клетки человека – **безопасность**
- Не вызывать побочных эффектов - **безопасность**
- Обеспечивать быстрый эффект - **моральное состояние**
- Иметь большой мировой опыт применения - **уверенность**



Безопасность применения антибактериальных препаратов у беременных и кормящих

Классификация (FDA)* Препараты

B Пенициллины : ампициллин, амоксициллин/клавуланат;
цефалоспорины: цефуроксим, цефотаксим, цефтриаксон; макролиды: азитромицин, эритромицин;

Карбапенемы: имипенем;

монобактамы: азтреонам;

карбапенемы: меронем;

нитроимидазолы: метронидазол;

нитрофурантоин; фосфомицин; полимиксин; спектиномицин

C макролиды: кларитромицин;

аминогликозиды: гентамицин;

гликопептиды: ванкомицин;

сульфаниламиды: ко-тримоксазол**

D Тетрациклины: доксициклин;

Фторхинолоны: ципрофлоксацин, офлоксацин

аминогликозиды: амикацин, канамицин, нетилмицин, стрептомицин, тобрамицин

Weiss SR et al., 2002

Лучшее лечение ВУИ – это перинатальная профилактика и предгравидарная подготовка

- **Интимная профилактика-** это уход за своим телом и модель сексуального поведения основанный на знании того, что нужно для здорового секса, здорового зачатия, беременности без проблем и рождения здорового ребенка
- Регулярное использование средств интимной профилактики – часть здорового образа жизни женщины
- **Эпиген Интим** - натуральное лечебно-профилактическое средство для женщины





INVAR™

ЭПИГЕНЭТИКА – достоинства настоящей женщины не приметны

- **Эпиген Интим** – препарат для местного применения, обладающий противовоспалительным, заживляющим и противовирусным действием
- **Эпиген Интим** – лечение у пациенток с сочетанной герпетической инфекцией
- **Эпиген Интим** – лечение у пациенток с папилломовирусной инфекцией
- **Эпиген Интим** – лечение у пациенток с бактериальным вагинозом

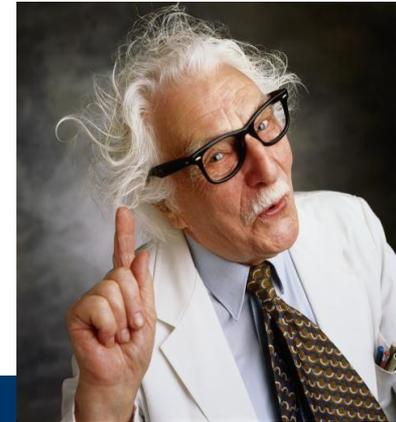


Эпиген®
интим

Профилактика ВУИ

- Выделение группы высокого риска по развитию ВУИ (наличие хронических воспалительных гинекологических и соматических заболеваний, частые ОРВИ, эндокринопатии, отягощенный акушерский анамнез, угроза прерывания беременности, истмико-цервикальная недостаточность);
- Ультразвуковое исследование, согласно приказа МЗ РФ № 457 в те же сроки беременности;
- Определение иммунологического статуса у беременных женщин, включенных в группу риска по развитию ВУИ;
- Гистологическое исследование последа в группах высокого риска по ВУИ;
- Раннее обследование новорожденного для своевременной диагностики внутриутробного инфицирования (ПЦР, ИФА, бак. посев);
- Проведение нейросонографического исследования у новорожденных из группы высокого риска по ВУИ.

Нерешенные проблемы перинатальных инфекций



- Отсутствие лабораторно-диагностической базы в большинстве женских консультаций и родовспомогательных стационаров.
- Отсутствие МЭСов и стандартов лечения ВУИ.
- Отсутствие возможности и желания у неонатологов в проведении специфической терапии при ВУИ у новорожденных.
- Необоснованное и достоверно недоказанное преувеличение роли ВУИ в структуре перинатальной смертности

Литература

Основная:

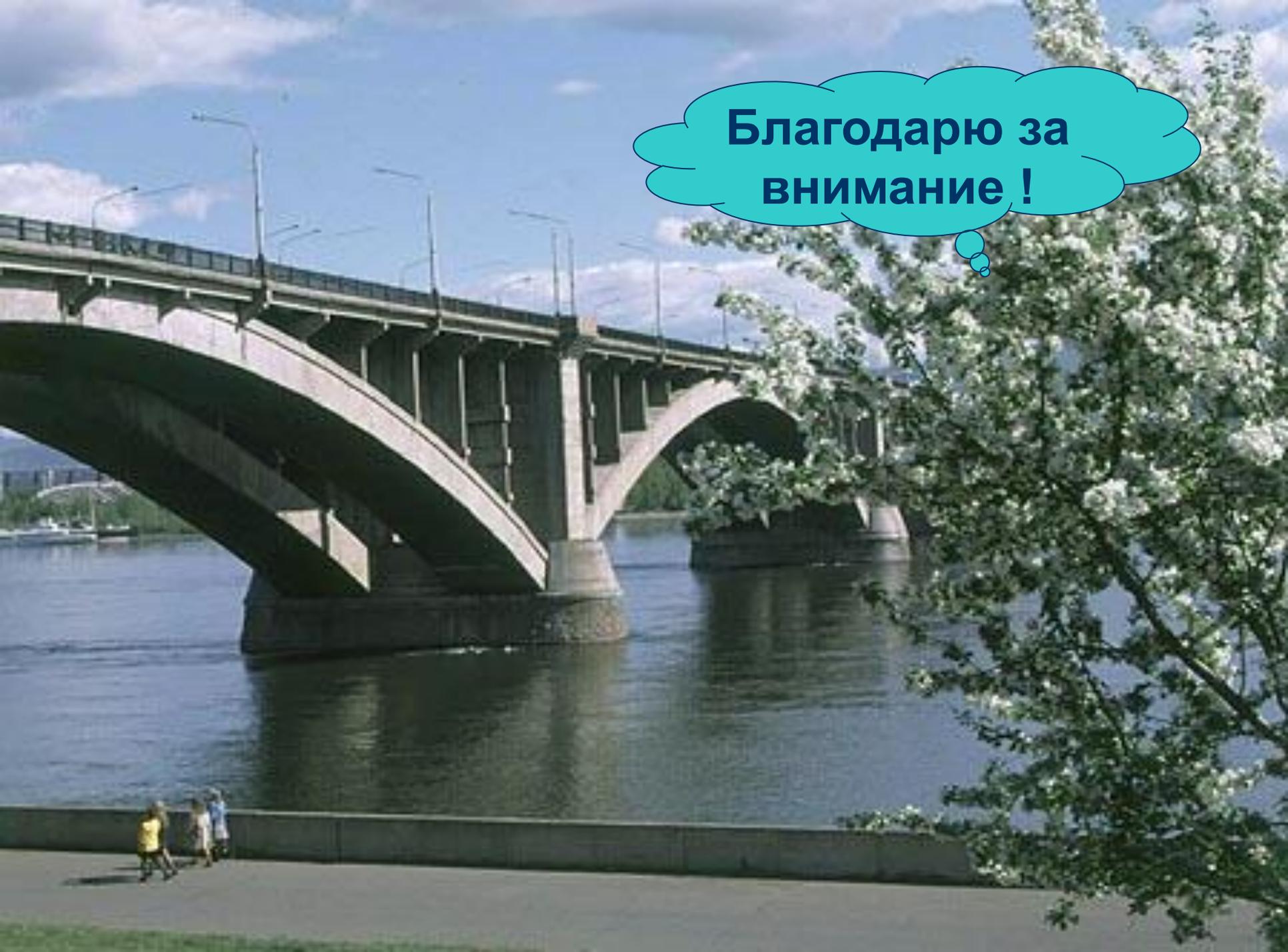
1. Савельева г.М. Акушерство: Акушерство: Учебник для мед. вузов, 2007
2. Айламазян, Э. К.. - Акушерство: Учебник для мед. вузов / авт. текста Э. К. Айламазян . - 5-е изд., доп.. - Санкт-Петербург : Спец.лит., 2005. - 527 с. : ил., твердый (Учебник для медицинских вузов)

Дополнительная

1. АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ОБЩЕЙ И ЧАСТНОЙ ХИРУРГИИ, ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, ОФТАЛЬМОЛОГИИ, НЕЙРОХИРУРГИИ, УРОЛОГИИ, ОНКОЛОГИИ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ, ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ, ВПХ, АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ПО СПЕЦ. 060101-ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО / СОСТ. А.В. АНДРЕЙЧИКОВ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2007
2. ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / РЕД. В.В. ЦХАЙ. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2007
3. ЦХАЙ В.Б. ПЕРИНАТАЛЬНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ. - РОСТОВ-Н-Д. ФЕНИКС, 2007
4. АКУШЕРСТВО. КУРС ЛЕКЦИЙ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. А.Н. СТРИЖАКОВА, А.И. ДАВЫДОВА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009
5. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ / ПОД РЕД. Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ И Г.Т. СУХИХ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009
6. АКУШЕРСТВО. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ: МЕТОД. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / АВТ. ТЕКСТА В.Б. ЦХАЙ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2007
7. РУКОВОДСТВО ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА / ПОД РЕД. Н.Н. ВОЛОДИНА, В.И. КУЛАКОВА, Р.А. ХАЛЬФИНА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
8. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / Е.Н. КОПТИЛОВА И ДР. - Н.НОВГОРОД: ИЗД-ВО НИЖЕГОРОДСКОЙ ГОСМЕДАКАДЕМИИ, 2007
9. ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. Т.Е. БЕЛОКРИНИЦКОЙ РОСТОВ-НА-ДОНУ: ФЕНИКС, 2007
10. АКУШЕРСТВО: НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО / ПОД РЕД. Э.К. АЙЛАМАЗЯНА, В.И. КУЛАКОВА, В.Е. РАДЗИНСКОГО, Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
11. СИДЕЛЬНИКОВА В.М. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ. - М.: МЕДПРЕССИНФОРМ, 2009

ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ

1. ИБС КРАСГМУ
2. БД МЕДАРТ
3. БД МЕДИЦИНА
4. БД EBSCO

A large, multi-arched concrete bridge spans across a wide river. The bridge has several prominent arches supported by thick concrete piers. In the foreground, a paved walkway runs along the riverbank, where a few people are walking. To the right, there are lush green trees with white blossoms. The sky is blue with scattered white clouds. A large, light blue thought bubble with a black outline is positioned in the upper right quadrant of the image, containing the text "Благодарю за внимание!".

**Благодарю за
внимание !**