

ТОРСН-ИНФЕКЦИИ

Диагностика и лечение

АКТУАЛЬНОСТЬ

- Согласно обобщенным литературным данным, **не менее 10%** детей внутриутробно инфицируются различными микроорганизмами
- В большинстве случаев возбудителем инфекции является вирус
- В интранатальном периоде возбудителем инфекции могут быть как вирусы, так и бактерии
- Наиболее высокий риск инфицирования плода наблюдается при первичной инфекции беременной женщины

ВНУТРИУТРОБНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ

- Внутриутробное инфицирование - предполагаемый факт внутриутробного проникновения к плоду микроорганизмов, при котором **не выявляется** признаков инфекционной болезни плода

ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ

- Установленный факт внутриутробного проникновения к плоду микроорганизмов, при котором в организме плода и новорожденного произошли характерные для инфекционной болезни патофизиологические изменения, выявляемые пренатально или вскоре после рождения.

Невынашивание беременности

- Самопроизвольное прерывание беременности до 37 недель
- До 22 недель - самопроизвольный аборт
- 28 - 37 недель преждевременные роды
- 22-28 недель ранние преждевременные роды
- Согласно рекомендации ВОЗ, учет перинатальной смертности с 22 недели беременности массой плода более 500 г (в России учет ПС осуществляется, если новорожденный погибает по истечении 7 дней после рождения)

СИМПТОМЫ ВУИ

- ⊙ ЗВУР
- ⊙ Гепатоспленомегалия
- ⊙ Желтуха
- ⊙ Сыпь
- ⊙ Дыхательные расстройства
- ⊙ Сердечно - сосудистая недостаточность
- ⊙ Неврологические нарушения

TORCH- СИНДРОМ

- Т -токсоплазмоз
- О -другие инфекции (сифилис, листериоз, вирусные гепатиты, ветряная оспа)
- R - краснуха
- С - цитомегаловирусная инфекция
- Н - герпес

Пути инфицирования плодного яйца

- Восходящий
- Гематогенный
- Трансдецидуальный
- Нисходящий
- Смешанный

ЭХОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВУИ

- Многоводие и маловодие
- Утолщение плаценты
- Расширение межворсинчатого пространства
- Множественные гиперэхогенные включения в паренхиме плаценты
- Признаки инфаркта плаценты
- Низкое прикрепление плаценты
- Расширение ЧЛС почек плода
- Снижение двигательной активности плода
- Судорожные формы дыхательных движений
- Снижение тонуса плода
- Нарушение маточно- и фетоплацентарного кровотока
- Наличие 3 и более УЗ признаков указывает на наличие 80% ВУИ

Группа изменений в последе у женщин с высоким риском ВУИ

- Воспалительные изменения в тканях полследа (серозно - гнойный хорионамнионит, децидуит, интервиллузит)
- Патологическая незрелость плаценты в виде диссоциированного развития ворсинчатого хориона в стадии эмбриональных и промежуточных ворсин
- Циркуляторные расстройства, инволютивно - дистрофические процессы

ВПГИ, клинико - морфологические формы

- Первичный эпизод первичной инфекции
- Первый рецидив первичной инфекции
- Рецидивирующий генитальный герпес
- Бессимптомный ГГ

Диагностика

- ПЦР,
- РИФ,
- ИФА,
- иммуноблот

Риск развития неонатального герпеса в зависимости от вида ГГ у матери к моменту родов

Вид материнской инфекции к моменту родов	Риск неонатального герпеса
Первичная инфекция с клиническими проявлениями	50%
Первичная инфекция с бессимптомным течением	40%
Первый эпизод не первичной инфекции	33%
Рецидив ГГ с клиническими проявлениями	3%
Рецидивирующая бессимптомная инфекция	0,05%

Лечение ГГ

- При диагностике активного течения ГГ во время беременности проводится комплексная терапия - иммуномодулирующая, метаболическая, сохраняющая противовирусная (после 38 недель беременности)
- Лабораторный контроль проводят через 4 недели после окончания лечения

Лечение ГГ

- Проводятся лечебные и стабилизирующие курсы Виферонотерапии
- До 28 недель проводится лечение Кипфероном, иммуноглобулином для внутривенного введения
- После 28 недель Виферон -2 с последующими курсами Виферон -1 каждые 4 недели, Виферон -2 в 34-36 недель

Тактика при ГГ

- При первичном рецидиве ГГ за 1 мес до родов родоразрешение возможно через ЕРП на фоне противовирусной терапии.
- Показаниями к КС является первичное инфицирование женщины менее чем за месяц до родов (отсутствие в крови защитного уровня противогерпетических антител), наличие высыпаний ГГ накануне родов, тяжелое течение рецидивирующей ГИ с наличием резистентности к препаратам ацикловира, преждевременное излитие околоплодных вод (более 8 часов безводного промежутка) при указании в анамнезе на наличие высыпаний ВПГ в послений месяц беременности
- За 10-14 дней до КС назначается Ацикловир в супрессивных дозах, т.к. даже оперативные роды полностью не предотвращают интранатального заражения плода ВПГ - инфекцией

Послеродовой период

- Профилактическая Виферонотерапия (виферон - 1) при наличии субинволюции матки, рождении ребенка с малыми формами ВУИ, в случае генерализованной формы инфекции у новорожденного высоком риске гнойно - воспалительных заболеваний у женщине должен быть назначен курс Виферонотерапии (виферон - 2 на курс 30 свечей)

Грудное вскармливание

- Не противопоказано, т.к. молоко является источником противогерпетических антител

ЦМВИ

- Классификация А.П. Казанцева и Н.И. Поповой (1980)
- А **Врожденная ЦМВИ** острая и хроническая форма
- Б. **Приобретенная форма** - латентная, острая моноклеозоподобная, генерализованная форма.

Лабораторная диагностика

- ПЦР
- РИФ
- ИФА
- Иммуноблот

Ведение родов

- При выявлении пороков развития плода показано прерывание беременности с учетом желания женщины
- Роды не предусматривают специального ведения.

КРАСНУХА

- Инфекционное заболевание, сопровождающееся сыпью, опасное для беременных в связи с возможностью эмбриопатий и фетопатий

КРАСНУХА

- У взрослых протекает тяжелее, чем у детей
- Экзантема, сыпь
- Лихорадка, региональная лимфаденопатия
- Может протекать бессимптомно

Лабораторные критерии активности инфекционного процесса

- Диагноз внутриутробной краснухи может быть поставлен при обнаружении вируса краснухи или **специфических Ig M** при кордоцентезе, т.к. после 16 недель беременности плод способен к самостоятельному синтезу противовирусных антител.
- **Обнаружение Ig G в титре выше материнского** также свидетельствует о внутриутробном инфицировании.
- **Обнаружение Ig G в титре, равном материнскому,** указывает лишь на трансплацентарный перенос материнских антител.

Частота поражения зависит от срока беременности

- В первые 2 месяца гестации врожденные уродства 50-60% случаев
- 3 мес - 15%
- 4 мес - 7%
- После 17 недель гестации 1%

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ

- Вакцинация при планировании беременности
- Обследование на иммунитет к вирусу краснухи, при выявлении серонегативных женщин повторное обследование на 3-4 мес беременности
- При выявлении Ig M и его нарастании до 16 недель рекомендуется прерывание беременности
- При отказе женщины от прерывания беременности вводится антикраснушный иммуноглобулин
- При инфицировании после 16 недель прерывание не показано
- Не предусматривает особого ведения родов и послеродового периода

ТОКСОПЛАЗМОЗ

- Инфекционное заболевание, вызванное *Toxoplasma gondii*
- 2 формы
- врожденная (трансплацентарное заражение)
- приобретенная , чаще протекает бессимптомно

ВРОЖДЕННЫЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ

- Хориоретинит
- Гидроцефалия
- Внутрочерепные кальцинаты

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- ПЦР
- РИФ
- ИФА
- Иммуноблот

ТАКТИКА

- В 1 триместре высок риск врожденного токсоплазмоза, проводят лечение спирамицином по 3-6 млн ЕД/сут в течение 4-6 недель, начиная с 18-20 недели беременности, или прерывание беременности
- Если заражение произошло до беременности, и клиники нет, лечение не проводится

ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ

- Малосимптомное течение
- Методы РИФ ПЦР ИФА
- Лечение проводится макролидами:
- Джозамицин 0,5 г 3 раза в сутки
- Спирамицин 3.000.000 3 раза в сутки 7-10 суток
- Эритромицин внутрь 0,5 г 4 раза в сутки 7-10 сут
- Альтернативные схемы - азитромицин однократно 1,0 или Эритромицин внутрь 0,25 г 4 раза в сутки 14 сут

ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ

- У беременных, которые не смогли получить эффективного этиотропного лечения, проводится обработка родовых путей хлоргексидином
- Антибактериальная терапия в послеродовом периоде, обследование новорожденного

МИКОПЛАЗМЕННАЯ ИНФЕКЦИЯ

- Лечение и родоразрешение проводят аналогично УГХ