

ИШШП



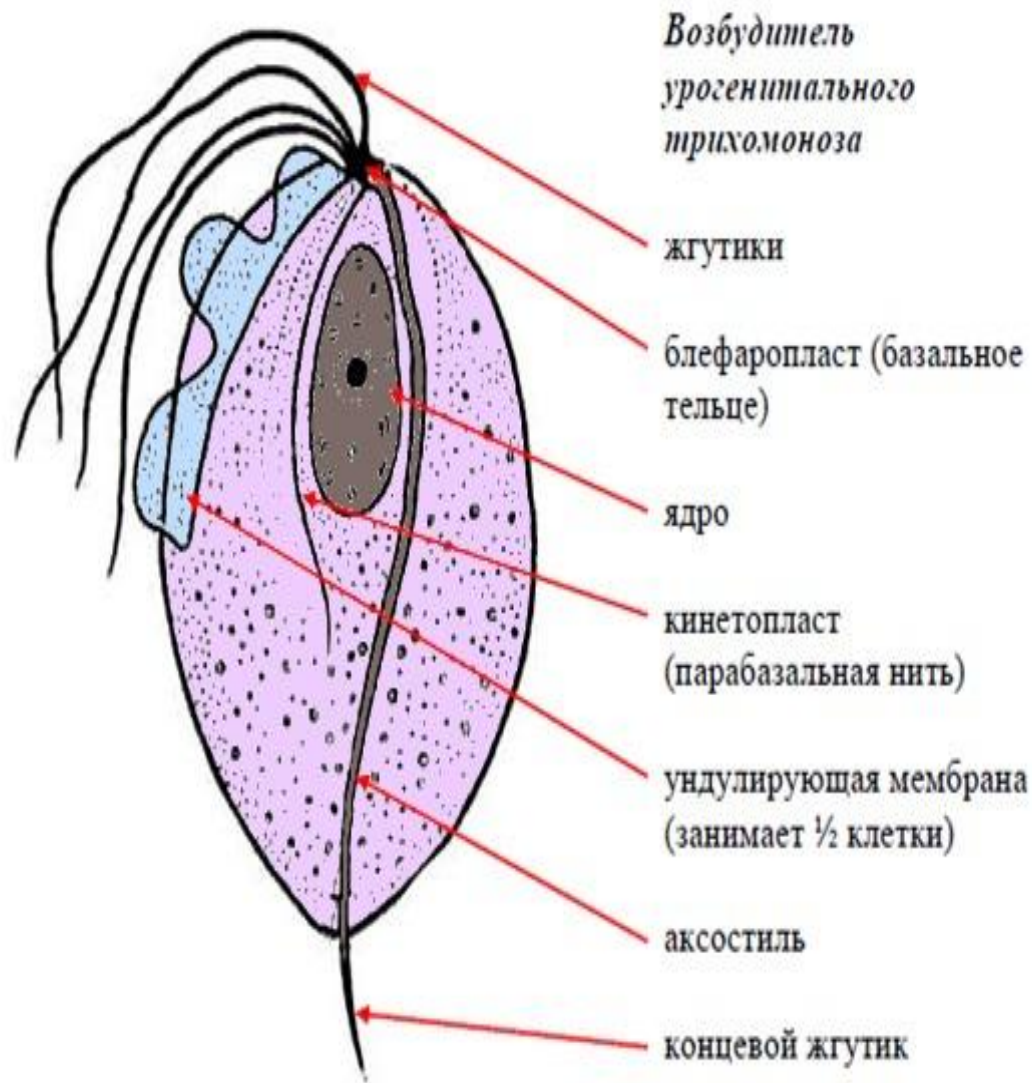
**Подготовила:
ординатор 1 года
Шишкина Е.В.
Руководитель:
Сутугина О.Н.**

ТРИХОМОНИАЗ

- Одно из наиболее распространенных заболеваний мочеполового тракта, занимает первое место. Одинаково часто поражает и мужчин и женщин.
- **Этиология:** одноклеточное простейшее класса Жгутоконосцев. Трихомонады в организме человека паразитируют в виде 3 – х видов, а именно: кишечная, ротовая и урогенитальная.
- Передача происходит у взрослых лишь только половым путем.
- В 90% случаев выявляется поражение мочеиспускательного канала, однако менее чем у 5% выявляется изолированное поражение мочеиспускательного канала.

Факультативные анаэробы, оптимальная температура для роста 37 градусов. Обязательное условие их существования- наличие влаги, вне ее и при высушивании они быстро погибают. У женщин обитают во влагалище и шейке матки, у мужчин- в предстательной железе и семенных

Влагалищная трихомонада (*Trichomonas vaginalis*)



- ***Профилактика:***

- использование барьерных методов контрацепции;
- пропаганда здорового образа жизни и личной гигиены;
- регулярное обследование гинекологом на ИППП;
- проведение санитарно-гигиенических мероприятий, санитарно – просветительской и воспитательной работы с населением.

- ***Скрининг:*** активный скрининг (с обсл. на трихомоноз проводят всем):

- стационарным гинекологическим больным;
- Беременным, находящимся на учете в ЖК;
- Сотрудникам ДОУ, детских больниц, родильных домов, приютов и интернатов

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Свежий трихомониаз.
2. Хронический трихомоноз.
3. Трихомонадоносительство

ПАТОГЕНЕЗ

1. Интенсивность инфекции.
2. Реакция влагалищного содержимого.
3. Сопутствующая флора.
4. Физиологическое состояние слизистых оболочек.

КЛИНИКА

Инкубационный период 5-15 дней.

При остром течении все признаки воспаления: ухудшение общего состояния, появление обильных выделений из влагалища с неприятным запахом, сильный зуд наружных половых органов, может быть учащенное и болезненное мочеиспускание, иногда возникают боли внизу живота.

При подостром течении симптоматика стертая, а выделения незначительные.

При торпидной форме клинических проявления практически нет. Стертые признаки в виде петехиальных кровоизлияний на слизистой влагалища или шейки матки видны только при кольпоскопии.





Хронический мочеполовой трихомониаз - наиболее сложная для диагностики и лечения форма трихомониаза. Это смешанный бактериально - протозойный процесс, поскольку трихомонада – резервуар для хламидий, уреаплазм, гоноккоков, стафилококков и другой флоры. В виде моноинфекции в 10,5%.

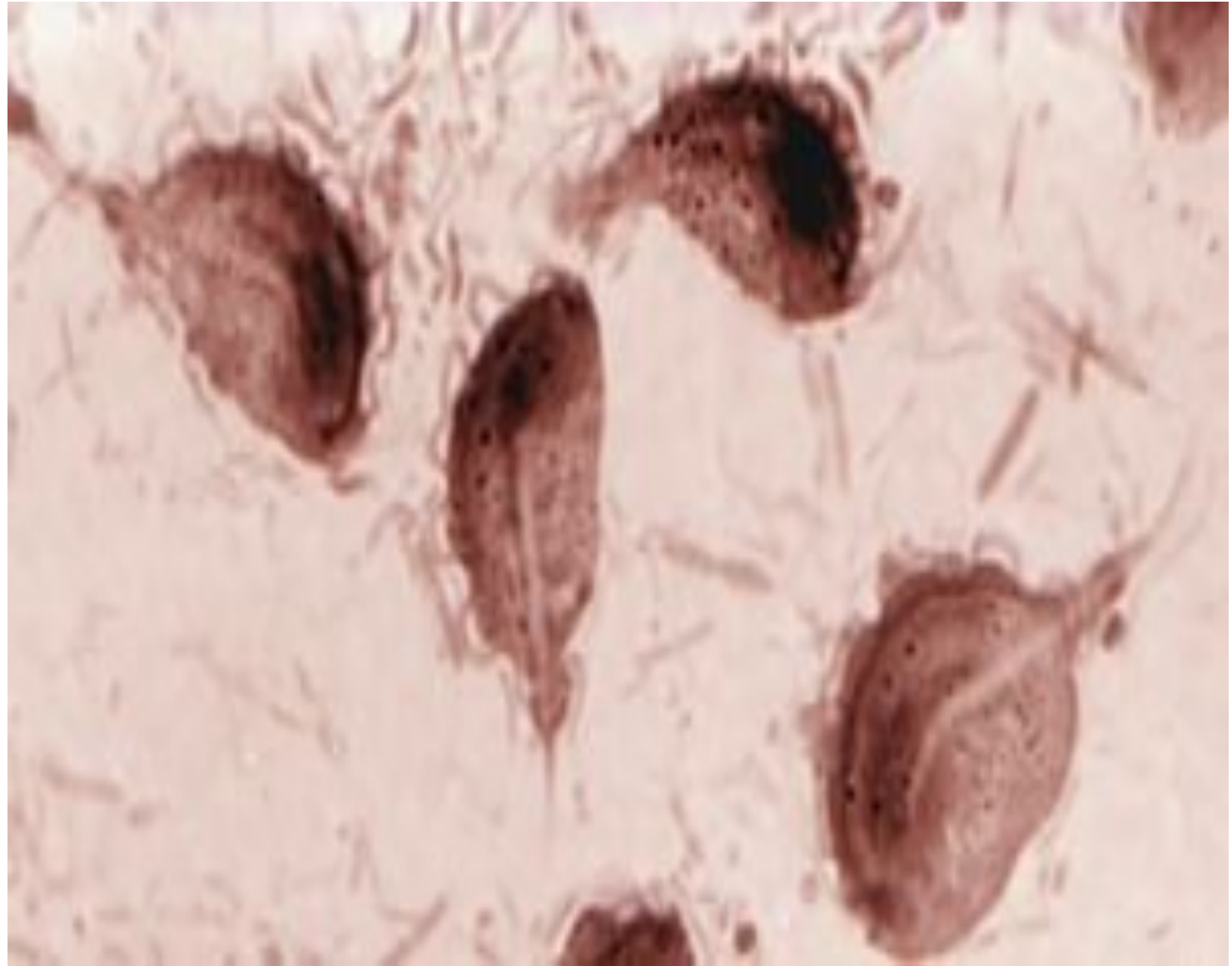
ДИАГНОСТИКА:

1: микроскопическое исследование мазка из заднего свода влагалища (чувствительность 40-70%).

2: Микробиологическое выделение культуры влагалищной трихомонады (чувствительность превышает 95%).

3: Методы амплификации нуклеиновых кислот (чувствительность приближается к 100%).

4: Также возможно выделение трихомонад при цитологическом исследовании.



ЛЕЧЕНИЕ

1. Необходимо проведение исследований на другие ИППП;
2. До окончания лечения и контрольных мазков необходимо половое воздержание;

НИТРОИМИДАЗОЛЫ – единственный класс препаратов, рекомендованных для лечения трихомонадной инфекции, поскольку большинство штаммов трихомонады вагиналис к ним чувствительны.

Метронидазол - 400-500 мг внутрь дважды в сутки в течении 5-7 дней;

Метронидазол - 2000 мг внутрь однократно;

Тинидазол – 2000м мг внутрь однократно.

Метронидазол можно использовать на любом сроке беременности и во время лактации.

При персистенции и рецидиве тактика следующая:

- следует убедиться в приверженности пациента лечению;
- Необходимо выяснить возможность повторного инфицирования от нового партнера либо от нелеченного текущего партнера.

Метронидазол по 400 мг трижды в сутки в течении 7 дней + метронидазол 1000 мг во влагалище 1 раз в сутки в течении 7 дней;

Метронидазол (тинидазол) в дозе 2000 мг 1 раз в сутки в течении 3-5 дней;

Метронидазол внутривенно в больших дозах.

Контроль через 1 неделю после лечения и еще один раз после менструации.

Бактериальный вагиноз

- Инфекционный невоспалительный синдром, сопровождающийся чрезмерной высокой концентрацией облигатных и факультативно-анаэробных УПМ во влагалище при резком снижении количества- вплоть до полного исчезновения – молочнокислых бактерий. При этом количество лейкоцитов не увеличено, что означает отсутствие воспалительной реакции.
- В 1984 году выделен как самостоятельная нозология. Занимался этим Альберт Додерляйн.
- В 1955 году Герман Гарднер и Чарльз Дьюкс описали грамтрицательный микроорганизм *Haemophilus vaginalis*. Спустя 27 лет изучения бактерий был выделен самостоятельный род бактерий – *Gardnerella*.

Возбудителем бактериального вагиноза могут быть следующие виды микроорганизмов: Streptococcus agalactiae, Escherichia coli, Bacteroides, Peptococcus epidermidis, Enterococcus faecalis, Prevotella, Mobiluncus.

БИОПЛЕНКИ: являются основным звеном патогенеза. Биопленки представляют собой микробные сообщества, в которых бактерии окружены внеклеточным матриксом из муцина и других соединений. Бактерии внутри биопленок менее уязвимы, так как часть микробных клеток обладает сниженной метаболической активностью, что дает больше шансов при воздействии АБ средств. Для факторов иммунной защиты такие биопленки практически недоступны. Биопленки встречаются у 90% пациенток и являются основной причиной рецидивов бактериального вагиноза.

КИСЛОТНОСТЬ ВЛАГАЛИЩНОЙ СРЕДЫ

Нормальная влагалищная микрофлора помимо перекиси водорода в качестве продукта метаболита вырабатывает молочную кислоту. Последняя оказывает подавляющее влияние на УПМ, а также обладает собственным иммуномодулирующим воздействием, стимулируя местные факторы иммунитета. Нормальный рН 3,8-4,4. Защелачивание является одним из диагностическим критерием БВ по системе Амсея, а собственно рН-метрия – эффективны методом оценки состояния влагалищной микроэкологии.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ БВ

1. Нарушение анатомии вульвы, влагалища и ШМ;
2. Нежелательное защелачивание влагалищной среды;
3. Изменение реологических свойств цервикальной слизи, дефекты местного иммунитета;
4. НМЦ со снижением концентрации эстрогенов, которые приводят к дефициту гликогена, необходимого для размножения лактобацилл;
5. Неправильно проведенное лечение АБ,

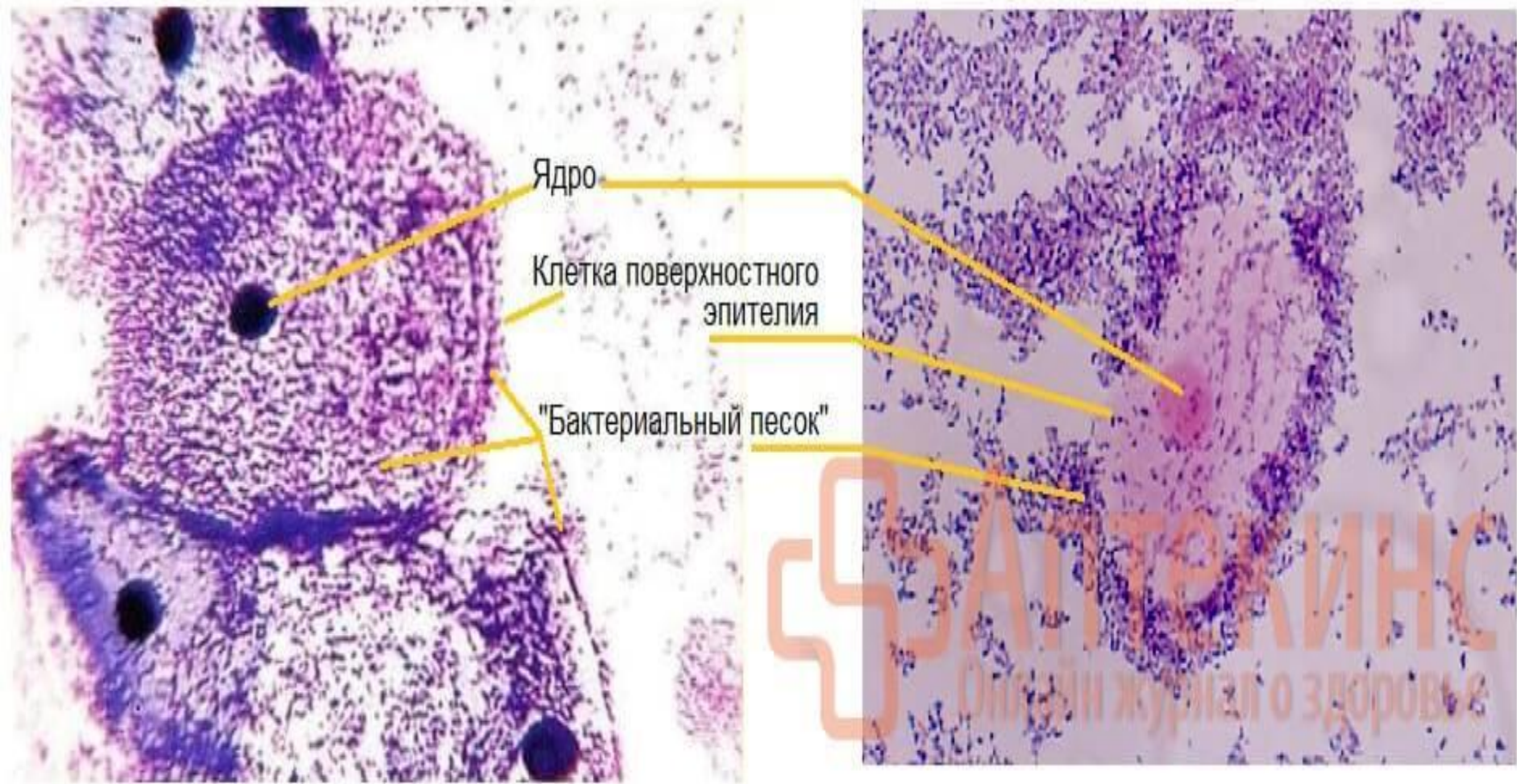
Клиника и Диагностика

Критерии Амселя:

- Наличие специфических выделения из влагалища (жидкие и однородные);
- Обнаружение ключевых клеток при микроскопии мазков;
- Положительный аминный тест: при добавлении к влагалищным выделениям 10% KOH появляется характерный «рыбный» запах.
- Увеличение pH влагалищной жидкости более 4,5.

3 из 4 признаков свидетельствуют о БВ

"Ключевые" клетки - клетки эпителия, густо усеянные мелкими бациллами.



ЛЕЧЕНИЕ

1. Противомикробная терапия
2. Восстановление микробиоценоза

Европейское руководство IUSTI/ВОЗ(2011):

-метронидазол 0,75% гель 5 г интравагинально в течении 5 дней,
или

-клиндамицин 2% крем 5 г интравагинально перед сном в течении 7
дней, или

-клиндамицин per os 300м г 2 раза в день в течении 7 дней.

Рекомендации CDC (агенства МЗ США):

ОСНОВНАЯ СХЕМА:

-метронидазол 500 мг перорально дважды в день в течении 7 дней,
или

-метронидазол гель 0,75% 5 г интравагинально в течении 5 дней, или

-клиндамицин крем 2% 5 г интравагинально перед сном в течении 7
дней.

АЛЬТЕРНАТИВНАЯ СХЕМА:

-тинидазол 2г дважды в день в течении 2 дней, или

-тинидазол 1 г перорально один раз в день в течении 5 дней, или

-клиндамицин 300 мг перорально дважды в день в течении 7 дней,
или

-клиндамицин 100свечи вагинально один раз в день в течении 3 дней



ПРОБИОТИКИ С ЖИВЫМИ ЛАКТОБАКТЕРИЯМИ



Органические кислоты



БВ при беременности

- Встречается у 37-42,4%. Важные факторы риска у беременных- дисбактериоз кишечника, перенесенные острые и хронические инфекции половых органов, ЖКТ, мочевыводящих путей, АБтерапии.
- В первом триместре допустимо назначение только местных средств в виде метронидазола.
- CDC рекомендует: клиндамицин 300 мг перорально дважды в день в течении 7 дней, или метронидазол 500 мг перорально дважды в день в течении 7 дней.
- В России нео-пенотран 2-3 триместр, в первый триместр рекомендуется – повидон –йод, хлоргексидин в свечах и деквалиния хлорид.
- Для восстановления микрофлоры: лактулоза, аскорбинвоая кислота в свечах, лактожиналь.

ВПЧ инфекция

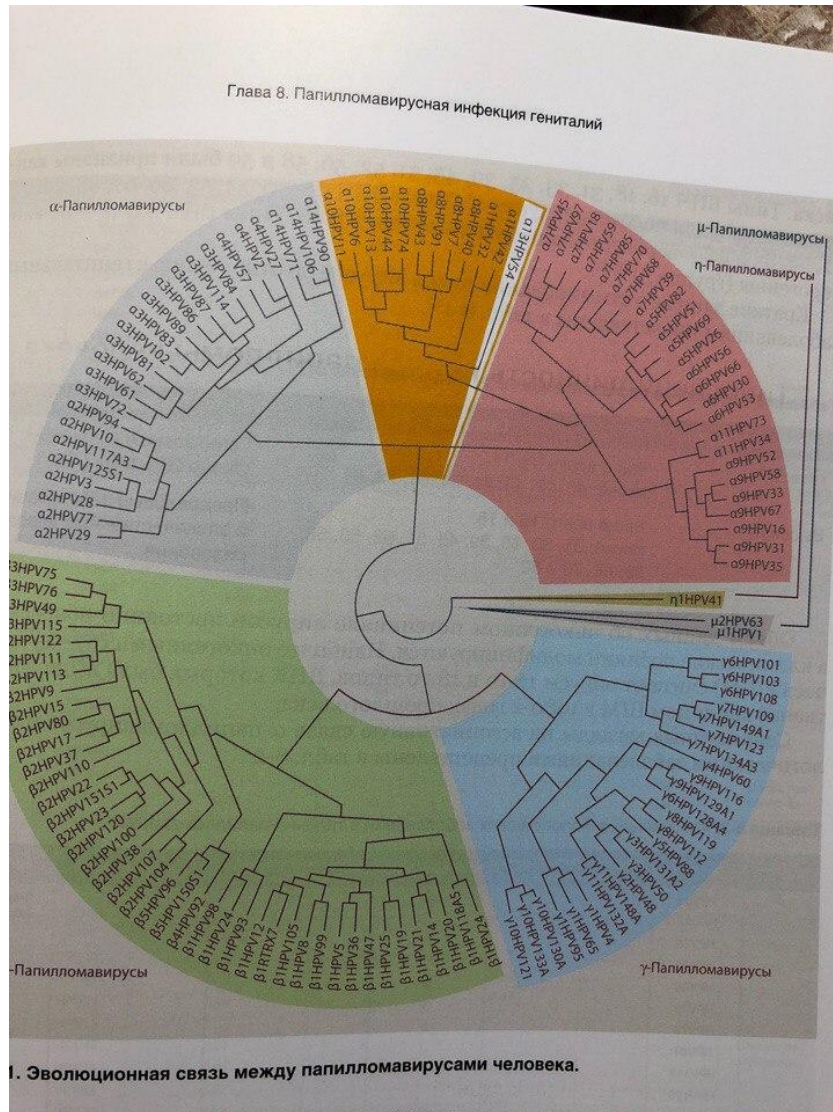
Папилломавирусы человека представляют собой 5 эволюционных групп с различной эпителиальной тропностью и ассоциацией с разными заболеваниями.

α – папилломавирусы включают:

- Типы низкого риска – мукозальные (оранжевый цвет), вызывающие доброкачественные поражения;
- Типы низкого риска – кожные (серый цвет), ассоциированные с генитальными бородавками;
- Типы высокого риска – мукозальные (розовый цвет), непосредственно связанные с цервикальной неоплазией.

β – папилломавирусы (зеленый цвет) считают кожными; группа состоит из низко – и высокоонкогенных типов.

γ – папилломавирусы (голубой



Шейка матки, влагалище, вульва

риска. Типы ВПЧ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 и 59 были признаны канцерогенными для человека (группа 1). Типы ВПЧ 26, 30, 34, 53, 66, 67, 68, 70, 73, 82, 69, 85 и 97 — вероятно канцерогенные (группа 2). Типы ВПЧ 6 и 11 — не канцерогенны (группа 3)^{1,3,4,5}.

Краткие данные о суммировании риска вирусов по отношению к генитальным заболеваниям представлены в табл. 8-1^{6,7}.

Таблица 8-1. Наиболее распространённые генитальные типы ВПЧ

Онкогенность	Генотип	Заболевания
Низкая	Чаще всего 6 и 11; также: 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81	Генитальные кондиломы Около 25% всех LSIL
Высокая	Чаще всего 16 и 18; также: 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 и 82	Предраковые заболевания и злокачественные новообразования

Объём данных

Эпидемиология ВПЧ-инфекции
 исследованиям, представлена в табл. 8-3

Таблица 8-3. Результаты метаанализа: распространённость ВПЧ-инфекции среди женщин с аномальным и нормальным цитологическим мазком*

Степень тяжести цервикальных поражений	Число обследованных	Число ВПЧ-положительных	Доля ВПЧ-положительных, %	Доля ВПЧ-16-положительных, %
Нормальный цитологический результат	266 611	33 154	12	20
ASCUS	13 480	6810	52	23
LSIL	12 983	10 245	76	25
HSIL	17 805	6616	85	48
CIN I	7743	8108	73	28
CIN II	11 043	4068	86	40
CIN III	11 618	10 753	93	58
ICC	40 679	36 374	89	63

* Адаптировано из работы Guan P. et al.¹

В табл. 8-3 показано, что по мере возрастания тяжести предракового состояния (дисплазии) процент выявляемых ВПЧ-инфекций увеличивается. Максимальная доля ВПЧ-инфекции выявлена у женщин с CIN III (93%) и ICC (89%).

Факторы риска и развития заболевания

- Раннее начало половой жизни с многочисленными половыми партнерами;
- Наличие других ИППП;
- Хронические воспалительные заболевания половых органов;
- Непостоянное использование барьерных методов контрацепции;
- Курение;
- Анальный секс;
- Неоднократные аборты;
- Отягощенная наследственность

ПУТИ ПЕРЕДАЧИ: половой, бытовой, вертикальный.

Дискутабелен вопрос о передаче через медицинский инструментарий.

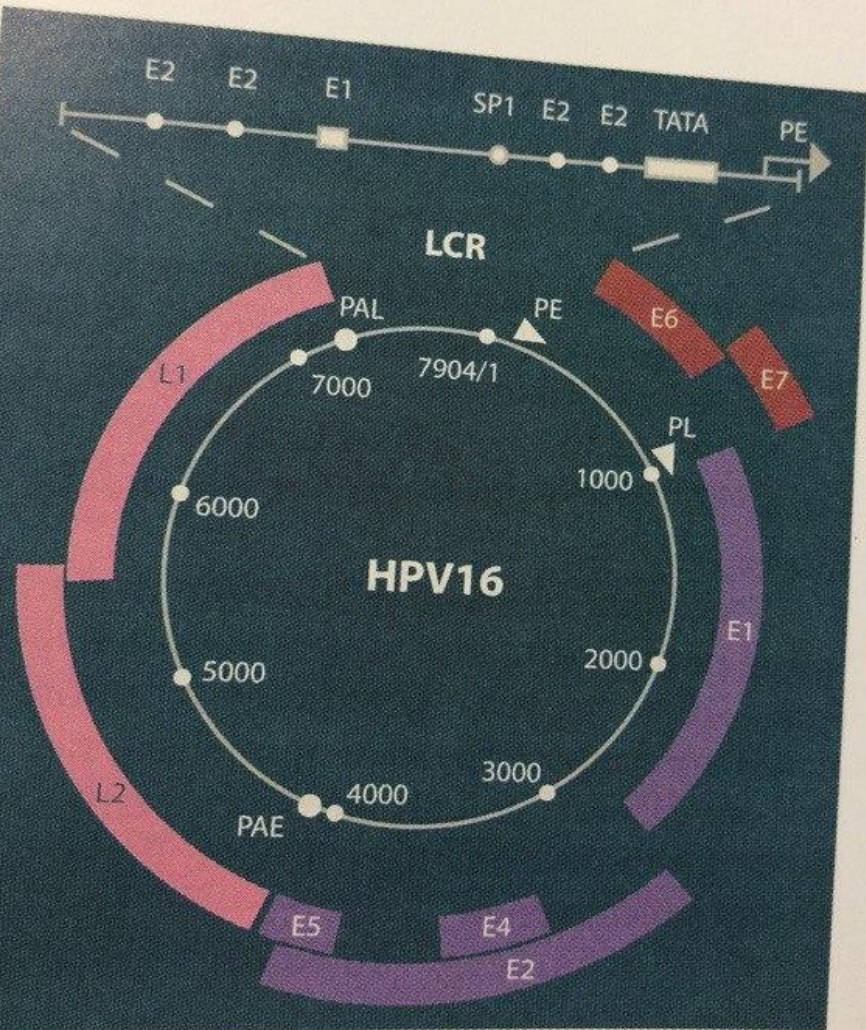


Рис. 8-2. Организация генома ВПЧ-16.

ДНК содержащий вирус, 8000 пар нуклеотидов, которые кодируют 10 различных белков.

E1 E2 – ответственный за репликацию вируса;

E4 – ответственные за созревание вирусных частиц;

E5 E6 E7 – трансформирующий потенциал;

Поздние гены L1 L2 – кодируют белки вирусного капсида;

E6 и E7 обнаруживаются в биоптате большинства опухолей,

ассоциированных с ВПЧ

Этапы течения инфекции

- **Латентный период:** вирус находится в базальном слое, его нельзя обнаружить кольпоскопически, цитологически и гистологически.
- **Период клинических проявлений:** можно наблюдать появление дистрофических клеток многослойного плоского эпителия- койлоцитов. Форма заболевания- продуктивная, этап инфекции- продуктивный. Тут наблюдается репликация вируса, которые влияют на дифференцировку эпителия. Динамика клеточного обновления нарушается у целого эпителиального пласта и на следующем этапе инфекции возникает дисплазия, в основе которой лежит пролиферация и структурная перестройка эпителиоцитов, вначале базального и парабазального слоев.

Клиническая классификация ВПЧ-ассоциированных поражений нижнего отдела гениталий

1. Клинические формы (видимые невооружённым глазом):
 - экзофитные кондиломы (типичные остроконечные, опухолевидные, папуловидные и др.).
2. Субклинические формы (невидимые невооружённым глазом, бессимптомные, выявляемые только при кольпоскопии и/или цитологическом, гистологическом исследовании):
 - плоские кондиломы (типичная структура со множеством койлоцитов);
 - малые формы (различные изменения многослойного плоского и метапластического эпителия с единичными койлоцитами);
 - инвертированные кондиломы с локализацией в криптах;
 - кондиломатозный цервицит и вагинит.
3. Латентные формы (обнаружение ДНК ВПЧ молекулярными методами без морфологических признаков ПВИ).
4. CIN и РШМ:
 - CIN I — лёгкая дисплазия с койлоцитозом, дискератозом или без них;

Глава 8. Папилломавирусная инфекция гениталий

- CIN II — умеренная дисплазия с койлоцитозом, дискератозом или без них;
 - CIN III — выраженная дисплазия или карцинома *in situ* с койлоцитозом, дискератозом или без таковых;
 - микроинвазивная плоскоклеточная и железистая карцинома.
5. Интраэпителиальная неоплазия другой локализации (VIN, VaIN, AIN) и рак.

Клинические формы: экзофитные кондиломы

Путь передачи экзофитных кондилом (синонимы: венерические бородавки, генитальные бородавки) в англоязычной литературе

СЛМ
...методов ис-

Контингент для обследования на папилломавирусную инфекцию

- Обследованию на ПВИ подлежат:
- сексуально активные женщины с большим числом партнёров, рано начавшие половую жизнь;
 - женщины с жалобами на бели, зуд;
 - пациентки с выявленными факторами риска ПВИ, хроническими генитальными инфекциями, вагинитами, цервицитами;
 - пациентки с любым образованием на ШМ;
 - пациентки с кондиломоподобными образованиями на наружных половых органах;
 - женщины с любым неясным патологическим процессом вульвы;
 - все женщины после 30 лет, у которых берут цитологический мазок; их следует протестировать на ВПЧ высокого риска с целью скрининга и при наличии вируса включить в группу риска по РШМ.

Шейка матки, влагалище, вульва

Методы обследования

В диагностике ВПЧ-ассоциированных заболеваний применяют различные методы: иммуноцитохимические и иммуногистохимические, электронно-микроскопические для нахождения зрелых вирионов в клетках, компьютерную резонансную томографию для уточнения характера объёмных образований нижних отделов гениталий, УЗИ и др.

Но наиболее важными на практике считают:

- клинико-визуальный метод;
- кольпоскопию;
- технику «самостоятельного мазка» с помощью набора «Квинтип» (см. главу 21);
- ПЦР или Digene-тест;
- молекулярные маркеры;
- Пап-тест (цитологический мазок с ШМ);
- гистологическое исследование прицельно взятого биоптата ШМ или другого органа;
- серологические тесты (определение антител в крови) пока не имеют клинического значения, поскольку антитела к ВПЧ появляются только у 7–70% инфицированных.

Методы обследования подробно

описаны в

ИММУНОТЕРАПИЯ

Ифн – ЭНДОГЕННЫЕ ЦИТОКИНЫ, ОБЛАДАЮЩИЕ ПРОТИВОВИРУСНЫМ, АНТИПРОЛИВЕРАТИВНЫМ И ИММУНОМОДУЛИРУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ.

ИНОЗИН ПРАНОБЕКС
– «ИЗОПРИНОЗИН»

ПО 2 ТАБ 3 Р/Д В ТЕЧЕНИИ 14-28 ДНЕЙ ПРИ ПВИ, И 3 КУРСА ПО 10 ДНЕЙ ПРИ КОМБИНИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ ШМ.



ИФН – $\alpha 2b$

«Генферон» в виде свечей применяют для лечения урогенитальных заболеваний вирусной и бактериальной этиологии, в том числе ВПИ и герпетической инфекции.

Вагинально по 500000 МЕ или 1000000 МЕ дважды в день в течении 10 дней, с последующим применением раз в сутки через день в течении 3 – х месяцев.

«Виферон» ректально 500000 МЕ 2 р/д в течении 10 дней.



противовирусный препарат
нового поколения

АЛЛОКИН-АЛЬФА®

циткиноподобный пептид аллоферон

ОРИГИНАЛЬНЫЙ СЕЛЕКТИВНЫЙ СТИМУЛЯТОР
АКТИВНОСТИ ФАКТОРОВ ЕСТЕСТВЕННОГО ИММУНИТЕТА

- активизирует систему естественных киллеров
- действует **ЛОКАЛЬНО** в очаге поражения
- восстанавливает функциональную активность Т-клеточного звена иммунитета



ЭФФЕКТИВЕН в лечении:

- герпетической инфекции
- папилломавирусной инфекции
- смешанных (вирусных + бактериальных) инфекций, в составе комплексной терапии
- острого вирусного гепатита В

НЕ ПРОИЗВОДИТ:

- токсического действия на организм
- неспецифической (в отсутствие вируса) активации иммунной системы

Эксклюзивный дистрибьютор в СНГ:



ООО «Бренд-фарм»
109316, Россия, Москва, Остаповский пр., 5, корп. 17
тел./факс: (495) 781-83-55 e-mail: brand-pharm@mail.ru
www.allokin.ru

СТАНДАРТНАЯ
СХЕМА
ЛЕЧЕНИЯ
ВКЛЮЧАЕТ 6
ПОДКОЖНЫХ
ИНЪЕКЦИЙ
ЧЕРЕЗ 1
ДЕНЬ

Реклама

Вульвовагинальный кандидоз

- Воспалительное заболевание слизистой оболочки вульвы, влагалища, уретры, промежности грибами рода *Candida*.
- Распространенность среди женщин репродуктивного возраста – 25-40%. Занимает второе место после БВ. Чаще всего встречается рецидивирующий ВВК.

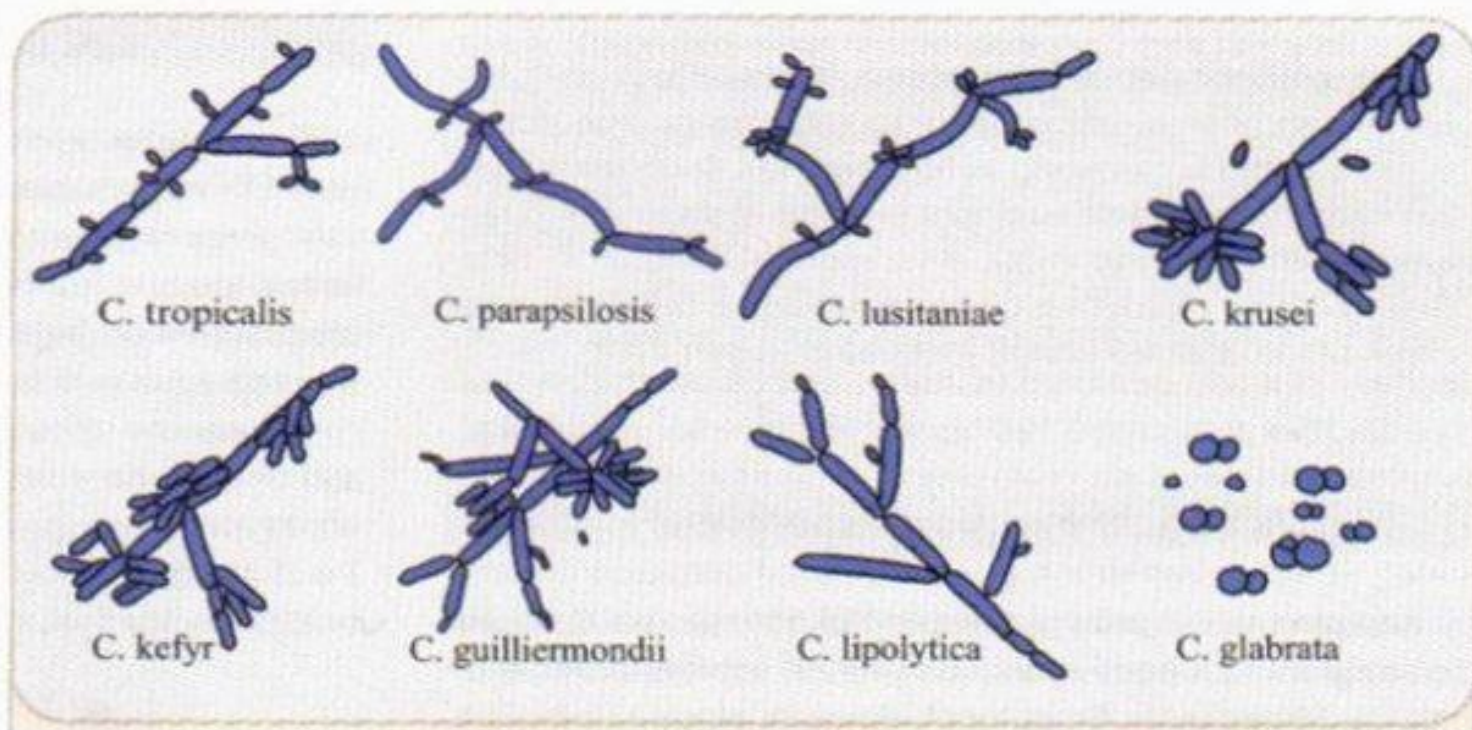
ФАКТОРЫ РИСКА:

- Ношение синтетического белья;
- Гигиенические прокладки;
- Оральные половые контакты;
- СД;
- Беременность;
- Аб;
- Высокодозированные КОК;
- Лечение стероидными препаратами;
- Диафрагмы, ВМС, спермициды

ПРОФИЛАКТИКА: рациональная антибиотикотерапия, своевременная коррекция иммунной системы, регуляция углеводного обмена, правильный выбор КОК, личная гигиена.

СКРИНИНГ: пациентки с жалобами на творожистые выделения из влагалища, зуд, жжение, диспареунию.

Грибы рода Candida – оральные
почкующиеся дрожжевые клетки,
псевдогифы и септированные гифы



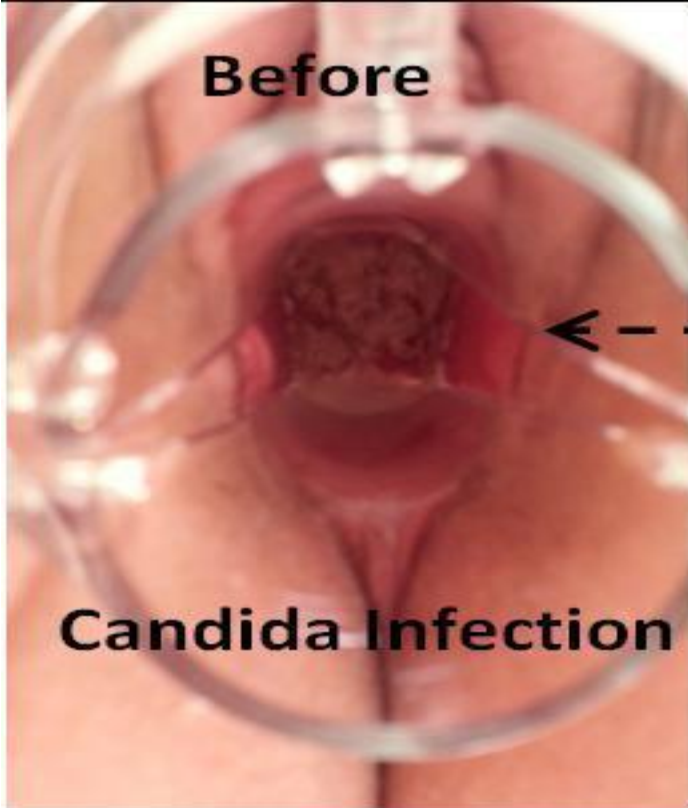
КЛАССИФИКАЦИЯ: острый ВВК и рецидивирующий (хронический ВВК).

КЛИНИКА:

- ОБИЛЬНЫЕ ИЛИ УМЕРЕННЫЕ ТВОРОЖИСТЫЕ ВЫДЕЛЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ;
- ЗУД И ЖЖЕНИЕ В ОБЛАСТИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ;
- УСИЛЕНИЕ ЗУДА ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ ДНЯ, ВО ВРЕМЯ СНА, ПОСЛЕ ВОДНЫХ ПРОЦЕДУР, ПА;
- ДИСПАРЕУНИЯ;
- ДИЗУРИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

ОСЛОЖНЕНИЯ ВВК:

- СТЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА;
- УВЕЛИЧЕНИЯ РИСКА ТАЗОВЫХ ИНФЕКЦИЙ;
- НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ;
- ХОРИОАМНИОНИТ;
- ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК.



ДИАГНОСТИКА

Чтобы заподозрить кандидозную инфекцию, необходимо сочетание трех из названных симптомов:

- Зуд;
- Творожистые выделения;
- Местные признаки воспаления;
- Присутствие в мазках спор или мицелия.

КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ:

- рН влагалища 4,0-4,5;
- Отсутствие запаха при аминном тесте;
- Обнаружение дрожжеподобных грибов или псевдогрибов во влажном препарате;
- Обнаружение дрожжеподобных грибов или псевдогрибов в мазке по Граму;
- Обнаружение дрожжеподобных грибов или псевдогрибов при культуральном исследовании.

Половым путем не передаются, но это заболевание ассоциировано с характером ПА.

ЛЕЧЕНИЕ

Терапия острого ВВК:

1. **Флуконазол** 150 мг
внутри однократно;
2. **Итраконазол** по
200мг 2 раза в день в
течении 3 дней;
3. **Сертаконазол** 1
свеча вагинально;
4. **Клотримазол** 100 мг
в виде влагалищных
таблеток 1 раз в день
в течении 6 дней,
либо по 1 табл
дважды в день в
течении 3-х дней;
5. **Кетоконазол** 400 мг
в виде свечей
вагинальных 3-5
дней



Терапия хронического ВВК

1. Системный антимикотик (итраконазол 200мг внутрь два раза в сутки 3 дня или флуконазол 150 мг 3 дня);
2. Местная терапия препаратами азолового ряда в среднем 14 дней

ПРОФИЛАКТИКА РЕЦИДИВОВ:

1. Системный антимикотик (итраконазол по 200 мг внутрь или флуконазол по 150 мг в первый день менструации в течении 6 месяцев);
2. Терапия местными

Контроль лечения:

- При острой форме ВВК контроль лечения через 7 дней после окончания лечения;
- При хроническом ВВК оценку эффективности лечения выполняют в течении 3 менструальных циклов в 1-й день после окончания менструации.

ВИРУС ГЕПАТИТА

- Вирус гепатита А (HAV) – РНК содержащий пикорнавирус, относится к энтеровирусам.
- Путь передачи: фекально-оральный, но возможна передача через половой контакт (особенно среди мужчин гомосексуалистов) или в/в.
- Изоляция не требуется, пожизненный иммунитет.
- У беременных гепатит А встречается с частотой 1:1000. Врожденных уродств вирус не вызывает.
- Специфического лечения нет. Кроме пассивной иммунизации возможна

ВИРУС ГЕПАТИТА Б (HBV)

ДНК- содержащий вирус. HBsAG, HBCAG, HBeAG. Последний указывает на высокую инфекционную активность и высокий риск вертикальной передачи ВГБ.

Пути передачи: половые контакты, контакт с жидкостями больного человека, кровь, сперма, слюнный секрет через слизистые оболочки и дефекты в эпителии.

Частота встречаемости среди беременных 1-2:1000.

Беременность не повышает риск заболеваемости данным видом гепатита.

Передача плоду может осуществляться следующими способами:

- Трансплацентарно;
- В родах (основной путь);
- После родов;
- Через грудное молоко.

Частота хронического гепатита Б среди беременных составляет 0,5-1,5:1000.

Наличие хронического гепатита не влияет на перинатальные исходы.

Диагностика: анамнез, физикальное обследование, лабораторные методы.

ЛЕЧЕНИЕ: рекомбинантный интерферон альфа, ламивудин (100мг 1-3 раза в день 4-6 мес). Во время беременности противопоказаны. Возможна только патогенетическая терапия для снижения интоксикации, борьба с отечно-асцитическим синдромом и геморрагическим.

ВЫБОР СРОКА И МЕТОДА РОДРАЗРЕШЕНИЯ:

искусственное прерывание беременности возможно по желанию матери только в период реконвалесценции острого гепатита В. Лучшая тактика – пролонгирование беременности до срочных родов через естественные родовые пути . То же относится и к хроническому гепатиту В.

ГЕПАТИТ С

Рнк- содержащий вирус. В составе вируса различают структурные белки core (сердцевидные) и E1 и E2, и неструктурные, на определении которых строится верификация диагноза гепатита С.

Вертикальная передача крайней низка.

Беременность не влияет на течение острого или хронического гепатита, а он – на состояние матери и плода.

При хронических формах возможно повышение ЗРП и невынашивания.

Грудное вскармливание не ведет в инфицированию новорожденного и разрешается при инфицировании матери.

Диагностика ИФА.

Золотой стандарт в диагностике инфекции является количественное определение РНК вируса методом ПЦР.

Эффективного специфического лечения острой инфекции и вакцинации не существует.

ПЭГ интерферон и рибавирин. ИТФ вводится ежедневно по 180 мкг. Рибовирин по 800 мг ежедневно внутрь в два приема. Длительность лечения 24 недели.