

Т. А. Смирнова, А. В. Трифонова

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ЖЕНЩИН ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Представлены основные алгоритмы диагностики возбудителей группы TORCH – инфекций при беременности, проводится интерпретация лабораторных данных. Определяется тактика ведения и лабораторный мониторинг беременных пациенток.

Ключевые слова: *беременность, диагностический алгоритм, лабораторный мониторинг, TORCH – инфекции, герпес, цитомегаловирус, токсоплазмоз, краснуха.*

T. A. Smirnova, A. V. Trifonova

MODERN ASPECTS OF THE SURVEY OF WOMEN DURING PREGNANCY

The basic algorithms for diagnosis of pathogens of TORCH-infections during pregnancy, conducted Interpretation of laboratory data. Determined by the tactics and laboratory monitoring pregnant patients.

Key words: *pregnancy, diagnostic algorithm, laboratory monitoring, TORCH-infections, herpes, cytomegalovirus, toxoplasmosis, rubella.*

Последние годы отмечается рост сексуальных транс-
миссивных заболеваний (заболеваний передающих-

ся половым путем), а так же заболеваний связанных с группой TORCH-инфекций. Эти неблагоприятные факторы ведут

к росту материнской и перинатальной заболеваемости и смертности. Проблема инфицирования матери и ребенка является не только медицинской, но и большой социальной проблемой.

Патогенные и условно-патогенные микроорганизмы, возбудители острых, хронических и латентных инфекций могут вызвать внутриутробную инфекцию при наличии иммунодефицита и несостоятельности плаценты у беременных женщин. В группу TORCH на 27 международном конгрессе в Испании в 1997 г. было решено включить ряд инфекций, имеющих у новорожденных сходную клиническую картину. К этим инфекциям относятся токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловирус, герпес, «отрос» – другие (врожденный сифилис, ветряная оспа, ВИЧ, а также инфекции, вызванные энтеровирусами и парвовирусом В₁₉) (1, 2, 4).

Родителям, планирующим желанного, здорового ребенка, желательно пройти обследование до беременности. Учитывая, что наиболее высокий риск внутриутробной инфекции существует у женщин с дефицитом гормонального, иммунного статуса, при наличии хронических соматических и гинекологических заболеваний. Подготовка к беременности должна включать:

1. Выявление и лечение хронических соматических заболеваний

2. Генетическое обследование.

3. Выявление и лечение гинекологических заболеваний.

Согласно «Стандартам объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии» при эндоцервикитах, экзоцервикитах, вульвитах, вульвовагинитах, дисбиозах, диспареунии, вторичной дисменорее необходимо провести анализ мазков на флору и анализ выделений из цервикального канала на выявление вируса простого герпеса, хламидиоза, микоплазмоза, уреаплазмоза (выявление ДНК или антигенов). Взятие мазка на флору и бактериологический посев выделений на флору и чувствительность к антибиотикам выполняется при следующих нозологических формах: абсцесс маточных труб и яичника, острый сальпингит, оофорит, хронический гидросальпингс, пиометра, хронический эндометрит, параметрит, пельвиоперитонит, киста бартолиниевой железы, эндометриоз матки и маточной трубы, цистоцеле. При наличии эрозии, дисплазии, лейкоплакии шейки матки выполняется мазок на флору и онкоцитологию. Рекомендуются исследование крови на онкомаркеры (1,4, 6).

4. Вирусолого-серологическое обследование для выявления TORCH-инфекций.

Диагностический алгоритм при обнаружении маркеров TORCH-инфекций: 1. Выявление маркеров герпес-инфекций до беременности

Рекомендации

Анти-ВПГ или анти-ЦМВ IgG – результат положительный

Показатель, свидетельствующий о наличии защитных специфических антител.

Диагностических и лечебных мероприятий в дальнейшем не требуется.

Анти-ВПГ или анти-ЦМВ IgM – результат отрицательный

Показатель, свидетельствует об отсутствии специфических защитных антител. В таких случаях при беременности возможна первичная инфекция, при которой наиболее высок риск внутриутробного поражения плода. Необходимо взять пациентку на учет и повторить анализы при беременности. Если во время беременности IgM положительны, а IgG отрицательны необходимо ввести иммуноглобулин, провести УЗИ контроль, повторить анализ на IgM и IgG через 2 недели. При дополнительных неблагоприятных показателях возможно решение вопроса о прерывании беременности.

Анти-ВПГ или анти-ЦМВ IgM – результат положительный

Показатель, свидетельствует об активности размножения вируса.

Анти-ВПГ IgM выявляются у 10 – 20% здоровых людей, анти-ЦМВ IgM выявляются у 7-10% здоровых людей. IgM самостоятельно распадаются после перехода вируса в состояние латенции. Взять беременную на учет.

Анти-ВПГ или анти-ЦМВ IgM – результат отрицательный

Активная репродукция вируса отсутствует

Антиген или ДНК вируса генитального герпеса выявлены в цервикальном канале – результат положительный

Существует возможность восходящего или гематогенного пути заражения плода во время беременности и новорожденного при прохождении через инфицированные родовые пути матери.

Но ВПГ выявляют в шейке матки у 0,6 – 33% здоровых беременных, ЦМВ – у 10 – 30% (4, 7, 8).

В данном случае нет единого мнения о профилактике. Вирус нельзя вывести из организма. Эффективность ацикловира, циклоферона, иммуноглобулина при бессимптомном вирусоносительстве сомнительна. Необходимо проведение мероприятий, направленных на повышение иммунитета.

Пациентка берется на учет, повторяют анализ при беременности.

2. Выявление маркеров токсоплазмоза до беременности.

Рекомендации

Анти-ТОХО IgM результат отрицательный и анти-ТОХО IgG результат отрицательный

Показатель, свидетельствует об отсутствии иммунитета к токсоплазмозу (отмечается 51% женщин детородного возраста) (2, 5, 7).

У таких пациенток существует опасность первичного токсоплазмоза во время беременности. Рекомендуются есть только хорошо термически обработанное мясо, при работе на даче одевать перчатки, в перчатках вычищать кошачьи туалеты, не целоваться с кошками. Во время беременности анализы необходимо повторить.

Анти-ТОХО IgM результат положительный и анти-ТОХО IgG результат отрицательный или анти-ТОХО IgM результат положительный и анти-ТОХО IgG результат положительный.

Показатель, свидетельствует об острой или подострой фазе заболевания (отмечается у 3 – 8% женщин детородного возраста) (4, 7, 8).

При наличии клинических симптомов заболевания рекомендуется лечение препаратом ровамицин. Одновременно назначают фолиевую кислоту и сульфаниламиды.

Анти-ТОХО IgM результат отрицательный и анти-ТОХО IgG результат положительный.

Это «спокойная» группа пациенток. Наличие иммунитета отмечается у 25 – 50% женщин детородного возраста (2, 3).

Возможно, что пациентка переболела манифестной или скрытой формой токсоплазмоза. В данном случае лечение не требуется. Опасно только первичное заболевание во время беременности.

В странах Европы (Франция, Австрия, Голландия) скрининг токсоплазмоза проводят в начале беременности. При наличии анти-ТОХО IgG и отсутствии анти-ТОХО IgM беременность защищена и повторные анализы не нужны. При отсутствии анти-ТОХО IgG делают повторное исследование (7, 8).

При определении первичной инфекции с 4-х кратным подъемом титра антител риск передачи составляет 40%. В таких случаях решается вопрос о прерывании беременности или проведении лечения (2, 6, 8). Возможны ложнополо-

жительные и ложноотрицательные результаты. Только после искусственного прерывания беременности можно точно определить, произошло ли на самом деле инфицирование плода. Во Франции, Австрии, ФРГ на 1000 новорожденных приходится 1 – 8 детей с врожденным токсоплазмозом (7, 8).

3. Выявление маркеров краснухи до беременности.

Рекомендации

IgM – результат отрицательный и IgG-результат отрицательный

Показатель, свидетельствует об отсутствии иммунитета к краснухе (отмечается у 10 – 30% женщин детородного возраста) (2, 3, 4).

Существует опасность заболевания краснухой во время беременности при эпидемических вспышках краснухи, при контакте с больными или вирусоносителями. Для профилактики краснухи желательнее сделать прививку за 2 – 3 месяца до зачатия. Вакцинацию можно провести без предварительного обследования, поскольку она безопасна для тех, у кого есть антитела к вирусу.

IgM результат положительный, IgG результат отрицательный

или IgM результат положительный, IgG результат положительный

Показатель, свидетельствует об острой и подострой фазе заболевания.

Рекомендуется прерывание беременности.

IgM результат отрицательный и IgG результат положительный

Показатель, свидетельствует о наличии защитного иммунитета (регистрируется у 60 – 90% женщин детородного возраста) (3, 4). Можно предположить, что женщина переболела краснухой в типичной или стертой форме (без сыпи). Повторные заболевания краснухой не встречаются.

Специальных мероприятий не требуется.

Для профилактики краснухи рекомендуется вакцинировать девочек в возрасте 12 – 14 лет и женщин детородного возраста. При заражении женщины краснухой до 17 недель бере-

менности риск эмбриопатии составляет 40 – 50% (3, 5, 6).

При подтверждении диагноза серологическими тестами показано срочное прерывание беременности. При обследовании в более поздние сроки гестации и выявлении IgM в крови риск эмбриопатии меньше, но безопасный прогноз не гарантирован.

Учитывая то, что в настоящее время лаборатории оснащены современным и высокотехнологичным оборудованием для диагностики инфекционных заболеваний, появилась уникальная возможность лабораторного мониторинга в плане прегравидарной подготовки. Все эти мероприятия способствуют рождению здорового ребенка и сохранению здоровья матери.

Литература

1. *Кишкун, А. А.* Руководство по лабораторным методам диагностики / А. А. Кишкун. М., 2007. С. 466 – 512.
2. *Панкратов, О. В.* Проблемы антенатальной профилактики врожденного сифилиса в республике Беларусь / О. В. Панкратов, В. Г. Панкратов // Актуальные проблемы теории, практики медицины, подготовки научных и профессиональных кадров: сб. науч. тр. Минск, 2002. Т. 1. С. 218 – 219.
3. *Пересада, О. А.* Вирусные гепатиты у беременных / О. А. Пересада, Г.С. Котова // Актуальные проблемы теории, практики медицины, подготовки научных и профессиональных кадров: сб. науч. тр. Минск, 2002. Т. 2. С. 196 – 200.
4. *Подготовка и планирование беременности при герпетической инфекции* / В. Л. Тютюнник, Э. С. Зайдиева, С. А. Алиева // Русский медицинский журнал. 2005. Т. 13, № 1 (Мать и дитя). С. 28 – 30.
5. *Тютюнник, В. Л.* Предгравидарная подготовка, тактика ведения беременности, родов и послеродового периода при инфекции / В. Л. Тютюнник // Акушерство и гинекология. 2004. № 3. С. 54 – 57.
6. *Тютюнник, В. Л.* Эффективность подготовки и планирования беременности у женщин с инфекцией / В. Л. Тютюнник // Акушерство и гинекология. 2004. № 43. С. 33 – 37.
7. *Эффективность подготовки планируемой беременности женщин с привычным невынашиванием беременности и бесплодием* / Ю. В. Милько-Черноморец [и др.] // Здравоохранение. 2001. № 6. С. 45 – 48.
8. *Biggs.* Common gynecologic infections // Prim Care. 2009. 36(1). P. 33 – 51.

Поступила 24.04.2011 г.