|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Хабаровский филиал ДНЦ ФПД СО РАМН.**   **НИИ охраны материнства и детства*****к.м.н., ст.н.с. О.В. Островская, к.м.н. Н.Ю. Владимирова, И.А. Баглай,******д.м.н., проф. Т.Ю. Пестрикова*****Обследование женщин при подготовке к беременности****(Информационное письмо** **для врачей-гинекологов)*****г. Хабаровск, 2000 г.***   **Обследование женщин при подготовке к беременности.**Известно, что организм взрослого человека не стерилен. Патогенные и условно-патогенные микроорганизмы, возбудители острых, хронических и латентных инфекций могут вызвать внутриутробную инфекцию, если иммунная система беременной женщины и плацента окажутся несостоятельными. Неблагоприятное влияние на плод и новорожденного могут вызвать возбудители заболеваний, передающихся половым путем (сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидиоза, микоуреаплазмоза, кандидоза), листериоза, бруцеллеза, стафилококки, стрептококки и другие бактерии, а также агенты группы TORCH. В группу TORCH на 27 международном конгрессе в Испании в 1997 г. было решено включить ряд инфекций, имеющих у новорожденных сходную клиническую картину: токсоплазмоз, "otros" - другие, краснуху, цитомегалию, герпетическую инфекцию. В подгруппу "другие" объединены врожденный сифилис, ветряная оспа, ВИЧ, а также инфекции, вызванные энтеровирусами и парвовирусом В19 .Родителям, планирующим желанного, здорового ребенка, желательно при возможности 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 заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания и болезни почек, сахарный диабет, недостаточность функции других эндокринных желез, анемия, кариозные зубы, тонзиллит, дисбактериоз, вторичные иммунодефицитные состояния и т.д.). 2. Генетическое обследование.  3. Выявление и лечение гинекологических заболеваний. Согласно "Отраслевым стандартам объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии" , при эндоцервиците, экзоцервиците, при вульвитах, вульвовагинитах, дисвагинозах, диспареунии, вторичной дисменорее необходимо провести анализ выделений из цервикального канала на ВПГ, хламидии, микоплазму, уреаплазму (выявление ДНК или антигенов), анализ мазков на флору. Абсцесс маточных труб и яичника, острый сальпингит, оофорит, хронический гидросальпингс, пиометра, хроническая воспалительная болезнь матки, параметрит, пельвиоперитонит, киста бартолиниевой железы, эндометриоз матки, маточной трубы, цистоцеле - требуют проведения анализа влагалищных выделений на флору, бактериологического посева. Эрозия, дисплазия, лейкоплакия шейки матки - анализ влагалищного мазка на флору (min) и исследования крови на онкомаркеры (max). 4. Выявление и лечение рецидивирующих форм генитального герпеса, его малосимптомных и атипичных форм (уретриты, проктиты, невралгические боли в области таза и внизу живота, трещины, зуд, хронические эндоцервициты, эрозии шейки матки, вагиниты, эндометриты, сальпингоофориты).5. Вирусолого-серологическое обследование для выявления TORCH-инфекций. При обнаружении маркеров TORCH-инфекций - оценка результатов анализов и тактика врача следующая (табл. 1).Таблица 1.   **Выявление маркеров герпес-инфекций до беременности**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **До беременности выявлены маркеры** | **Рекомендации** |
| 1  | Анти-ВПГ или анти-ЦМВ IgG - результат положительный | Показатель, свидетельствующий о наличии защитных специфических антител. Никаких действий. |
| 2  | Анти-ВПГ или анти-ЦМВ IgG - результат отрицательный | Отсутствие специфических защитных антител. При беременности возможна первичная инфекция, при которой наиболее высок риск внутриутробного поражения плода. Взять на учет, повторить анализы при беременности. Если во время беременности IgМ положительны, а IgG отрицательны  -  ввести иммуноглобулин, контроль по УЗИ, дополнительное обследование, тщательное наблюдение при дополнительных неблагоприятных показателях возможно решение вопроса о прерывании беременности. |
| 3  | Анти-ВПГ или анти-ЦМВ IgМ - результат положительный   | Показатель активного размножения вируса. Анти-ВПГ IgМ выявляются у 10-20% здоровых людей, анти-ЦМВ IgМ выявляются у 7-10% здоровых людей. IgМ самостоятельно распадаются после перехода вируса в состояние латенции. Взять на учет. |
| 4  | Анти-ВПГ IgМ- результат отрицательный или анти-ЦМВ IgМ- результат отрицательный | Активная репродукция вируса отсутствует |
| 5  | Антиген или ДНК вируса выявлены в цервикальном канале (результат положительный) | Возможность восходящего или гематогенного пути заражения плода во время беременности, возможность заражения новорожденного при прохождении через инфицированные родовые пути.Но ВПГ выявляют в шейке матки у 0,6-33% здоровых беременных, ЦМВ - у 10-30%.Единого мнения о профилактике нет, вирус нельзя вывести из организма. Эффективность ацикловира, циклоферона, иммуноглобулина при бессимптомном вирусоносительстве сомнительна.Важно поддерживать иммунитет в хорошем состоянии (полноценное питание, разумные физические нагрузки, хороший сон, т.е. здоровый образ жизни, санация хронических заболеваний, атипичных форм генитального герпеса, упорядоченная половая жизнь, техника безопасного секса).Взять на учет, повторить анализ при беременности. |

Таблица 2. **Выявление маркеров токсоплазмоза до беременности.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Выявлены маркеры** | **Рекомендации** |
| 1  | анти-ТОХО IgМ - результат отрицательный **и**анти-ТОХО IgG - результат отрицательный | Иммунитет к токсоплазмозу отсутствует (51% женщин детородного возраста).Существует опасность первичного токсоплазмоза во время беременности. Женщинам до и во время беременности рекомендовать не есть сырое и полусырое мясо, а только хорошо термически обработанное. При работе на даче одевать перчатки. Ежедневно, в перчатках вычищать кошачьи туалеты (заразными выделения становятся через 24 часа, в течение 1-3 суток ооцисты созревают и сохраняют инфекционность до 2-х лет). Не целоваться с кошками. Во время беременности анализ повторить. |
| 2  | анти-ТОХО IgМ результат положительный **и**анти-ТОХО IgG - результат отрицательный**или**анти-ТОХО IgМ результат положительный **и**анти-ТОХО IgG результат положительный | Острая или подострая фаза заболевания (3-8% женщин детородного возраста).При наличии клинических симптомов лечение хлоридином (синонимы: тиндурин, дараприм, пириметамин). Одновременно назначают фолиевую кислоту и сульфаниламиды. |
| 3  | анти-ТОХО IgМ - результат отрицательный **и**анти-ТОХО IgG результат положительный | "Спокойная" группа. Наличие иммунитета (25-50% женщин детородного возраста в Москве, Европе, США, 31% - в Хабаровске, 90% - в Африке). Женщина переболела манифестной или скрытой формой токсоплазмоза. 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 IgМ беременность защищена и повторные анализы не нужны. При отсутствии анти-ТОХО IgG делают повторное исследование. При определении первичной инфекции с 4-х кратным подъемом титра антител риск передачи составляет 40%,  решается вопрос о прерывании беременности или проведении лечения. Возможны ложноположительные 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 [5]. Таблица 3. **Выявление маркеров краснухи до беременности.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№** | **Выявлены антитела против вируса краснухи** | **Рекомендации** |
| 1  | IgМ - результат отрицательный  **и**  IgG - результат отрицательный  | Иммунитет к краснухе отсутствует (у 10-30% женщин детородного возраста).Опасность заболеть краснухой во время беременности высока при эпидемических вспышках краснухи, при контакте с больными или вирусоносителями. Для профилактики краснухи во время беременности желательно сделать прививку. Можно сделать прививку без предварительного обследования, т.к. прививка безопасна для тех, у кого есть антитела к вирусу краснухи. **Сделать прививку следует не менее, чем за 2-3 месяца до зачатия.** |
| 2  | IgМ результат положительный, IgG - результат отрицательный  **или** IgМ результат положительный, IgG результат положительный  | Острая и подострая фаза заболевания |
| 3  | IgМ- результат отрицательный и IgG результат положительный  | Наличие защитного иммунитета, регистрируется у 60-90% женщин детородного возраста. Женщина переболела краснухой в типичной или стертой форме (без сыпи). Второй раз краснухой не болеют. Оснований для беспокойства нет. |

Ранее в России большинство детей переболевали краснухой в раннем возрасте, поэтому краснуха беременных и краснушная эмбриопатия не были большой проблемой. В настоящее время большая часть детей воспитывается дома, и существует опасность более высокого риска врожденной краснухи в будущем. Поэтому важно вакцинировать девочек в возрасте 12-14 лет и женщин детородного возраста. При заражении женщины краснухой до 17 недель беременности риск эмбриопатий составляет 40-50%. При подтверждении диагноза серологическими тестами показано срочное прерывание беременности. При обследовании в более поздние сроки гестации при выявлении "антирубелла IgМ +" риск эмбриопатий меньше, но безопасный прогноз не гарантирован. Заражение беременных в первую половину беременности парвовирусом В19 может привести к эмбриопатии. Парвовирусная В19-инфекция характеризуется незначительным нарушением общего состояния, невысокой температурой, сыпью (симметричной, часто флюктуирующей, кружевной на туловище и конечностях и сливной на щеках), иногда артралгиями. Риск врожденной инфекции недостаточно изучен.В последние годы в России наблюдается рост заболеваемости сифилисом и гепатитами с парентеральным путем заражения. Нелеченный или плохо леченный сифилис беременной женщины приводит к тяжелым формам врожденного сифилиса с инвалидизацией детей, мертворождению, рождению детей с пороками развития. Поэтому важно выявить и вылечить сифилис до беременности. Свежая инфекция вирусным гепатитом В или носительство HbsAg может привести к вертикальной передаче инфекции в пре-, интра- или постнатальный период. Инфицирование в раннем возрасте часто связано с формированием хронического гепатита с высокой вероятностью исхода в цирроз и гепатоцеллюлярную карциному. Риск вертикальной передачи при свежем инфицировании - 90%, при носительстве антигена - 60%. Согласно приказа Минздравмедпрома России № 226/79 от 03.06.96 и национального календаря профилактических прививок от 18.12.97 введена сплошная вакцинация новорожденных против гепатита В вне зависимости от уровня носительства HbsAg. Эта мера направлена на предотвращение ракового заболевания печени и снижения уровня носительства в популяции. Учитывая, что вирус гепатита В может передаваться через разные биологические жидкости: слюну, кровь, сперму, вагинальный секрет, менструальную кровь - матери-вирусоносители должны тщательно соблюдать санитарно-гигиенические правила по уходу за ребенком, избегать близких контактов особенно до выработки у ребенка постпрививочного иммунитета. **Литература:****1**. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и неонатологии. Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Серова, Ю.И. Барашнева. - М., 1999. - с. 247.2. Т.В. Семенова, Д.Г. Красников, А.Р. Судариков // Акуш. и гинекологических., 1990, №6. - с. 70-75.3. В.К. Таточенко. Педиатру на каждый день. Справочник по лекарственной терапии. М., 19974. T.I. Libro, E. Domenech, R. Gastro et all.// An. Esp. Pediat. (исп.) - 1997. - p 58-62 5. W.J. Kolloffel, J.A. Kaan. Toxoplasmosis. // Pharm. Weeklad, 1995; 130 (1): 10-6.  |

 |