

Кафедра акушерства и гинекологии им.С.Н.Давыдова СЗГМУ им.
Мечникова
Зав.кафедрой д.м.н., проф. Е.И.Кахиани

ТОКСОПЛАЗМОЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Руководитель : доц. Мельникова С.Е.

Исполнитель : клин.ординатор Сильс Л.И.

Токсоплазмоз (Toxoplasmosis)

- ▶ Зоонозный протозооз
- ▶ Возбудитель: *Toxoplasma gondii*
- ▶ Источник заражения – домашние животные, главным образом кошки
- ▶ Характеризуется:
 - Паразитемией
 - Поражением нервной системы;
 - скелетных мышц;
 - Миокарда;
 - глаз
 - Гепатоспленоmegалией
 - лимфаденопатией



Европейское бюро ВОЗ занесло
ТОКСОПЛАМОЗ в список

TORCH

T – токсоплазмоз

O- сифилис

R- краснуха

C- ЦМВИ и хламидиоз

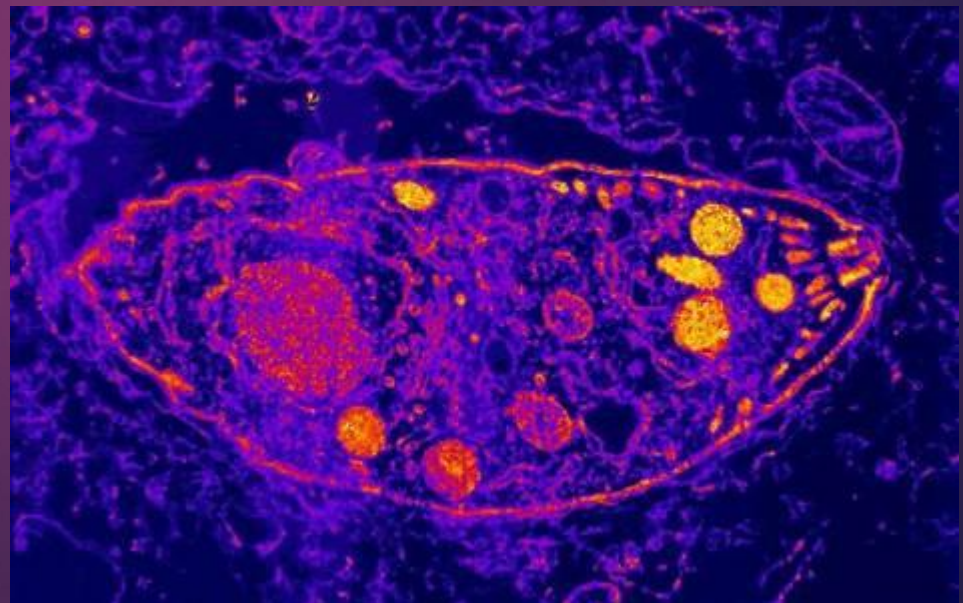
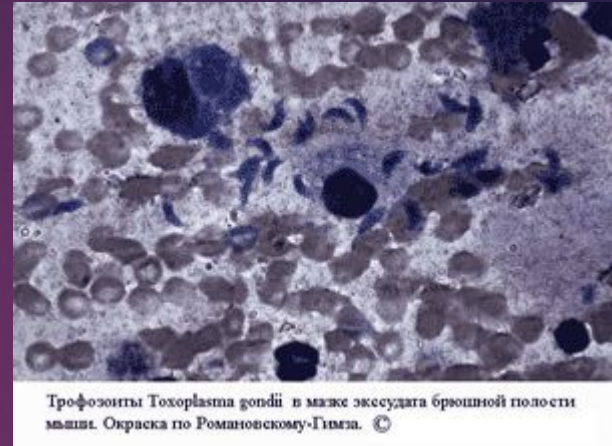
H- герпес и гепатит С

ЭТИОЛОГИЯ.

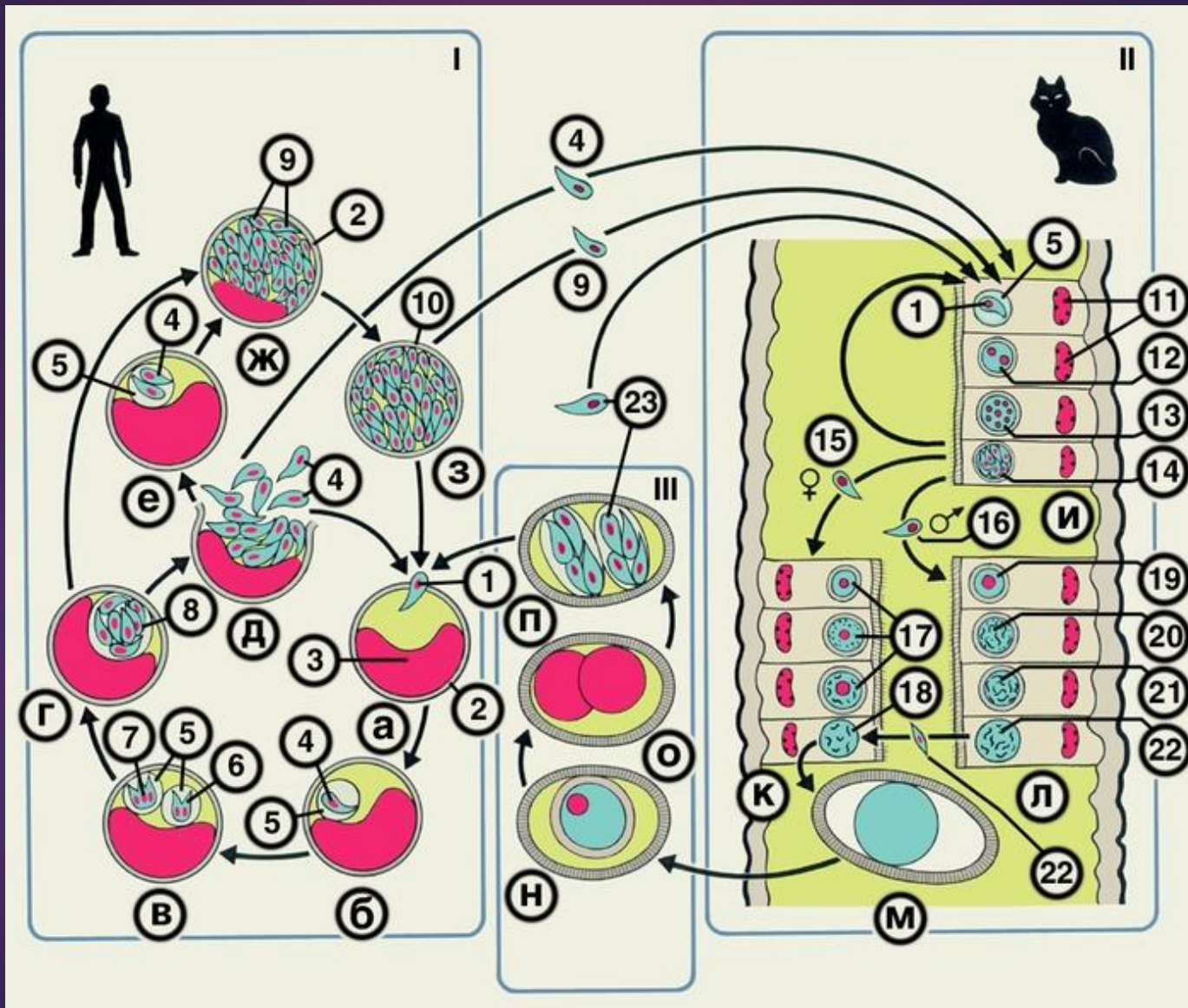
- ▶ Возбудитель: *Toxoplasma gondii*
- ▶ Тип: Protozoa
- ▶ Подтип: Sporozoa
- ▶ Класс: Telosporea
- ▶ Подкласс: Coccidea
- ▶ Отряд: Eucoccidea
- ▶ Подотряд: Eimeriina

Имеют 3 формы:

- Ооциста
- Трофозоит
- Тканевая циста



Размножение токсоплазм



Пути передачи

- ▶ Алиментарный
- ▶ Контаминационный
- ▶ Парентеральный
- ▶ Трансплацентарный



Больной токсоплазмозом человек не представляет эпидемиологической опасности для окружающих, что делает возможным лечение этих больных как в амбулаторных условиях, так и в стационаре.

Патогенез.

Эпителиальные клетки кишечника – размножение – первичный аффект



Региональные лимфатические узлы - гиперплазия



Гематогенная диссеминация



Печень, селезенка, головной мозг, глаза, миокард, скелетные мышцы, другие лимфатические узлы

Классификации.

▶ Международная классификация

В 58 Токсоплазмоз

В 58.0 Токсоплазмотическая офтальмопатия

В 58.1 Токсоплазмотический гепатит

В 58.2 Токсоплазмотический менингоэнцефалит

В 58.3 Легочный токсоплазмоз

В 58.8 Токсоплазмоз с поражением других органов

Р 37.1 Врожденный токсоплазмоз

▶ Классификация Казанцева А.П. (1985г.)

1. По механизму инфицирования

- Врожденный токсоплазмоз
- Приобретенный токсоплазмоз

2. По клиническим признакам

- Первично-латентная форма
- Острый токсоплазмоз
- Первично-хроническая форма
- Вторично-хроническая форма
- Вторично-латентная форма

3. По степени тяжести

- Легкий
- Средне-тяжелый
- Тяжелый

Приобретенный токсоплазмоз.

- ▶ Острый токсоплазмоз:
 - - маловыраженная симптоматика: недомогание, слабость, миалгии, неврастенические реакции
 - - генерализованная форма: лихорадка, интоксикация, гепатоспленомегалия, развитие миокардита, папулезная экзантема
- ▶ Хронический токсоплазмоз:
 - - Длительный субфебрилитет, хроническая интоксикация, нарушение сна, головные боли, снижение памяти, сердцебиения и боли в сердце, нарушение зрения, боли в мышцах и суставах
 - - Увеличение периферических лимфатических узлов; печень увеличена и умеренно болезненна при пальпации; при пальпации – уплотнения в мышцах (на Rg – кальцификаты); тахикардия, нарушение ритма, смещение границ сердца влево, на ЭКГ диффузные или очаговые изменения миокарда.



Приобретенный токсоплазмоз.

▶ Латентный токсоплазмоз

Первично-латентная форма

Протекает без клинических проявлений или с редко возникающими обострениями

Вторично-латентная форма

Нередко отмечаются обострения и развиваются резидуальные проявления: старые очаги хориоретинита, кальцификаты, склерозированные лимфатические узлы

Токсоплазмоз и беременность

- ▶ Клиническая картина:
 - В большинстве случаев протекает бессимптомно
 - Внутриутробное инфицирование при остром токсоплазмозе достигает 40-50%
 - Частота передачи инвазии увеличивается со сроком беременности:

В 1 триместре – 10-25%

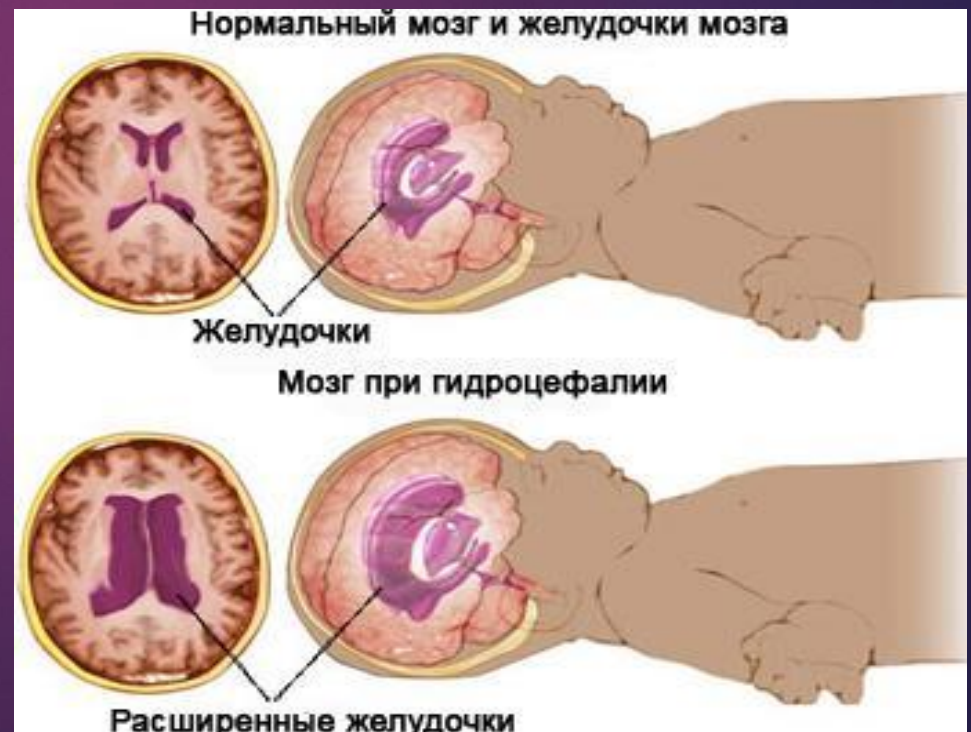
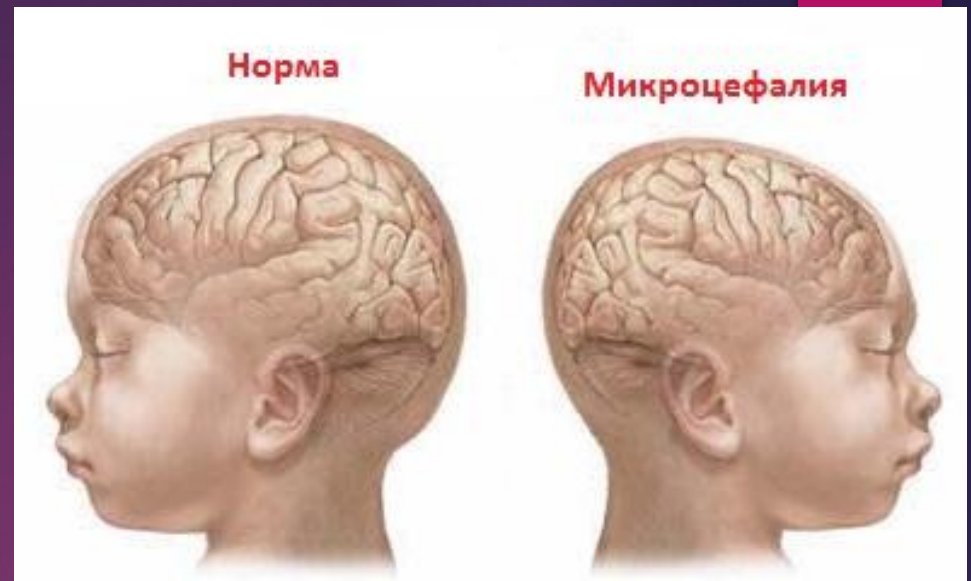
В 3 триместре – 60-65%



- ▶ Осложнения:
 - Самопроизвольные выкидыши раннего срока
 - Неразвивающаяся беременность
 - Преждевременные роды
 - Пороки развития плода
 - Антенатальная гибель плода

I триместр

- ▶ В 65% случаев проходит в тяжелой форме.
- ▶ Пороки развития ЦНС:
- ❖ Микроцефалия
- ❖ Гидроцефалия
- ❖ Кальцинаты в головном мозгу
- ▶ Хориоретинит



II – III триместры

- ▶ Гепатоспленомегалия
- ▶ Прогрессирующая желтуха
- ▶ Анемия
- ▶ Тромбоцитопения
- ▶ Гипотрофия
- ▶ Внутриутробная задержка развития плода

Патоморфологически выявляются:

- ▣ Анемия
- ▣ Геморрагии в серозные оболочки
- ▣ Дилатация полостей сердца
- ▣ Очаги пневмонии или отек легких
- ▣ Некротические очаги в печени/селезенке
- ▣ Гиперплазия лимфатических узлов
- ▣ Полнокровие головного мозга

Диагностика токсоплазмоза.

▶ Прямые методы:

- Паразитологический (выявление возбудителя на культуре клеток или при заражении лабораторных животных)
- Гистологический (выявление токсоплазм в срезах тканей или жидкостях организма)
- ПЦР (анализ ДНК паразита в образцах материала больного)

▶ Непрямые методы:

- Реакция связывания комплемента (РСК)
- Реакция непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ)
- Иммуноферментативный анализ (ИФА)

Показатель	Расшифровка
IgM-, IgG-	Иммунитет отсутствует
IgM-, IgG+	Хроническое носительство токсоплазмы, выздоровление. Лечение не требуется
IgM+, IgG-	Острый токсоплазмоз. Необходимо лечение
IgM+, IgG+	Обострение токсоплазмоза. Необходимо лечение

Тактика ведения беременности

- ▶ Клинические проявления **отсутствуют**, серологические реакции **отрицательные**.
 - Заключение: токсоплазмоза нет. Женщина в группе риска.
 - Рекомендации: динамическое серологическое исследование каждый триместр беременности
- ▶ Клинические проявления **отсутствуют**, серологические реакции **положительные** в низких и средних показателях (ИФА Ig G < 40 Ед\мл, Ig M – отрицательно). Через 3-4- недели динамики нет.
 - Заключение: носительство, опасности инфицирования плода нет.
- ▶ Клинические проявления **отсутствуют**, серологические реакции **положительные** в низких и средних иногда в высоких показателях (ИФА Ig G > 200 Ед\мл, Ig M – положительно). Через 3-4- недели нарастание Ig M.
 - Заключение: иннапаратный токсоплазмоз, высокий риск инфицирования плода.
 - Рекомендации: В I триместре возможно прерывание беременности. Со II триместра возможна этиотропная терапия с последующим диспансерным наблюдением новорожденного в течение 5 лет.

Тактика ведения беременности

- ▶ Клинические проявления у беременной **присутствуют**, серологические реакции **положительные** в низких, средних и иногда высоких титрах (ИФА Ig G > 200 Ед\мл, Ig M- положительно). При контроле через 3-4 недели отмечается нарастание титров.
 - Заключение: острый токсоплазмоз.
 - Рекомендации: I триместр – возможно прерывание беременности. II триместр – этиотропная терапия, начиная с 22-23 недели кордо-и амниоцентез, новорожденный подлежит обследованию на токсоплазмоз и дальнейшей диспансеризации в течение 5 лет.
- ▶ Клинические проявления у беременной **присутствуют**, серологические реакции **положительные** в низких и средних титрах (ИФА Ig G < 200 Ед\мл, Ig M- отрицательно). При контроле через 3-4 недели динамики нет.
 - Заключение: хронический приобретенный токсоплазмоз. Опасности для плода нет.

Лечение токсоплазмоза при беременности.

- ▶ I триместр беременности: показано прерывание по медицинским показаниям, либо до 15 недели проводится курс терапии препаратом *Spiramycin* по схеме
- Разовая доза 1,5 миллиона ЕД, 2 раза в сутки с интервалом в 12 часов в течение 6 недель (суточная доза 3 миллиона ЕД, курсовая доза – 126 миллионов ЕД).



Лечение токсоплазмоза при беременности

- ▶ II триместр беременности: назначается пириметамин в сочетании с сульфаниламидами и чередуется с курсами ровамицина.
- В течение 4 недель терапия сульфадиазином 4 г (по 1 г 4 раза в день) и приметамином – 1-й день – 50 мг, затем 25 мг в день. Данная терапия чередуется с 4-х недельной терапией ровамицином. В сочетании с приемом фолиевой кислоты до 10 мг\сут.



Лечение токсоплазмоза при беременности

- ▶ III триместр беременности: с 36 недели и до конца беременности сульфадиазин заменяют ровамицином (из-за опасности гемолиза и желтухи у новорожденного). Для устранения побочных эффектов пириметамин и сульфаниламидов, за две недели до предполагаемых родов назначают фолиевую кислоту до 10 мг\сут. Так же проводится еженедельный контроль клинического анализа крови и мочи.
- ▶ Может проводиться иммунотропная терапия специфическим противотоксоплазменным иммуноглобулином (Биофарма) в\м 2-3 дозы (3-4,5 мл) одномоментно 1 раз в 3-4 дня, 5 инъекций.
- ▶ Роды у женщин с токсоплазмозом не предусматривают специального ведения.

Профилактика.

- ▶ Общие рекомендации:
 - Строгое соблюдение санитарно-гигиенических норм (мытьё овощей, фруктов, рук)
 - Исключение контактов с кошками и их экскрементами
 - Употребление в пищу хорошо термически обработанные колбасы и мясо
 - Исключение (по возможности) разделки сырого мяса во избежание травм кожи
 - При увеличении лимфатических узлов или появлении жалоб напоминающих грипп, немедленно обратиться к врачу
- ▶ В случае наличия Ig M:
 - Назначение лечения (см. лечение)
 - Прерывание беременности
 - Контроль 10-12 недель и 20-22 недели

Спасибо за внимание!



Тестовый контроль.

▶ 1. Токсоплазмоз относится к группе:

А. Антропонозы

Б. Сапронозы

В. Орнитоз

Г. Зооантропонозы

● Д. Зоонозы

Тестовый контроль.

▶ 2. Токсоплазма размножается во всех клетках организма КРОМЕ:

А. Скелетной мускулатуры

Б. Легких

В. Печени

● Г. Эритроцитах

Д. Лимфоцитах

Тестовы контроль.

▶ 3. Пути передачи токсоплазмоза:

А. Воздушно-капельный

Б. Половой

● В. Алиментарный

● Г. Трансплацентарный

● Д. Трансплантация/гемотрансфузия

Тестовый контроль.

- ▶ 4. Основной путь инфицирования плода:
- А. Антенатальный
- Б. Интранатальный
- В. Постнатальный
- Г. Через грудное молоко
- Д. Воздушно-капельный

Тестовый контроль.

- ▶ 5. Какая группа антибиотиков используется для лечения токсоплазмоза при беременности?
- А. Макролиды
- Б. Фторхинолоны
- В. Тетрациклины
- Г. Цефалоспорины
- Д. Аминогликозиды