



---

# СРИ

«Цитомегаловирусная, герпетическая,  
хламидийная инфекции и беременность»

**715-1 ГР**  
**АМЗЕЕВА Г**

# Содержание

- Введение
- Цитомегаловирусная инфекция
  - Определение
  - Пути передачи
  - Беременность
  - Диагностика и профилактика
    - Лечение
- Герпетическая инфекция
  - Определение
  - Пути передачи
  - Беременность
  - Диагностика и профилактика
    - Лечение
- Хламидийная инфекция
  - Определение
  - Пути передачи
  - Беременность
  - Диагностика и профилактика
    - Лечение
- Заключение
- Список использованной литературы

# Введение



- Половые инфекции (заболевания передающиеся половым путем, ЗППП) — группа инфекционных болезней, вызываемых бактериями, вирусами, грибками и простейшими. Их объединяет возможность передачи возбудителя при половом контакте. При этом могут поражаться как мочеполовая система, так и другие органы и ткани, или даже весь организм.

# Цитомегаловирусная инфекция

## Цитомегаловирус

*Цитомегаловирус - это группа вирусов, которые относятся к семейству герпетических вирусов. Резервуаром цитомегаловируса является человек. Заражение происходит воздушно-капельным путем, через половые секреты, мочу и кровь.*

Возбудителем заболевания является *Cytomegalovirus hominis*, который попадая в организм один раз, остается там навсегда.

Цитомегаловирусная инфекция, которая способна жить только в организме человека, способствует увеличению размеров нормальных клеток хозяина. Попадая в организм, вирус приводит к иммунной перестройке в организме. Для того чтобы появились симптомы заболевания, т.е. произошел переход от латентной формы к клинически выраженной форме, необходимы провоцирующие факторы.

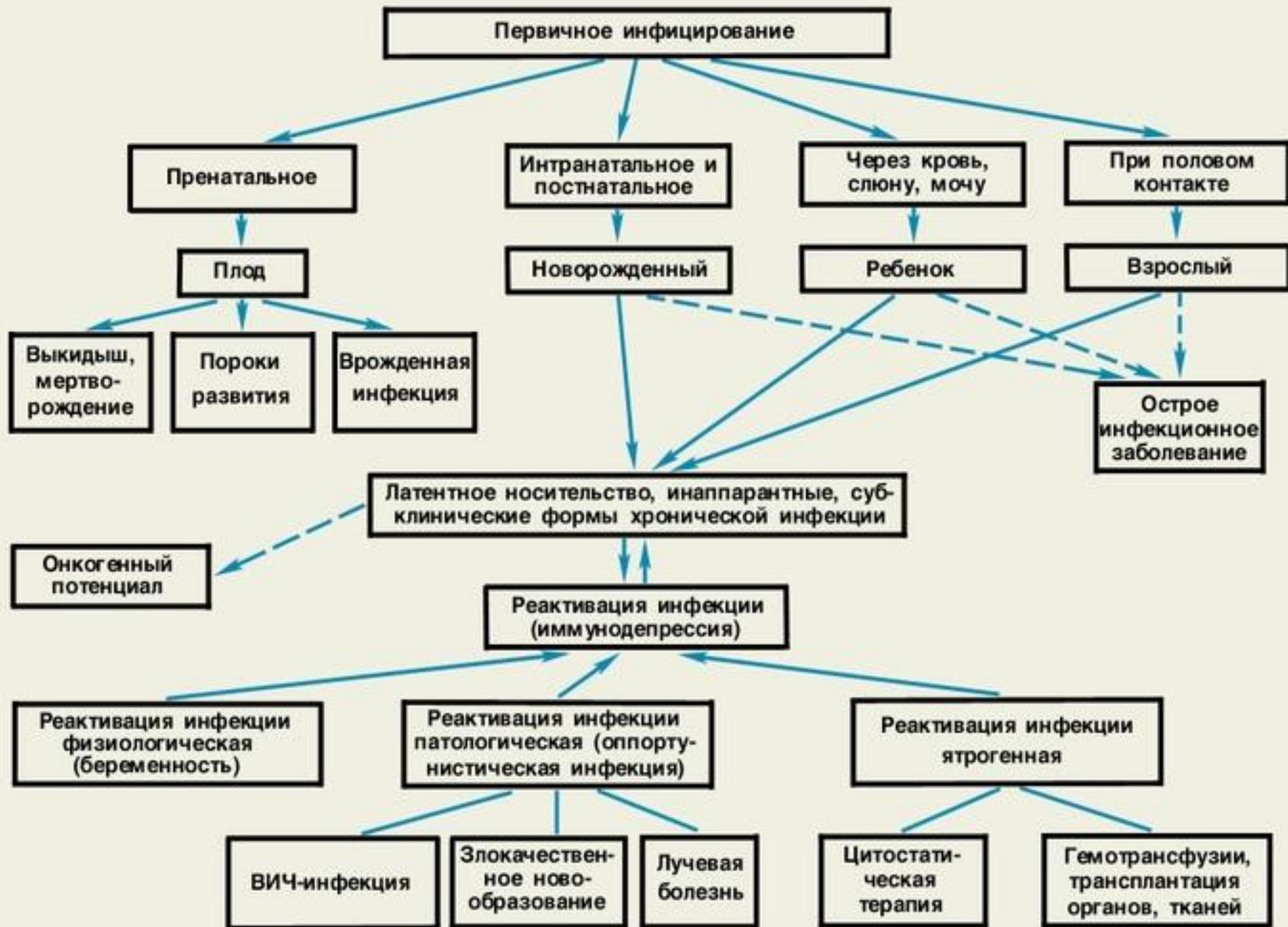
# Цитомегаловирусная инфекция

## Пути передачи



Учитывая, что вирус может находиться в крови, семенной жидкости, секрете шейки матки, слюне, моче, молоке, заражение может произойти следующими путями:

- ПОЛОВЫМ
- ВОЗДУШНО-КАПЕЛЬНЫМ
- трансплацентарным
- в процессе переливания крови
- в процессе родов
- через молоко инфицированной матери



# Цитомегаловирус в период беременности

Опасность вируса для организма беременной, особенно для плода, представляет острое течение цитомегаловирусной инфекции, т.е. первичное заражение во время беременности.

Заражение от больного человека с острой инфекцией цитомегаловируса — для беременных является худшим вариантом, т.к. из-за отсутствия антител в крови, неослабленный вирус довольно легко проникает через плаценту, повреждающе воздействует на плод (инфицирование плода происходит в 40-50 % случаев)

Обострение скрытого вирусоносительства под воздействием факторов, ослабляющих иммунитет (например, наличие сопутствующих заболеваний, прием препаратов подавляющих иммунитет), является менее опасной ситуацией. Поскольку в борьбу с вирусом вступают уже имеющиеся антитела (IgG, которые имелись всегда при скрытом вирусоносительстве), сам вирус становится ослабленным, что снижает степень проникновения через плаценту и агрессивное воздействие на плод (инфицирование плода происходит лишь в 1-2 % случаев).



# Цитомегаловирус в период беременности

Существует определенная зависимость между степенью неблагоприятного воздействия вируса на плод и сроком беременности. Так, например, при инфицировании плода на ранних сроках беременности, существует большая вероятность самопроизвольного выкидыша или аномалии развития ребенка.

При инфицировании в более поздние сроки, пороков развития плода не наблюдается, но довольно часто возникает многоводие при беременности, отмечаются преждевременные роды и так называемая «врожденная цитомегалия» новорожденного.

## **Ребенок с цитомегалией**

Для ребенка с врожденной цитомегалией характерно наличие желтухи, увеличение размеров печени, селезенки, сниженный гемоглобин (анемия) и другие изменения в анализе крови, также отмечаются, тяжелые поражения центральной нервной системы, поражение глаз и слуха.

Обнаружение у ребенка IgG, в первые три месяца после родов, не считается признаком врожденной цитомегалии, если у его мамы имеет место скрытое вирусноносительство, т.к. эти антитела ему достались от мамы при рождении и через три месяца они у него исчезнут самостоятельно.

Обнаружение же у ребенка IgM, служит доказательством наличия острой стадии цитомегаловирусной инфекции.

# Цитомегаловирус в период беременности

## ● **Диагностика и профилактика**

После попадания возбудителя в организм, в организме сразу же начинают вырабатываться антитела (иммуноглобулины) на цитомегаловирус, что в большинстве случаев не дает инфекции вызвать острый процесс и приводит лишь к скрытому (бессимптомному) вирусоносительству, которое длительное время может ничем себя не проявлять. Выявление антител с определением специфических иммуноглобулинов IgM и IgG к цитомегаловирусу является основным методом выявления инфицированности. Для IgM в бланке заключения лаборатории дается качественная характеристика: «положительно» или «отрицательно», для IgG в результате указывают титр антител (количественная характеристика).

## ● **Вероятность заражения плода.**

Вероятность заражения плода напрямую зависит от концентрации вируса в крови. А концентрация вируса определяется уровнем защитных антител: чем больше антител, тем ниже концентрация вируса. У людей, впервые инфицированных цитомегаловирусом, антител нет, поэтому концентрация вируса очень высока, следовательно, заражение плода наиболее вероятно. У носителей цитомегаловируса есть антитела, поэтому концентрация вируса в крови ниже.

# Цитомегаловирусная инфекция

## Лечение

Основной упор нужно делать не только на иммуномодулирующие препараты, но и на специфическое противовирусное лечение.

Конкретный препарат и лечебную схему подбирает лечащий врач - гинеколог.

Используемые препараты:

- 1) Препараты интерферона
- 2) Индукторы синтеза интерферона
- 3) Специфические противовирусные препараты
- 4) Неспецифические иммуномодуляторы

Патогенетически обоснованным на всех этапах лечения генитального герпеса следует считать терапию сопутствующей урогенитальной инфекции:

1. Лечение должно начинаться после адекватного и грамотного-обследования, включающего выявление максимально возможного количества возбудителей.
2. Одновременно при необходимости должна проводиться этиотропная антибактериальная терапия.
3. Оптимальным следует считать проведение комплексного лечения женщин с генитальной инфекцией с учетом фаз менструального цикла.
4. Лечение сексуальных партнеров требует обязательного использования барьерных методов контрацепции на период лечения.

# Герпетическая инфекция



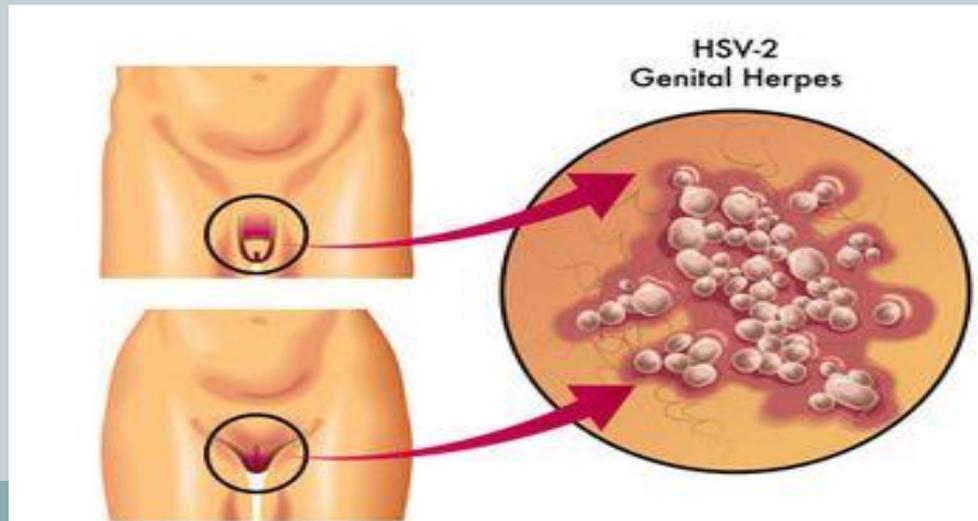
● *Герпетическая инфекция* представляет собой группу заболеваний, к которой относятся: вирусы простого герпеса, вирус ветряной оспы, цитомегаловирус, вирус Эпштейна-Барр.

Вирус простого герпеса подразделяют на 2-е группы: вирус простого герпеса типа I и вирус простого герпеса типа II. К первой группе относится – поражение кожи лица и слизистых оболочек полости рта. Вирусы второй группы поражают гениталии, а так же могут приводить к воспалению оболочек и вещества головного мозга

# Герпетическая инфекция

## Пути передачи

- Основной путь передачи герпетической инфекции контактный, но возможна воздушно-капельная и трансплацентарная передача вируса. Отличительной особенностью герпетической инфекции является способность вирусов длительно персистировать в нервных ганглиях. Это приводит к возникновению рецидивов герпеса в периоды снижения защитных сил организма. К проявлениям герпетической инфекции относятся герпес лабиалис, генитальный герпес, висцеральный герпес, генерализованный герпес, герпетический стоматит и конъюнктивит.



# Герпес и беременность

## ● Первичный генитальный герпес

Если будущая мать заражается генитальным герпесом при беременности, то плод может пострадать.

Дело в том, что в этом случае в крови у матери отсутствуют антитела к вирусу простого герпеса — иммуноглобулины G и M, препятствующие действию вируса на плод. В случае первого появления генитального герпеса при беременности, вирус может проникать через плаценту и размножаться в тканях плода, что приводит к его гибели, выкидышу, врожденным уродствам, поражению головного мозга, печени, других органов плода, неразвивающейся беременности.

Риск поражения плода при первичном генитальном герпесе равен 75%. В случае, если первый в жизни рецидив генитального герпеса случается за 30 дней до родов — рекомендуется родоразрешение путем кесарева сечения.

Мать с активной герпетической инфекцией (хотя активная инфекция может быть незаметна)



Волдыри из-за врожденного герпеса

# Герпес и беременность

## ● Рецидивирующий генитальный герпес

В случае, если у женщины случались рецидивы полового герпеса до беременности, то в крови беременной циркулируют противогерпетические антитела, которые ограничивают инфекцию, нейтрализуют вирус. Эти антитела через плаценту попадают в организм плода, защищая его. Поэтому рецидивирующий генитальный герпес при беременности не столь опасен. В этом случае из-за герпеса практически не бывает уродств и поражений внутренних органов.

Тем не менее, при рецидивирующем генитальном герпесе ребенок может заразиться во время родов, проходя через родовые пути, на которых присутствует вирус герпеса. Риск заражения составляет от 2 до 5%.

Обработка родовых путей и кожи ребенка антисептиками, содержащими повидон-йод, снижает риск развития неонатального герпеса до 1-2%. Для профилактики развития неонатального герпеса с 36 недели беременности врач может назначить вам ацикловир (но ни в коем случае не применяйте его самостоятельно!).

Рецидивирующий генитальный герпес не является показанием для прерывания беременности.

**Таблица 1. Оценка перинатального инфекционного риска у женщин с генитальным герпесом**

Оцениваемые факторы	Характеристика	Баллы
Репродуктивный анамнез	Не отягощен	0
	Потери на ранних сроках беременности	1
	Потери во II и/или III триместрах гестации	2
Форма заболевания	Типичная	1
	Атипичная	2
Течение заболевания	Легкое	0
	Средней тяжести	1
	Тяжелое	2
Сопутствующая инфекционная патология	Нет	0
	Есть (ЦМВ, ВПЧ и др.)	1
Микроэкология влагалища	Не нарушена (количество лактобацилл $< 10^4$ )	0
	Дисбактериоз (количество лактобацилл $> 10^4$ , условно-патогенная флора $< 10^4$ )	1
Иммунный статус	Не изменен	0
	Дисбаланс (снижение Т-хелперов, иммунорегуляторного индекса, повышение В-лимфоцитов)	1
Интерфероновый статус	Не изменен	0
	Дисбаланс (повышение сывороточного интерферона, снижение продукции $\alpha$ - и $\gamma$ -интерферона)	1
Биохимический статус	Не изменен	0
	Повышение билирубина, мочевины, креатинина	1
	Повышение показателей эндоинтоксикации (кислоторастворимая фракция нуклеиновых кислот – КФНК, средние молекулы – СМ, эндотоксический индекс – ЭИ)	2
Гемостаз	Не изменен	0
	Повышение протромбина, фибриногена, АЧТВ	1
	Наличие маркеров ДВС-синдрома (продукты деградации фибрина – ПДФ, растворимые фибрин-мономерные комплексы – РКМФ)	2
Генитальный герпес у полового партнера	Нет	0
	Есть	1

\*Каждая нозология оценивается отдельно количеством баллов, обозначенных в шкале.  
 0–4 баллов – низкий риск, 5–9 баллов – средний риск, 10 баллов и выше – высокий риск

# Герпес и беременность

## ● Диагностика и лечение



При наличии тех или иных признаков генитального герпеса при беременности необходимо срочно обратиться за квалифицированной помощью к опытному лечащему врачу, который после тщательного осмотра для подтверждения или опровержения своих подозрений обязан назначить комплексное профессиональное обследование, что включает в себя анализы крови, гинекологические мазки на содержание или отсутствие воспаления (лейкоцитоза).

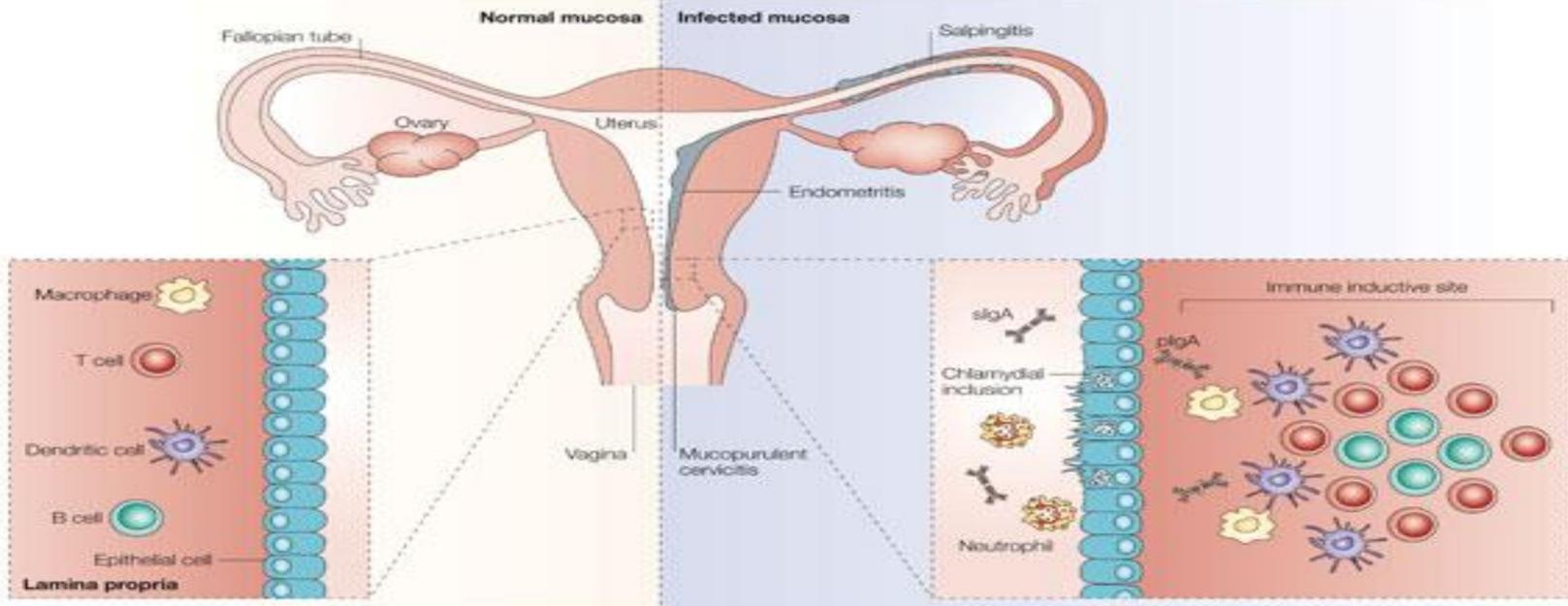
Наиболее точная диагностика герпеса и других скрытых инфекций возможна в лабораториях, оснащенных оборудованием для проведения ПЦР (полимеразной цепной реакции). В различных вариантах этот метод позволяет не только обнаружить наличие вируса в образце, но и определить его активность.

Необходимо знать, что главный диагностический признак — герпетическая сыпь — отмечается лишь у трети больных. Для выявления таких форм герпеса необходимо обследование обоих половых партнеров. Женщинам, желающим иметь здоровое потомство, необходимо проводить тест на выявление вируса простого герпеса как до беременности, так и после наступления беременности.

# Хламидийная инфекция

Хламидиоз гениталий является самым распространенным среди заболеваний, передающихся половым путем. Во всем мире наблюдается рост заболеваний хламидиозом среди молодых женщин, только что вступивших в период половой активности.

Раннее вступление в половую жизнь, частая смена половых партнеров, применение оральных контрацептивов, снижающее опасение за возникновение беременности, а также большая мобильность населения объясняют высокую частоту заболеваний генитальным хламидиозом.



# Хламидийная инфекция

## Пути передачи



- Источник инфекции – человек, болеющий хламидиозом. Важно помнить, что заболевание в течение длительного времени может протекать **без симптомов**. Сам «носитель» может даже и не подозревать о том, что представляет для своего партнера серьезную опасность.
- Еще один путь передачи инфекции – «вертикальный» (от матери к плоду). Хламидии при беременности попадают в амниотическую жидкость, а затем они поражают плод. Его инфицирование происходит по причине того, что он заглатывает амниотическую жидкость. Хламидии могут оседать на слизистые оболочки ребенка.

# Симптомы хламидиоза при беременности



- **Очень часто заболевание протекает абсолютно бессимптомно.** В этом и заключается коварство хламидий. Примерно 67% женщин и не подозревают о том, что они заражены. В остальных случаях хламидиоз дает о себе знать, но его признаки не ярко выражены.
- Женщины, страдающие хламидиозом и не подозревающие об этом, могут заметить у себя слизисто-гнойные или слизистые **выделения из влагалища**, которые могут отличаться от нормальных желтоватым цветом или неприятным запахом.
- В области внутренних и наружных половых органов могут быть **несильные боли**, а также **зуд и жжение**. Симптомами хламидиоза при беременности могут являться и дискомфортные ощущения **внизу живота**.

# Хламидиоз и беременность



Обострение хламидийной инфекции особенно опасно при беременности, поскольку может привести к различного рода осложнениям.

## **Возможные осложнения:**

- на ранних сроках возможны выкидыши,
- на поздних сроках преждевременное отхождение околоплодных вод и преждевременные роды,
- в родах высока вероятность инфицирования плода (конъюнктивиты, фарингиты, отиты и даже пневмонии).

# Диагностика хламидиоза



- Наиболее информативным методом считается анализ крови на антитела (иммуноглобулины) к хламидиям. Если обнаруживают небольшую концентрацию этих антител, то говорят о хроническом носительстве хламидий. Если концентрация высокая — имеется обострение хламидиной инфекции.
- Диагноз «хламидиоз» правомерен при подтверждении его двумя принципиально различными методами диагностики: мазок (микроскопия) и кровь на антитела к хламидиям (метод биохимический). Лишь когда титр (концентрация) антител оказывается высоким и/или при наличии специфических для этой инфекции жалоб, показано курсовое лечение.
- Цифры должны быть кратными, т.е. больше или меньше в два раза, от предыдущей ( IgA 1:40 и IgG 1:80). Сомнительными и отрицательными являются титры 1:5 и меньше. Повышенные цифры IgG говорят о том, что процесс имеет хроническую форму. В этом случае лечение показано при наличии определенных жалоб, или в том случае, если до этого, человек ни разу не лечился по поводу данной инфекции. Высокие цифры IgA, в основном, встречается при остром процессе (первичном заражении) или при обострении хронического, что нуждается в лечении.

## Современные отечественные рекомендации по выбору антимикробного препарата для терапии хламидийной инфекции во время беременности

<p><b>Клинические рекомендации Российского общества акушеров и гинекологов, 2009 г. [35]</b></p>	<p><b>Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов. Инфекции, передаваемые половым путем. «Хламидийная инфекция. Лечение беременных» (2010 г.) [10]</b></p>	<p><b>Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии (2010 г.) [36]</b></p>	<p><b>Протокол ведения больных «Урогенитальная хламидийная инфекция. Лечение урогенитальной хламидийной инфекции в период беременности и лактации» (2011 г.) [28]</b></p>
<p><b>Препараты выбора</b>            Эритромицин 500 мг внутрь 4 раза в сутки 7–10 дней            Амоксициллин 500 мг внутрь 3 раза в сутки 7–10 дней            Джозамицин 500 мг внутрь 2 раза в сутки 10 дней</p> <p><b>Альтернативные препараты</b>            Азитромицин 1,0 г внутрь однократно            Спирамицин 3 000 000 ЕД внутрь, 3 раза в сутки 10 дней</p>	<p>Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней или            Азитромицин 1,0 г внутрь однократно или            Спирамицин 3 млн ЕД 3 раза в сутки в течение 10 дней или            Амоксициллин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней</p>	<p><b>Препараты выбора</b>            Амоксициллин 500 мг внутрь 3 раза в сутки 7 дней или            Джозамицин 750 мг внутрь 2 раза в сутки 7 дней или            Азитромицин 1,0 г внутрь однократно или            Эритромицин основание 500 мг внутрь 4 раза в сутки 7 дней</p> <p><b>Альтернативные препараты</b>            Эритромицин основание 250 мг внутрь 4 раза в сутки 14 дней или            Эритромицин этилсукцинат 800 мг внутрь 4 раза в сутки 7 дней или            Эритромицин этилсукцинат 400 мг внутрь 4 раза в сутки 14 дней</p>	<p>Азитромицин 1 г внутрь однократно или            Амоксициллин 500 мг 4 раза в сутки 7 дней</p>

# Список использованной литературы



- <http://lekmed.ru/info/literatyra/hlamidiinaya-infekciya-v-akyshestve-i-ginekologii.html>
- <http://medportal.ru/enc/venerology/clamidios/2/>
- <http://mama66.ru/pregn/777>
- <http://www.fhmclinic.ru/diagnostic/51-infections.html>