

УДК 616.97-06:61.6.697:618.177]-071-074(045)

Негматшаева Хабибахон Набиевна, доцент.

Кафедра акушерства и гинекологии №2

Андижанский государственный медицинский институт

СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА TORCH-ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Резюме: В статье приводится информация о том, что в настоящее время в нашей стране наблюдается высокий показатель в составе инфекций, характерных для раннего неонатального периода на фоне низкого уровня младенческой смертности, среди которых лидирующие позиции занимают внутриутробные инфекции плода, а внутриутробное инфицирование плода и новорожденного играет важную роль в развитии инфекционных и воспалительных заболеваний.

Ключевые слова: неонатальный период, внутриутробное инфицирование плода, воспалительные заболевания.

Negmatshoeva Habibakhon Nabievna docent

Department of Obstetrics and Gynecology No. 2

Andijan State Medical Institute

MODERN DIAGNOSTICS OF TORCH INFECTIONS IN WOMEN OF FERTILE AGE

Resume: The article provides information that currently in our country there is a high rate of infections characteristic of the early neonatal period against the background of a low infant mortality rate, among which intrauterine fetal infections occupy a leading position, and intrauterine infection of the fetus and newborn plays an important role in the development of infectious and inflammatory diseases.

Keywords: neonatal period, intrauterine infection of the fetus, inflammatory diseases.

Введение. Актуальность рассмотренных ниже вопросов заболеваемости вирусом простого герпеса (ВПГ) и вирусом краснухи обусловлена очень широким распространением возбудителей. По данным ВОЗ, около 90% населения нашей планеты инфицировано ВПГ, а во всех случаях заболевания краснухой, что регистрируются в Европе, 83% приходится на страны СНГ [1,4].

Краснуха – вирусная инфекционная болезнь, характеризующаяся мелкопятнистой сыпью, лимфоаденопатией, умеренной интоксикацией, кратковременной лихорадкой и поражением плода у беременных. Особое значение краснухи как инфекционного заболевания связано с потенциальной опасностью тяжелых осложнений для ребенка, которые могут развиваться в случае заражения матери во время беременности. До 40-х годов нашего столетия краснуха из-за легкого прохождения заболевания, почти полного отсутствия летальности, редких неблагоприятных последствий осложнений мало привлекало внимание исследователей [3,5]. После того, как в 1942 году Н.Грегг сообщил об увеличении частоты врожденных аномалий, глухоты и катаракт у новорожденных после вспышек краснухи, она стала одной из наиболее важных медицинских проблем. Дальнейшие исследования показали, что возбудитель краснухи имеет наиболее выраженное тератогенное действие, поскольку может поражать все без исключения органы и системы плода [6]. Особый риск эмбриофетопатии наблюдается при заражении в начале 1-го триместра беременности, что может приводить не только к развитию триады Грегга, а и к спонтанным выкидышам, мертворождению, ранней детской смертности (от необратимых поражений важных органов) [2,7].

Из-за того, что клинические проявления заболевания могут быть стертого характера, а в 50% краснуха протекает в субклинической форме, одних клинических симптомов для постановки диагноза не достаточно. Доказательством острой краснушной инфекции является определение

антител (АТ) класса IgM, специфических к вирусу краснухи, обнаружение в крови специфических IgG (АТ) к вирусу краснухи есть показателем прошлой инфекции или проведенной вакцинации. Специфические IgG начинают выявляться на 5-7 сутки после появления сыпи, достигают максимума через 4-5 недель и остаются на высоком уровне продолжительное время.

Негативный результат на специфические IgG указывает на отсутствие защитного иммунитета против вируса краснухи, а также вместе с негативным результатом специфических (АТ) IgM может регистрироваться в период сероконверсионного окна, который длится 2-3 недели от начала инфицирования[8].

Цель исследования. Уточнить понятия: внутриутробное инфицирование и внутриутробная инфекция. Ознакомить врачей-неонатологов, педиатров, детских инфекционистов, акушеров и гинекологов с вариантами реализации внутриутробного инфицирования во внутриутробную инфекцию, на современном уровне изложить вопросы патогенеза, клиники, лечения, диагностики и профилактики рассматриваемой темы.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами был проведен обзор отечественных и зарубежных источников литературы рассматриваемой проблемы, что позволило обобщить особенности клинико-лабораторных проявлений внутриутробных инфекций. Выделить основные этапы лабораторной диагностики: антенатальная; ранняя (доклиническая) в момент рождения ребенка; диагностика ВУИ при появлении клинических признаков.

Результаты и обсуждение. В основе косвенных методов диагностики лежит изучение состояния здоровья матери – определение характера инфекции, иммунного ответа, метаболических сдвигов в организме. К этим методам относятся микробиологический

(бактериоскопическое, бактериологическое, электронно-микроскопическое, вирусологическое исследование биопроб материнского организма); метод иммуноферментного анализа (ИФА) (выявление специфических IgM и IgG); метод иммунофлюоресценции; метод молекулярной гибридизации (идентификация строго определенного фрагмента ДНК или РНК); ультразвуковой, а также биохимические методы (определение С-реактивного белка, рН влагалища и цервикального канала, α1-протеиназы, α2-глобулина плазмы, фибриногена). Косвенные методы диагностики позволяют поставить предположительный диагноз. У беременной, роженицы, родильницы исследуются слюна, отделяемое из носа, зева, кровь, моча, отделяемое и соскоб из шейки матки, уретры, влагалища.

Обнаружение специфических IgG антител в сыворотке крови, исследованной до или в первые дни после контакта с соответствующим инфекционным агентом, свидетельствует о ранее перенесенной инфекции или иммунизации, однако не позволяет определить, когда это первичное инфицирование произошло. Как правило, выявление специфических IgM антител и появление IgG антител у ранее серонегативных беременных свидетельствует о развитии первичной инфекции. При некоторых инфекциях диагностически значимое возрастание в динамике титра IgG и появление IgM может указывать на реактивацию инфекции во время беременности. Для доклинической диагностики ВУИ объектами исследования в момент рождения ребенка являются аспират из глотки, желудка, отделяемое из конъюнктивы, ушей, периферическая кровь (определение содержания общего белка и его фракций, острофазовых показателей, иммуноглобулинов А, М, G, С-реактивного белка), моча, меконий, спинномозговая жидкость, послед (гистологическое и микробиологическое исследование).

В диагностике ВУИ большое значение имеет идентификация возбудителей у матери, а также в околоплодных водах, плаценте, тканях плода и новорожденного. В качестве скрининг-тестов следует использовать микроскопическое исследование мазков околоплодных вод и желудочного содержимого новорожденного. При исследовании мазков, окрашенных по Граму, обнаружение в поле зрения 4-х и более лейкоцитов, а также грамотрицательной микрофлоры свидетельствует о высокой степени инфицированности новорожденного.

При проявлении клинических признаков ВУИ у новорожденных диагноз подтверждается: 1. Выделением возбудителя из биологических сред (кровь – респираторные вирусы, парвовирус В19, цитомегаловирус, бактерии; моча – цитомегаловирус, вирус краснухи, микоплазмы; смывы носоглотки – вирусы краснухи, герпеса, энтеровирусы, респираторные вирусы; желудочное содержимое и фекалии – энтеровирусы, вирусы краснухи, бактерии; содержимое везикул – вирус герпеса; цереброспинальная жидкость – вирусы краснухи, герпеса, цитомегаловирус, энтеровирусы, микоплазмы). 2. Данными серологических исследований в динамике у матери и ребенка.

Поскольку IgM не передаются трансплацентарно, появление у новорожденного специфических IgM антител к тому или иному возбудителю отражает собственный иммунный ответ ребенка на внутриутробное инфицирование. IgG, полученные от матери, быстро разрушаются, поэтому исчезновение этих антител при динамическом наблюдении за ребенком говорит об отсутствии у него инфицирования. Уровень специфических IgG антител у новорожденного, превышающий таковой у матери, и сохранение высокого уровня антител у ребенка старше 6-8 месяцев свидетельствует о перенесенной им инфекции. В диагностике ВУИ применяются и другие серологические методы, такие как реакция нейтрализации, реакция торможения гемагглютинации, РПГА, латекс-

агглютинация, иммунный блоттинг, иммунофлюоресцентный, радиоиммунологический. Обязательны осмотр окулистом и проведение ультразвукового исследования головного мозга, а также органов брюшной полости. Лечение детей, страдающих ВУИ, должно быть комплексным, дифференцированным и проводиться с использованием методов как специфической, так и неспецифической терапии.

Вывод. Представленная статья позволит врачам профильных специальностей систематизировать для себя такие понятия, как внутриутробное инфицирование и внутриутробная инфекция, ориентироваться на особенности патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций, что позволит снизить заболеваемость, смертность в структуре инфекций, специфических для раннего неонатального периода, а также рост инвалидизации среди детей раннего возраста по причине данной патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ведение больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями. Клинические рекомендации, разработанные Экспертным советом Российского общества дерматовенерологов и косметологов. – Москва: Изд. дом Деловой Экспресс, 2013.

2. Инфекции, передаваемые половым путем. Руководство для дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, урологов, инфекционистов, педиатров, семейных врачей и руководителей здравоохранения. – Москва: Институт Здоровья Семьи, 2009. – 166 с.

3. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. 3-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 880 с.

4. Лабораторная диагностика инфекционных болезней. Справочник / под ред. акад. РАМН, д.м.н., проф. В.И. Покровского; д.б.н., проф. М.Г. Твороговой; к.м.н. Г.А. Шипулина. – Москва: Изд-во «БИНОМ», 2013.

5. Покровский В.И. Лабораторная диагностика инфекционных болезней. Справочник / под ред. акад. РАМН, д.м.н., проф. В.И. Покровского; д.б.н., проф. М.Г. Твороговой; к.м.н. Г.А. Шипулина. – Москва: Изд-во «БИНОМ», 2013.

6. Чураков А.А. Хронический простатит, ассоциированный с трихомониазом и хламидиозом: оптимизация обследования и лечения больных и их половых партнеров: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Саратов, 2007. – 50 с.

7. Lanjouw E., Ossewaarde J. M., Stary A. et al. 2010 European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections // Int J STD AIDS. 2010; 21

8. Workowski K.A., Berman S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010 // MMWR Recomm Rep. 2010; 59 (RR-12): 1–10.