

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА І ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:
на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ ЗА
ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство і гінекологія
Тема:	Внутрішньоутробне інфікування плода і септична інфекція (код курсу 11.1)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

I. Мета заняття

Серед причин перинатальних втрат провідне місце займає внутрішньоутробне інфікування плода і, як наслідок, патологія плода та новонародженого.

Частота ранньої неонатальної захворюваності та смертності варіює від 5,3 до 27,4%, а мертвонародженість сягає 16,8%. Уроджена інфекційна патологія в 36-39% випадків - причина перинатальної смертності. Частота внутрішньоутробного інфікування становить близько 10% усіх вагітностей. Клінічно виражені форми внутрішньоутробної інфекцій - 0,5-1% (у разі своєчасних пологів) та 3,5-16% (у разі передчасних пологів).

Своєчасна діагностика, профілактика й лікування дають змогу значно знизити частоту перинатальних втрат, покращити результати перебігу вагітності та зберегти здоров'я жінок і новонароджених.

II. Об'єм повторної інформації

1. Фізіологія кровообігу.
2. Особливості васкуляризації вагітної матки.
3. Основні шляхи інфікування плода.
4. Стан біоценозу піхви при фізіологічній вагітності.
5. Вплив вагітності та мікробний пейзаж пологових шляхів.
6. Механізм розвитку пологової діяльності під впливом патогенної мікрофлори пологових шляхів.
7. Зміни в різних органах та системах плода внаслідок його інфікування

III. Об'єм нової інформації

1. Фактори ризику ВУІ.
2. Класифікація перинатальних інфекцій.
3. Патогенез впливу ПІ на плід.
4. Клінічні прояви перинатальних інфекцій.
5. Стандартні методи обстеження вагітних з високим інфекційним ризиком.
6. Специфічні методи обстеження вагітних з високим інфекційним ризиком.
7. Показання і терміни обстеження вагітних групи ризику ВУІ.
8. Тактика ведення вагітності при різних формах ПІ.
9. Лікування ВУІ.
10. Наслідки перинатального інфікування.
11. Методи профілактики ВУІ.

IV. План проведення заняття

№ п/п	ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ	Тривалість, хвилин
1.	Вступне слово викладача про мету заняття.	5
2.	Усне опитування курсантів згідно теми по учбовим питанням.	45
3.	Опанування практичних навичок.	90
4.	Розв'язування ситуаційних задач.	20
5.	Оцінка знань і навичок інтернів по темі заняття.	15
6.	Підсумок заняття.	5

V. Умови для проведення заняття

1. Учбова кімната.
2. Відділення патології вагітних.
3. Жіноча консультація.
4. Відділення сумісного перебування породіль і новонароджених.

Методичні і ілюстративні матеріали

1. Методична розробка до практичного заняття.
2. Наказ МОЗ України від 31.12.2004 №676 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги»
3. Добірка ситуаційних задач.
4. Історії пологів та історії розвитку новонароджених.

VI. Перелік практичних навичок курсантів та ступінь опанування ними

№ п/п	Назва практичних навичок	Ступінь засвоєння		
		ознай	опан.	овол.
1.	Оцінювати фактори ризику ВУІ.		+	
2.	Діагностувати клінічні прояви перинатальних інфекцій.		+	
3.	Призначати обстеження при підозрі на перинатальні інфекції		+	
4.	Оцінювати результати клініко-лабораторних досліджень у разі ПІ		+	
5.	Планувати тактику ведення вагітності у разі ПІ.		+	
6.	Призначати лікування у разі інфекційної патології (виписати рецепти)		+	

VII. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ ОПАНУВАННЯ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ

Перевірка базових знань за темою (опитування, тестовий контроль).

Самоконтроль лікаря-курсанта.

Вирішення ситуаційних задач.

Комп'ютерний контроль.

Питання

1. Яке визначення понять «перинатальні інфекції» (ПІ), «внутрішньоутробне інфікування», «внутрішньоутробна інфекція» (ВУІ)?
2. Які фактори ризику ВУІ?
3. Яка класифікація перинатальних інфекцій?
4. Який патогенез впливу ПІ на плід?
5. Які клінічні прояви перинатальних інфекцій?
6. Які стандартні методи обстеження вагітних з високим інфекційним ризиком?
7. Які специфічні методи обстеження вагітних з високим інфекційним ризиком?
8. Які показання і терміни обстеження вагітних групи ризику ВУІ?
9. Яка тактика ведення вагітності при різних формах ПІ?
10. Який обсяг лікувальних заходів при ВУІ?
11. Які наслідки перинатального інфікування?
12. Які методи профілактики ВУІ?
13. Чому виникають токсико-септичні захворювання новонароджених?
14. Назвіть найчастіші інфекційні захворювання новонароджених.
15. Яка клініка та лікування піодермії?
16. Що таке омфаліт та як він лікується?
17. Клініка та лікування кон'юнктивітів та дакриоциститів.
18. Клініка, діагностика та лікування пухирчатки новонароджених.
19. У чому особливості перебігу та лікування флегмони у новонароджених?
20. Клініка, діагностика та лікування остеомієліту.
21. Особливості перебігу сепсису новонароджених.
22. Основні принципи лікування сепсису новонароджених.

Завдання для самостійної роботи по темі заняття

1. Оцінювати фактори ризику ВУІ.
2. Діагностувати клінічні прояви перинатальних інфекцій.
3. Призначати обстеження при підозрі на перинатальні інфекції.
4. Оцінювати результати клініко-лабораторних досліджень у разі ПІ.
5. Планувати тактику ведення вагітності у разі ПІ.
6. Призначати лікування у разі інфекційної патології (виписати рецепти).

Тестові завдання

1. Вагітна 22 років в терміні 34 тижні. На протязі вагітності 4 рази (в 10, 18, 26, 30 тижнів) діагностований кандидозний вагініт. Отримувала місцеве лікування. На час огляду патології з боку вагітної і плода не виявлено.

Який ризик для плода і новонародженого несе кандидоз у вагітної?

- A. Аномалії розвитку плода.
- B. Кон'юнктивіт новонародженого
- C. Інфікування сечових шляхів плода
- P. Інфекція для плода безпечна*

2. Вагітна 22 років в терміні 15 тижнів. При обстеженні в жіночій консультації виявлені антитіла типу ІдМ до цитомегаловірусу у високому титрі. Антитіла типу ІдС відсутні.

Яка оцінка результату

- A. Рання фаза гострої інфекції*
- B. Загострення хронічної інфекції
- C. Стан імунітету після контакту із збудником
- P. Немає інфекції

Ситуаційні задачі :

1. У жіночу консультацію звернулася вагітна жінка з метою постановки на диспансерний облік. Встановлено, що ця вагітна належить до групи високого інфекційного ризику.

Перерахуйте клініко-лабораторні обстеження, які має застосувати лікар.

Призначаються стандартні, специфічні (бактеріологічні, вірусологічні, цитологічні, молекулярно-біологічні), у разі необхідності - додаткові (біопсія хоріону тощо)

2. До жіночої консультації звернулася пацієнтка С., 28 років, із скаргами на виділення із статевих шляхів неприємного запаху, світло-жовтого кольору, затримку місячних. Із анамнезу - статеве життя регулярне із 16 років, вагітності не запобігала. У зв'язку з відсутністю вагітностей пройшла обстеження. Виявлено хламідії в культурі клітин і методом ПЦР. Під час звернення встановлено термін вагітності 6-7 тижнів.

Яка тактика лікаря? Який вплив інфекції на плід?

Скринінг не проводять. Лікування після 14 тижнів вагітності макролідами. Ризик для плода - гіпотрофія, для новонародженого - кон'юнктивіт, пневмонія.

VIII. Методичні матеріали до практичного заняття

Серед причин перинатальних втрат провідне місце займає внутрішньоутробне інфікування плода і, як наслідок, патологія плода та новонародженого.

Частота ранньої неонатальної захворюваності та смертності варіює від 5,3 до 27,4%, а мертвонародженість сягає 16,8%. Уроджена інфекційна патологія в 36-39% випадків - причина перинатальної смертності. Частота внутрішньоутробного інфікування становить близько 10% усіх вагітностей. Клінічно виражені форми внутрішньоутробної інфекції - 0,5-1% (у разі своєчасних пологів) та 3,5-16% (у разі передчасних пологів).

Своєчасна діагностика, профілактика й лікування дають змогу значно знизити частоту перинатальних втрат, покращити результати перебігу вагітності та зберегти здоров'я жінок і новонароджених.

Перинатальні інфекції - це захворювання плода або новонародженого які виникають внаслідок гематогеної (трансплацентарної), амніальної, висхідної або низхідної інфекції, яка відбулася у пізньому фетальному періоді (після 22-ого тижня гестації) з клінічними проявами захворювання протягом раннього неонатального періоду.

Окремо слід зазначити, що в разі ВІЛ-позитивного статусу матері існує ризик передачі ВІЛ через грудне молоко в разі грудного вигодування.

Терміни **“внутрішньоутробне інфікування”** і **“внутрішньоутробна інфекція”** не є синонімами.

Внутрішньоутробне інфікування відображає факт інвазії мікроорганізму в організм плода, що не завжди призводить до розвитку патологічних змін. Внутрішньоутробне інфікування відбувається значно частіше, ніж розвиваються клінічні прояви хвороби і тому цей термін **не повинен використовуватися як діагноз.**

Внутрішньоутробна інфекція – це захворювання плода, що виникло внаслідок гематогенної (трансплацентарної) переважно вірусної або тохо- інфекції з ураженням плода або клінічними проявами інфекції після народження дитини.

Ураження плода відбувається, переважно, протягом раннього фетального періоду (9-22-й тиждень гестації) з формуванням вроджених аномалій розвитку або специфічного симптомокомплексу (ЗВУР, гідроцефалія, кальцифікати мозку, гепатоспленомегалія, важка жовтяниця).

Можливі несприятливі наслідки перинатальних інфекцій під час вагітності:

- затримка внутрішньоутробного розвитку плода;
- передчасні пологи;
- вроджені вади розвитку;
- перинатальні втрати;
- гострі інфекції у новонародженого;
- персистуючі інфекції у новонародженого;
- безсимптомні інфекції з пізніми клінічними проявами;
- інвалідність з дитинства.

Перинатальні інфекції бувають:

1.Залежно від шляху інфікування:

- трансплацентарні;
- висхідні;
- контактні;
- інфекції, що передаються через молоко матері;
- інфекції, що передаються через продукти крові;
- госпітальні інфекції.

2. Залежно від збудника:

- бактеріальні;
- вірусні;
- спірохетозні;
 - протозойні;
- змішані.

До гнійно-запальних внутрішньоутробних інфекцій відносять захворювання, що виявляються **у перші три доби життя (С).**

Клінічні прояви та тяжкість перинатальних інфекцій залежать від:

- виду збудника, його вірулентності, специфічності дії, масивності обсіменіння, а також від того, чи є інфекція первинною або хронічною;
- імунного гомеостазу організму жінки;
- стадії інфекційного процесу у вагітної;

- терміну вагітності в якому відбулося інфікування (табл.1);
- шляху проникнення збудника в організм вагітної.

Таблиця 1

Клінічні прояви внутрішньоутробних та перинатальних інфекцій

Період гестації	Можливі наслідки інфекції
Передімплантаційний (перші 6 днів після запліднення)	Загибель зиготи
Ембріо- та плацентогенез (з 7-го дня до 8-го тижня)	Загибель ембріону, вади розвитку, формування плацентарної дисфункції
Ранній фетальний (з 9-го до 22-го тижня)	Порушення функцій різних органів та систем
Пізній фетальний (після 22 тижнів)	Розвиток фетопатій або специфічного інфекційного процесу

Ураження плода певними збудниками перинатальних інфекцій спричиняє розвиток схожого симптомокомплексу, який раніше позначався аббревіатурою **TORCH**, складений з перших букв назв найбільш частих внутрішньоутробних інфекцій:

- **T** (*Toxoplasmosis* – токсоплазмоз);
- **O** (*Other diseases* - інші - сифіліс, ВІЛ, вітряна віспа, а також інфекції, спричинені ентеровірусами та парвовірусом В19);
- **R** (*Rubella* - краснуха);
- **C** (*Cytomegalovirus* –цитомегалія);
- **H** (*Herpes simplex virus* – герпес).

Загальні ознаки перинатальних інфекцій:

- малосимптомна клінічна картина у матері;
- симптомокомплекс у плода:
 - затримка росту плода;
 - жовтяниця;
 - гепатоспленомегалія;
 - екзантеми;
 - ураження ЦНС і органів кровообігу;
 - персистуючий перебіг хвороби у новонародженого;
 - схильність до генералізації;
- вроджені вади розвитку.

II.Методи діагностики інфекції під час вагітності

1. Дослідження вмісту цервікального каналу, піхви, уретри:
 - бактеріоскопічне;
 - бактеріологічне (якісне і кількісне);
 - вірусологічне.
2. Дослідження крові на наявність специфічних антитіл - серологічні дослідження.

Інтерпретація результатів серологічних досліджень (табл.2):

1. наявність у крові специфічних IgM-антитіл при відсутності IgG-антитіл свідчить про ранню гостру фазу захворювання.
2. наявність специфічних антитіл обох класів свідчить про гостру інфекцію в більш пізній фазі, або про реактивацію латентної інфекції.

При визначенні IgM, IgG - антитіл під час вагітності часто з різних причин спостерігаються хибнопозитивні реакції. Тому в таких випадках лише динаміка та авідність титрів IgG-антитіл у сироватці крові, узятих з інтервалом 10-14 днів (парні сироватки), з наростанням титрів у 4 і більш разів, буде підтверджувати наявність інфекції.

В таких випадках рішення залежить від виду збудника, терміну вагітності та інших обставин, які характеризують ситуацію;

3. наявність у вагітної лише IgG-антитіл говорить про стан імунітету;

4. відсутність антитіл обох класів свідчить про те, що інфекції в минулому не було, а є потенціальна можливість первинного інфікування під час вагітності та виникнення внутрішньоутробної інфекції плода. Таким вагітним показані повторні серологічні обстеження з метою раннього виявлення первинної інфекції, особливо загрозової для плода.

Таблиця 2

Оцінка результатів серологічних досліджень з TORCH – агентами

IgM	IgG	Інтерпретація результатів
+	-	Рання фаза гострої інфекції
+	+	Гостра інфекція або загострення хронічної
-	+	Стан імунітету після перенесеної інфекції
-	-	Група ризику (загроза виникнення гострої первинної інфекції): - серонегативний період гострої інфекції - відсутність інфекції в минулому

3. Дослідження сечі:

- бактеріологічне (якісне і кількісне);
- вірусологічне;
- мікроскопічне;
- біохімічне (визначення нітритів).

Дослідження сечі має на меті виявлення безсимптомної бактеріурії або підтвердження діагнозу маніфестних форм інфекції сечових шляхів (уретрит, цистит, пієлонефрит).

Безсимптомна бактеріурія - наявність в 1 мл середньої порції сечі мікроб-них збудників у кількості $\geq 10^5$ (100 000) колоній утворюючих одиниць (КУО) за відсутності будь-яких клінічних проявів. Можлива також лейкоцитурія (не обов'язково).

4. Молекулярно-біологічні методи:

- лігазна ланцюгова реакція;
- полімеразна ланцюгова реакція.

III. Методи діагностики інфекції у плода

1. Ультрасонографія – дозволяє виявити синдром затримки росту плода, аномальну кількість навколоплодових вод, зміни структури плаценти, водянку плода, гідроцефалію, церебральні кальцифікати, розширення чашково-мискової системи нирок, гепатомегалію, гіперехогенність кишечника.

2. Трансабдомінальний амніоцентез (за показаннями) з наступною ідентифікацією збудника в навколоплодових водах.

3. Кордоцентез (за показаннями) – визначення збудника та/або рівня специфічних антитіл у пуповинній крові.

IV. Медична допомога

Комплексне обстеження жінок з метою виявлення інфікованості збудниками пренатальних інфекцій, особливо групи TORCH, слід проводити до вагітності.

Лікування цих інфекцій є однією з основних задач прегравідарної підготовки. Однак більша частина цих інфекцій ефективно або взагалі не лікується!

Усі жінки репродуктивного віку, які планують вагітність, повинні бути тестовані на наявність антитіл до вірусу краснухи (А). Серонегативним жінкам рекомендують вакцинацію

з наступною контрацепцією упродовж трьох місяців. Доцільно також до настання вагітності проводити щеплення проти гепатиту В.

Рекомендації щодо обстеження вагітних, лікування та профілактики наслідків окремих перинатальних інфекцій наведено у таблиці 3.

Таблиця 3. Клінічне значення наявності інфекції у вагітної та можливість попередження/лікування її наслідків

Інфекція	Клінічні прояви у вагітної	Клінічна значущість для плода/новонародженого	Тактика лікаря при веденні вагітної
1.Безсимптомна бактеріурія	Проявів немає. Можливий перехід в маніфестну інфекцію сечових шляхів – гострий цистит, гострий пієлонефрит. Високий ризик передчасних пологів.	Затримка росту плода Недоношеність Мала маса новонародженого	Скринінг усіх вагітних при взятті на облік – бактеріологічне або двократне мікроскопічне дослідження сечі або визначення нітритів в сечі (А). Антибіотикотерапія пероральною однократною дозою (фосфоміцину трометамол) або упродовж трьох днів (напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорини, нітрофураетолін). Контроль бактеріурії – через 1 місяць.
2.Стрептокок групи В	Безсимптомне носійство Інфекції сечових шляхів Хоріоамніоніт Післяпологові гнійно-запальні захворювання.	РДС Сепсис Менінгіт Енцефаліт	Скринінг не проводять (А). За наявності факторів ризику (безводний період при доношеній вагітності >18год., лихоманка під час пологів >38 ⁰ , інфікування стрептококами групи В попередньої дитини, але не позитивні результати бактеріологічного дослідження під час попередньої вагітності, бактеріурія стрептококом групи В) - на початку пологів проводять внутрішньовенне введення 5 млн. пеніциліну потім по 2,5 млн. в/в кожні 4 години до народження дитини або напівсинтетичного антибіотика пеніцилінового ряду 2,0 потім 1,0 кожні 6 годин впродовж пологів (А). Грудне вигодування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
3.Хламідіоз	Безсимптомний перебіг(часто) Дизурія Збільшення виділень з піхви Передчасні пологи.	Мала маса новонародженого Кон'юнктивіт Пневмонія в перший місяць життя	Скринінг не проводять. Обстеження за показаннями (наявність клінічних ознак хламідіозу, ПСШ) Лікування після 14 тиж. вагітності антибіотиком - макролідом. Грудне вигодування не протипоказане.

			Ізоляція породіллі не потрібна.
4. Гонорея	Рясні виділення з піхви Дизурія Передчасне вилиття навколоплодових вод Передчасні пологи	Загибель плода в різні терміни вагітності Гонобленорея Сепсис	Скринінг не проводять Обстеження за показаннями (наявність клінічних ознак гонореї, ППСШ). Лікування вагітної антибіотиками спільно з дерматовенерологом. Грудне вигодування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
5. Сифіліс	Твердий шанкр, регіонарний склераденіт, плямисто-папульозна висипка на тулубі, кінцівках, слизових оболонках, геніталіях, лімфаденопатія	Мертвонародження Ранній вроджений Сифіліс Пізній вроджений сифіліс	Скринінг усіх вагітних (А) - при взятті на облік та в 28-30 тиж. вагітності. Лікування проводять спільно з дерматовенерологом. Грудне вигодування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна
6. ВІЛ-інфекція	Різноманітні клінічні прояви – від безсимптомного перебігу до розгорнутої клінічної картини СНІДу	Затримка росту плода Вроджені аномалії розвитку У 20-40% випадків плод/новонароджений інфікується (у разі відсутності профілактики)	Скринінг усіх вагітних за їх добровільною згодою при взятті на облік та в 27-28 тижнів вагітності (А). Ведення вагітності згідно клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України №582.. Грудне вигодування не рекомендується. Ізоляція породіллі не потрібна
7. Токсо-плазмоз	Безсимптомний перебіг Лімфаденопатія Міалгія. Самовільні викидні (при первинному інфікуванні)	Затримка росту плода Гепатоспленомегалія. Розсіяні внутрішньомозкові кальцинати. Хоріоретиніт Судоми.	Скринінг не проводять(А). Обстеження за наявністю клінічних ознак. Лікування не проводять. Профілактика: -не вживати в їжу м'яса без термічної обробки; -виключити контакт з котами; -при роботі з ґрунтом використовувати рукавички. Грудне вигодування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна
8. Краснуха	Захворювання зазвичай легкого перебігу (висип, артралгії, лімфаденопатія)	Вроджені вади розвитку (у разі інфікування вагітної у перші 16 тижнів) Мала маса при народженні Гепатоспленомегалія Менінгоенцефаліт	Скринінг не проводять. Обстеження за показаннями (наявність захворювання, що супроводжується висипкою, або контакт вагітної, яка не має імунітету до краснухи з хворим на краснуху). Діагностика на підставі серологічних тестів. Якщо інфекція виявляється в перші 16 тижнів вагітності, рекомендується переривання вагітності. Лікування симптоматичне.

			Необхідна ізоляція. Грудне вигодування не протипоказане.
9.Гені-тальний герпес:	У 60% безсимптомний перебіг, у 20%- атиповий перебіг, у 20%- типові клінічні ознаки захворювання		Скринінг не проводять(А). Обстеження за показаннями (типовий висип на зовнішніх статевих органах)
- первина інфекція	Висока вірусемія, лихоманка, нездужання, м'язові, головні, суглобові болі. Локальна симптоматика-болючі пухирцеві елементи на вульві, у пахових складках, на шкірі промежини, слизовій оболонці піхви, уретри, шийки матки, місцева аденопатія. На перебіг вагітності не впливає.	Внутрішньоутроб не інфікування буває рідко. Ризик інтранатального інфікування – 50%. Третина інфікованих дітей помирає. У більшості тих, які вижили, спостерігаються неврологічні розлади, глухота, герпетичне ураження шкіри, вірусний сепсис, енцефаліт	Лікування противірусними препаратами не проводять (за виключенням випадків нагальних показань з боку матері). Якщо інфікування відбулося впродовж 1 місяця перед пологами - розродження шляхом операції кесарів ростин, якщо більше 1 місяця – пологи через природні пологові шляхи. Грудне вигодування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
- рецидив	Вірусне навантаження менше ніж при первинній інфекції, триває 7 днів.	Загальний ризик інфікування новонародженого 1-3%	Лікування противірусними препаратами не проводять (за виключенням випадків нагальних показань з боку матері).. При виникненні рецидиву за тиждень до пологів - кесарів ростин, якщо більше 7 днів - пологи через природні пологові шляхи.
10.Питоме-галовірусна (ЦМВ) інфекція	Гостра інфекція найчастіше перебігає субклінічно і проявляється катаральним синдромом. Хронічна інфекція клінічних проявів не має	Затримка росту плода Вроджені аномалії розвитку При первинній інфекції у матері плід інфікується у 30-50% випадків. Клінічні симптоми (жовтяниця, пневмонія, гепатосплено-мегалія) є у 5-10% інфікованих новонароджених, з них 11-20% помирає, 10% мають пізні прояви	Скринінг та лікування вагітних не проводять(А). Грудне вигодування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна

		захворювання - сліпота, глухота, енцефалопатія; 5% - порушення розумового та фізичного розвитку.	
11. Вітряна віспа	Часто тяжкий перебіг захворювання. Лихоманка, везикульозний висип, головний біль, пневмонія (20%), енцефаліт (рідко).	Частота трансмісії - до 1%. Вроджена вітряна віспа виникає при інфікуванні до 20 тижнів та проявляється: малою масою, рубцями на шкірі, порушеннями скелету, неврологічними розладами (розумова відсталість, глухота, параліч та атрофія кінцівок), аномалії очей. У новонароджених клінічні прояви спостерігаються, якщо мати інфікується перед пологами	Скринінгу не існує. Вагітна з тяжкою інфекцією потребує лікарняного догляду та лікування. Лікування проводять ацикловіром по 200 мг 5 разів у день усередину 7-10 діб (у разі вкрай тяжкого перебігу інфекції – ацикловір внутрішньовенно). Жінка впродовж 5 діб після останнього висипу є контагіозною і потребує ізоляції. Грудне вигодовування не протипоказане за виключенням гострого періоду (С).
12. Гепатит В	Тошнота, блювання, гепатоспленомегалія, жовтяниця, біль у правому підребер'ї. Головною загрозою для життя вагітних є маткова кровотеча.	Реальна загроза розвитку гострого внутрішньоутробного гепатиту В, хронічного ураження печінки..	Скринінг проводять при взятті на облік (А). Ведення вагітності згідно клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України № 676. Розродження через природні пологові шляхи. Грудне годування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна
13. Гепатит С	Тошнота, блювання, гепатоспленомегалія, жовтяниця, біль у правому підребер'ї. Часто перебігає безсимптомно, прогресує повільно і закінчується цирозом печінки або гепатоцелюлярною карциномою	Носійство вірусу гепатиту С.	Скринінг не проводять. Ведення вагітності згідно клінічного протоколу, затвердженого наказом МОЗ України № 676. Розродження через природні пологові шляхи. Грудне вигодовування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
14. Лістеріоз	Безсимптомний перебіг, катаральні симптоми, менінгіт(Ранній прояв інфекції у новонародженого	Скринінг не проводять. Лікування антибіотиками пеніцилінового ряду.

	рідко). Самовільні викидні. Передчасні пологи.	– сепсис (в перші 3 доби), пізній – менінгіт.	Грудне вигодування не протипоказане. Ізоляція породіллі не потрібна.
15. Кандидоз	Свербіж, печіння вульви, густі білі, сироподібні або рідкі виділення з піхви	Для плода і новонародженого інфекція безпечна	Скринінг не проводять. Обстеження за показаннями (клінічні прояви вагітні). Лікування проводять протигрибковими препаратами місцевого застосування лише за наявності скарг у вагітної.
16.Тріхомо-ніаз	Перебігає у формі гострого, під гострого і хронічного запального процесу зовнішніх статевих органів	Для плода і новонародженого інфекція безпечна	Скринінг не проводять. Обстеження за показаннями (клінічні прояви вагітні) Лікування проводять препаратами групи імідазолу: у першому триместрі – місцево, пізніше - перорально
17.Бактеріальний вагіноз	Виділення з піхви, часто зі специфічним риб'ячим запахом. Передчасні пологи.	Мала маса новонародженого	Скринінг не проводять. Обстеження за показаннями (наявність скарг). Лікування проводять кліндамицином або препаратами групи імідазолу: у першому триместрі – місцево, пізніше - перорально.

Токсико-септичні захворювання новонароджених

Анатомо-фізіологічні особливості новонароджених дітей, незрілість бар'єрних функцій шкіри, слизових оболонок, знижена імунологічна реактивність обумовлюють високе сприйняття їх до гнійно-септичної інфекції.

Інфікування може відбутися внутрішньоутробно від хворої матері (ревматизм, пієлонефрит), інтранатально (ендометрит, передчасне вилиття навколоплідних вод, кольпіт) та постнатально при недотриманні правил асептики та антисептики (пелюшки, інструменти, інтубаційні трубки та ін., а також від бацілоносіїв).

Етіологічним фактором більшості захворювань є грампозитивні мікроорганізми (стафіло- і стрептококи), хоча останнім часом частіше збудником захворювань стають грамнегативні мікроби (клебсієла, кишкова паличка, синьо-гнійна паличка, псевдомонас).

Піодермія

Гнійничкові захворювання шкіри з'являються звичайно на 5-6 день життя, але можуть бути і вродженими. Частіше на потилиці, шиї, спині, сідницях з'являються пухирці з серозним ексудатом і швидко створюється гнійна пустула. Через 2-3 дні вона розкривається, що сприяє появі нових елементів. Лікування місцево-туалет шкіри, ванночки з 0,005% розчином перманганату калія, обробка уражених ділянок розчином діамантового зеленого.

Омфоліт

Омфоліт (omphalitis) – це запалення пупкової ранки, яке супроводжується серозними чи гнійними виділеннями, інфільтрацією і гіперемією пупкового кільця, сповільненою епітелізацією ранки.

Запалення пупкової ранки.

Омфоліт може бути катаральним і гнійним. При катаральному з ранки виділяється серозний або серозно-кров'яний ексудат. У цьому випадку достатньо буває припікання розчином нітрату срібла, 70% розчином спирту, 5% розчином перманганату калію, 1% розчином піоктоніну або метиленового синього.

У разі гнійного омфаліту з'являється почервоніння, інфільтрація пупкової ранки. Захворювання може ускладнитись сепсисом, тому потребує поряд з місцевим лікуванням

проведення активної загальної терапії з включенням антибіотиків, введенням плазми, кровозамінників, гама-глобуліну.

Кон'юнктивіт

Кон'юнктивіт новонароджених – досить розповсюджене захворювання, яке характеризується наявністю гнійного виділення з очей, набряком і гіперемією повік, кон'юнктиви, ін'єкцією судин склер.

Лікування проводиться при легкій формі місцево-промивання очей розчинами фурациліну 1:5000, закапування 20% розчином альбуциду або 0,25% розчином левомецитину.

Дакріоцистит

Дакріоцистит новонароджених – це запалення слізного міхура. Причина цього захворювання неповне розкриття носослізної протоки до моменту народження. Клінічно проявляється сльозостоянням, слизовогнійними виділеннями у внутрішнього кута ока. При надавлюванні на ділянку слізного міхура із слізних точок виділяється гнійний вміст.

Лікування: масаж ділянки слізного міхура в направленні зверху вниз для розриву плівки і відновлення прохідності носослізної протоки. Якщо прохідність не відновлюється на протязі одного тижня необхідно провести зондування і промивання слізних шляхів.

Пухирчатка

Особливою формою гнійного враження шкіри новонароджених є пухирчатка (pemphigus neonatorum). Вона виникає на 3-8 дні життя у слабких дітей: на незмінній шкірі або на фоні еритематозної плями з'являються пухирі різної величини, які локалізуються на всіх ділянках тіла крім долоней та підшов. Це має значення при диференційній діагностиці із сифілітичною пухирчаткою, при якій уражається шкіра на підшвах та долонях. Серозний ексудат швидко змінюється на гнійний, деякі пухирці підсихають, деякі-лопаються. Епітелізація ерозивної поверхні іде достатньо швидко. Загальний стан дитини при легкій формі не порушується. При значних висипах можливе погіршення загального стану: неспокійність, в'ялість смоктання, підвищення температури тіла. Захворювання може прийняти септичний перебіг. Пухирчатка-висококонтagioзне захворювання і представляє велику загрозу для пологових закладів. Тому при його виявленні проводять протиепідемічні заходи.

Зовнішнє лікування і догляд за дітьми мають особливе значення в зв'язку з контагіозністю процесу. Рекомендуються щоденні ванни з розчином калія перманганату (1:10000). Пухирці розрізняють або відсмоктують їх вміст шприцом. Шкіру навколо пухирців оброблюють аніліновим красителем, 0,1-0,2% спиртовим розчином сангвіритрину, 1-2% саліциловим спиртом. Ерозії, що утворилися, піддають УФ-опроміненню з наступною обробкою мазями і пастами до складу яких входять антибіотики: «Діоксиколь», «Діоксифен», «Левосин», геліоміцинова, еритроміцинова, лінкоміцинова.

Обов'язково призначають парентеральне введення напівсинтетичних пеніцилінів, які мають властивість інгібувати вироблення епідермолітичного токсину і стійкої до пеніцилінази, мікробної флори, сульфаніламідні препарати призначають рідко, в зв'язку з їх недостатньою ефективністю і можливістю токсико-алергічних ускладнень. Одночасно з антибіотиками застосовують γ -глобулін, антистафілококову плазму. При дисбактеріозі кишечника призначають еубіотики (біфідумбактерін, бактисубтил, лактобактерин). Показана вітамінотерапія, особливо аскорбінова кислота, вітаміни А і Е.

Профілактика, заключається в дотриманні гігієнічного режиму. Обов'язкове кварцування палат. Годування зберігається.

Флегмона

До тяжких гнійно-запальних захворювань шкіри та підшкірної клітковини відносять флегмону новонароджених. Вхідними воротами є шкіра і пупкова ранка. Характерне швидке прогресування процесу, при якому некроз превалює над запаленням. Починається на 2-3 тижні життя гостро з порушення сну, відмовлення від груді, збудження, підвищення температури тіла. Через декілька годин з'являється почервоніння шкіри, набряк, болочість. Потім шкіра відшаровується, стає ціанотичною.

Лікування хірургічне-розтин і дронування. Обов'язкове загальне лікування антибіотиками та проведення дезінтоксикаційної терапії.

Остеомієліт

Гострий остіомієліт – це гнійне запалення елементів кістки. Збудником хвороби може бути будь-який гноєрідний мікроорганізм.

Захворювання розпочинається гостро. Першим симптомом є різкий біль в кінцівці, від якого дитина кричить і ухиляється від будь-яких рухів. Температура тіла підіймається до 39-40⁰С, спостерігаються блювота, проноси. Зовнішні ознаки остіомієліту спочатку можуть бути відсутні, потім з'являється припухлість, змінюється конфігурація кінцівки. Шкіра стає набряклою і гіперемованою, сусідній суглоб може деформуватися.

Клінічний перебіг гострого остіомієліту залежить від ряду причин: вірулентності мікроорганізму і реактивності макроорганізму, віку дитини та ін.

Виділяють три форми захворювання: токсичну, септико-піємічну, місцеву. Перша характеризується швидким початком, переважають явища сепсису і дитина нерідко гине. Друга форма спостерігається найчастіше: чітко виражені місцеві прояви, які поєднуються з септичною реакцією, інколи уражаються відразу кілька кісток, спостерігаються гнійні метастази. Третя форма відрізняється легким перебігом з переважним вираженням місцевих проявів.

Діагноз виставляється при детальному дослідженні кінців??? довгих трубчастих кісток і суглобів та рентгенологічному дослідженні. Рентгенологічні ознаки з'являються на 7-10 добу хвороби. Лікування переважно хірургічне.

Сепсис

Найважче інфекційно-запальне захворювання періоду новонародженості. Частий розвиток сепсису у новонароджених пов'язаний з анатомо-фізіологічними особливостями організму, незрілістю ряду органів і систем, особливостями гуморального і клітинного імунітету і ферментативних реакцій. Вхідними воротами для інфекції найчастіше є пупкова ранка. Крім цього, кожне вогнище інфекції на шкірі, у легенях, тощо, може стати джерелом септичного процесу.

Клініка даного захворювання, особливо на його початку має велику різноманітність- пізня епітелізація пупкової ранки, геморагічна шкірочка у середині пупка, кволість і блідість дитини, відмова від груді, відсутність приросту ваги тіла. Слідом за цим іде погіршення загального стану дитини, падіння маси тіла, підвищення температури тіла до високих цифр. Шкіра бліда, з сіруватим відтінком, збільшення печінки і селезінки, жовтушність шкіри та склер. В залежності від наявності гнійних вогнищ розрізняють септицемію та септикопіємію. При септикопіємічній формі з'являються метастатичні вогнища-абсцеси, флегмони, пневмонії, менінгіт та ін.

У крові новонароджених спостерігається лейкоцитоз, нейтрофілоз із зрушенням вліво; у деяких хворих-лейкопенія, анемія, прискорення ШОЕ. Рівень IgM у сироватці пуповинної крові понад 0,2г/л свідчить про внутрішньоутробне інфікування. Для діагностики сепсису мають значення НСТ-тест, який відбиває функціональну активність фагоцитуючих клітин, а також визначення змісту С-реактивного протеїну.

Перед початком лікування у дитини необхідно взяти для бактеріологічного аналізу кров, сечу та гнійне виділення з ран.

Лікування носить комплексний характер:

1. Дія на збудника (мікроорганізми).
2. Дія на макроорганізм (підвищення захисних сил дитини, корекція обмінних зрушень, симптоматична терапія).
3. Санація первинного і метастатичного вогнищ.
4. Організація оптимальних умов середовища.

Для лікування використовують бактерицидні антибіотики: ампіцилін 200мг/кг, оксацилін 150мг/кг, цефалоспорини 80-100мг/кг, аміноглікозиди 0,4-0,8мг/кг, поліміксин В 100000 ОД/кг та беталактамний антибіотик тієнам по 50мг/кг маси тіла. За наявності синьогнійної інфекції призначають сизолицин 2-3мг/кг, при анаеробній інфекції-

метронідазол (трихопол) по 15мг/кг 3 рази за добу. Слід використовувати комбінації антибіотиків для скорішого досягнення клінічного ефекту.

Для лікування дисбактеріозу або його профілактики використовують ністатин або леворін по 100-125 тисяч ОД або лактобактерин, біолакт, біфідумбактерин, лінекс.

Велике значення надається імунотерапії – антистафілококкова плазма внутрішньовенно по 10мл/кг маси, антистафілококковий γ -глобулін 0,2мл/кг – тричі через 2-3 доби, лаферон 100000 ОД/кг за добу, гемотрансфузії.

З перших днів використовують вітамінотерапію. Крім цього проводиться корекція водно-солевого обміну, ліквідація гіповолемії, гіпопротеїнемії. При порушенні серцевої діяльності призначають строфантин – 0,1-0,2мл внутрішньовенно крапельно. При вираженій інтоксикації та при симптомах надниркової недостатності показана терапія преднізолоном 1мг/кг маси тіла на добу протягом 1-3 днів.

Дуже важлива санація гнійних вогнищ. Виходжування дітей із сепсисом потребує оптимальних умов, тому проводиться в інкубаторах (кювезах), де створюється тепловий комфорт та вологість.

Лікування гнійно-запальних захворювань у новонароджених продовжується до повного зникнення всіх симптомів інфекції, до нормалізації картини крові і стійкого приросту маси тіла.

Диспансерний нагляд за хворими, які перенесли сепсис, знаходяться під наглядом 12 місяців. У віці до одного року огляди проводяться щомісяця, дітям після першого року життя – щоквартально. При огляді звертають увагу на загальний стан, апетит, динаміку маси тіла, режим дня і годування. Аналіз крові беруть через один місяць після виписки, а потім один раз у три місяці. Вакцинація БЦЖ та інші щеплення проводяться суворо індивідуально.

Профілактика сепсису розпочинається до народження дитини. Вона включає широкий комплекс заходів по оздоровленню дівчаток-підлітків, вагітних жінок. Зберігає своє значення дотримує санітарно-гігієнічного режиму в пологовому будинку, правил обробки пуповини, раннього прикладання до грудей, сумісного перебування матері і дитини.

Перинатальні інфекції є на сьогодні однією з основних причин порушень перебігу вагітності і пологів, патології плода та новонародженого. Водночас у переважній більшості випадків лікування під час вагітності не існує або воно немає сенсу.

Слід пам'ятати, що наявність бактерій в організмі, антитіл до інфекційних агентів в крові вагітної не обов'язково означає наявність інфекційного процесу.

Госпіталізувати вагітну для лікування інфекції слід лише коли таке лікування неможливо проводити амбулаторно. В інших випадках перебування в стаціонарі може зашкодити матері і дитині.

Не ізолюйте вагітну від інших вагітних, породілля від її дитини, якщо такий контакт не зумовлює явної небезпеки.

Не відмінюйте грудне вигодовування через наявність у матері інфекції. Така відміна виправдана лише у випадку ВІЛ – інфекції та під час гострого періоду висококонтагіозних інфекційних захворювань, що передаються респіраторним шляхом (тимчасово).

Високий рівень розповсюдженості ПСШ обумовлює необхідність усім медичним працівникам завжди користуватися засобами індивідуального захисту при контакті з біологічними середовищами організму вагітної, роділлі, породіллі.

ІХ. Основна література для опрацювання

1. Инфекции в акушерстве и гинекологии // Под. ред. Чайки. - Донецк, 2006.
2. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей. - М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2010. -720 с.
3. Сидорова И.С. Методы исследования при беременности и в родах. - МЕДпресс-информ, 2005. - 128 с.
4. Абрамченко В.В. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии. Руководство. -СПб: Спец. Литература, 2005. - 459 с.

5. Наказ МОЗ України від 27.012.2006 №906 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Перинатальні інфекції».
6. Безношенко Г.Б., Долгих Т.И., Кривчин Г.В. Внутриутробные инфекции (вопросы диагностики, врачебной тактики). – М.: Медкнига; Н. Новгород: Издательство НГМА, 2006. – 88 с.
7. Марков И.С. Современная лабораторная диагностика TORCH-инфекций у женщин детородного возраста, беременных и детей. // Здоровье женщины. – 2001. – №3. – С. 86-94.
8. Сидорова И.С., Макаров И.О., Матвиенко Н.А., Внутриутробная инфекция. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 160 с.
9. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Тарановська О. О.

07.11.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____201__р.