

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Гайфуллина Диана Владиковна

ординатор кафедры дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, РФ, г. Уфа

Мустафина Гульгена Раисовна

научный руководитель, канд. мед. наук, доцент кафедры дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии ИДПО, Башкирский государственный медицинский университет, РФ, г. Уфа

Аннотация. Герпетическая инфекция (ГИ) представляет собой хроническое рецидивирующее заболевание, относящееся к группе TORCH-инфекций, которое вызывается вирусами простого герпеса (ВПГ) 1 или 2 типа. Заболевание проявляется в виде одиночных или сгруппированных везикул размером 1-4 мм на коже и/или слизистых оболочках на отечном и эритематозном фоне. Оно может протекать с поражением внутренних органов, проявляться разнообразными клиническими симптомами и иметь хроническое течение, с частыми рецидивами.

Одной из серьезных медико-социальных проблем современности являются герпес-вирусные инфекции (ГВИ), которые могут иметь затяжной и порой тяжелый характер, что негативно сказывается на качестве жизни и приводит к социальной дезадаптации. В последние десятилетия наблюдается рост числа случаев инфицирования вирусом простого герпеса (ВПГ) по всему миру, причём уровень заболеваемости продолжает опережать естественный прирост населения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), герпесвирусная инфекция занимает второе место среди вирусных заболеваний человека, уступая только гриппу.

ГВИ также занимают важное место среди причин мертворождаемости, преждевременных родов, младенческой смертности, заболеваний новорожденных и ранней инвалидизации.

Ключевые слова: герпетическая инфекция, беременность, вирус простого герпеса

Урогенитальная герпетическая инфекция может впервые проявиться в различных патологических состояниях, связанных с беременностью, плодом и новорожденным. К патологиям беременности относятся: многоводие, угроза прерывания или невынашивания. У плода могут возникнуть внутриутробные инфекции, как с летальным исходом, так и без него, спонтанные аборт и мертворождение. Новорожденные могут столкнуться с врожденным герпесом, недоношенностью и низким весом при рождении. В среднем, около 25-30% женщин репродуктивного возраста инфицированы ВПГ-2. Среди беременных, инфицированных ВПГ-2, случаи многоводия, невынашивания и угрозы прерывания беременности встречаются в 5-10 раз чаще, чем среди серонегативных женщин.

Высокий риск инфицирования плода во время родов существует, если ВПГ-2 присутствует в родовых путях матери. Это может произойти при первичной инфекции, первом эпизоде герпеса или рецидиве перед родами. Трансплацентарная передача вируса регистрируется

редко и обычно наблюдается только при первичной инфекции беременной. Герпетические инфекции входят в число наиболее распространенных заболеваний, способствующих внутриутробным инфекциям, эмбрио- и фетопатиям, а также акушерским заболеваниям.

У беременных герпетические инфекции могут проявляться как:

- патология беременности (привычное невынашивание, многоводие, угроза выкидыша, спонтанные аборты, неразвивающаяся беременность);
- осложнения родов (преждевременные роды, затяжные роды, длительный безводный период, слабость родовой деятельности, асфиксия плода);
- осложнения в послеродовом периоде (сепсис, мастит, эндометрит, субинволюция матки).

У новорожденных возможны врожденные инфекции с пороками развития или без них, которые могут включать синдромы ДЦП, ДВС, СВС, пневмонию, желтуху, ОРЗ, отставание в умственном развитии, нейросенсорные расстройства слуха и зрения, низкий вес при рождении и снижение иммунитета к инфекциям.

Различные формы герпесвирусных инфекций у беременных включают:

- острые инфекции, при которых вирус элиминируется;
- моноинфекции;
- коинфекции (смешанные вирусные инфекции);
- реинфекции (повторное инфицирование тем же вирусом);
- суперинфекции (наслоение новой инфекции на предшествующую);
- персистентные инфекции, при которых вирус может оставаться в организме человека длительное время, иногда на всю жизнь.

Существует постоянный риск внутриутробного инфицирования при различных формах герпесвирусных инфекций. Риск антенатального заражения эмбриона или плода снижается в следующем порядке:

- первичная клиническая форма микст-инфекции;
- первичная клиническая форма моноинфекции;
- первичная субклиническая моноинфекция;
- первый клинический эпизод персистирующей инфекции;
- суперинфекция;
- реинфекция;
- повторные клинические эпизоды латентной инфекции;
- субклиническая реактивация персистирующей инфекции.

К критериям высокого риска антенатального инфицирования относятся:

- тяжелые формы вирусных инфекций у беременных;
- диссеминированный характер инфекционного процесса с вовлечением различных органов и систем;

- высокий уровень вирусемии (концентрации вирусов и геномной ДНК или РНК);
- длительное наличие вирусов и вирус-позиционных антигенов в крови;
- персистенция антител раннего иммунного ответа (класса М и низкоавидных антител класса G).

Внутриутробная герпетическая инфекция в ранних стадиях беременности чаще всего приводит к уродствам плода и спонтанным выкидышам. Если плод инфицируется в II или III триместрах, это может вызвать проявление герпеса у новорожденного, которое проявляется в виде генерализованных или локальных симптомов, включая поражения центральной нервной системы, глаз, кожи и ротовой полости, а также латентное носительство вируса. Вирусемия у беременных может привести к гибели плода, мертворождению и преждевременным родам. Герпесвирусы ответственны за до 30% спонтанных аборт на ранних сроках и более 50% поздних выкидышей, занимая второе место по уровню тератогенности после вируса краснухи. В условиях массивной вирусемии увеличивается риск трансплацентарного проникновения ВПГ к плоду.

Инфицирование плода может происходить следующими путями:

- трансплацентарно;
- трансцервикально или восходящим путем из инфицированного родового канала и половых органов;
- трансовариально, из малого таза через маточные трубы.

У новорожденного инфицирование может произойти:

- во время родов, при прохождении через родовые пути;
- после родов:
 - 1) через воздух или контакт с инфицированным медицинским персоналом и инструментами;
 - 2) в результате нарушений санитарно-противоэпидемического режима;
 - 3) через молоко матери.

Беременность сопровождается иммуносупрессией, что может быть естественным предрасполагающим фактором для реактивации латентной герпетической инфекции, приводя к более частым рецидивам и диссеминации ВПГ в организме, а также к развитию генерализованной инфекции. Большинство случаев (70%) заражения ВПГ-2 среди детей происходит от матерей, не имеющих признаков генитального герпеса до и во время родов.

Риск инфицирования плода увеличивается при:

- преждевременных родах;
- затяжных родах;
- преждевременном разрыве плодных оболочек и длительном безводном периоде (более 6 часов);
- использовании щипцов во время родов.

Воздействие герпетической инфекции на беременность и состояние плода связано с двумя основными механизмами:

1. Инфицирование плаценты, околоплодных вод и оболочек, а также самого плода, что может

привести к: - повреждению плаценты и оболочек;

- тератогенным изменениям в тканях эмбриона или плода;

- локализации или генерализации поражений;

- латентной инфекции плода с возможностью клинических проявлений в постнатальный период.

2. Влияние герпетической инфекции, проявляющееся у беременной в виде лихорадки, нарушений функции фетоплацентарной системы, гомеостаза и гормонального баланса. Эти факторы могут вызвать:

- ранние и поздние выкидыши;

- задержку развития беременности;

- преждевременные роды;

- антенатальную гипотрофию и гипоксию;

- уродства и гибель плода;

- развитие врожденных форм инфекции у новорожденных.

Разнообразие клинических проявлений связано с:

- длительностью и формой проявления инфекции у беременной;

- характеристиками и вирулентностью вируса;

- состоянием плацентарного барьера, а также защитными силами матери и плода.

Исследования влияния герпетической инфекции на беременность, развитие плода и новорожденного показали, что наибольшую опасность в любой триместр представляют:

- генерализованные формы герпетической инфекции у женщин;

- первичная инфекция во время беременности.

Первичная инфекция во время беременности представляет серьезную угрозу для жизни как матери, так и плода, увеличивая риск диссеминации ВПГ и развития герпетического энцефалита и гепатита. Генерализованная форма герпетической инфекции чаще всего развивается в III триместре беременности и почти всегда связана с первичным заражением вирусом простого герпеса. Генерализация инфекции происходит постепенно, первоначально вовлекая половые органы, влагалище и шейку матки — входные ворота для инфекции. В 30% случаев первичный очаг может находиться на губах, во рту, гортани или иногда на коже.

Часто генерализованная герпетическая инфекция у беременных сопровождается:

- умеренной лейкопенией на фоне нейтрофилии;

- тромбоцитопенией;

- повышением уровня печеночных ферментов.

Лечение в I триместре:

Ацикловир назначают только при угрозе для жизни беременной (энцефалит, гепатит, диссеминированная ВПГ-инфекция) внутривенно капельно.

Нормальный человеческий иммуноглобулин вводят в/м в верхний наружный квадрант ягодичной мышцы или в наружную поверхность бедра по 3 мл каждые 3 дня, 5 инъекций, или по 25 мл в/в, капельно, на 200 мл физиологического раствора 3 раза в неделю через день. Доза и кратность введения зависят от показаний к применению.

Критерии прекращения терапии – отсутствие ДНК ВПГ в крови, в цервикальном соскобе (ПЦР).

Местная терапия: ацикловир в виде крема для наружного применения 5 раз в сутки, туширование очага анилиновыми красителями (бриллиантовый зеленый); антисептиками.

Лечение во II триместре:

Ацикловир назначают только при угрозе для жизни беременной (энцефалит, гепатит, тяжелая форма, диссеминированная ВПГ-инфекция) внутривенно капельно.

Нормальный иммуноглобулин человека в/м по 3 мл каждые 3 дня, 5 инъекций, или по 25 мл в/в, капельно, на 200 мл физиологического раствора 3 раза в неделю через день;

человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b 500000 МЕ в виде свечей с 28 недели гестации - по 1 свече 2 раза в день ректально в течение 5-10 дней;

Критерии прекращения терапии – отсутствие ДНК ВПГ в крови, в цервикальном соскобе (ПЦР).

Местная терапия: крем для наружного применения Ацикловир - 5 раз в сутки; туширование очага анилиновыми красителями (бриллиантовый зеленый); антисептиками.

Лечение в III триместре:

Ацикловир с 36–38 недели беременности внутрь по 200 мг 5 раз в сутки в течение 10 дней при первом эпизоде и в течении 5 дней при рецидиве; или супрессивная терапия ацикловиром с 36 недели до родов или валацикловир с 36–38 недели беременности внутрь по 500 мг 2 раз в сутки в течение 10 дней при первом эпизоде и в течении 5 дней при рецидиве;

Нормальный человеческий иммуноглобулин 25 мл внутривенно капельно 3 раза через день, или человеческий рекомбинантный интерферон-альфа-2b 500000 МЕ 3 раза в сутки ректально в течение 10 дней.

Критерии прекращения терапии – отсутствие ДНК ВПГ в крови, в цервикальном соскобе (ПЦР).

Местная терапия:

крем для наружного применения Ацикловир 5 раз в сутки;

туширование очага анилиновыми красителями (бриллиантовый зеленый);

антисептиками.

Таким образом, герпетическая инфекция у беременных становится всё более распространённой, особенно среди женщин с ослабленным иммунитетом, что вызывает опасения из-за возможных осложнений, которые могут повлиять на течение беременности и возникновение патологий плода. Поэтому очень важно своевременно начать терапию для предупреждения осложнений.

Список литературы:

1. Дюдюн А. Д. Клиническая эффективность использования Герпификса в лечение больных простым герпесом / А. Д. Дюдюн, В. П. Федотов, В. В. Горбунцов и др. // Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. – 2011. – No 1-4. – С. 208-211.
2. Andrei G. Herpes simplex virus drug-resistance: new mutations and insights / G. Andrei, R. Snoeck // Curr. Opin. Infect. Dis. – 2013. – Vol. 26, No 6. – P. 551-560.
3. Herpes Simplex Virus: Methods and Protocols / Eds.: R. J. Diefenbach, C. Fraefel. – N. Y. : Humana Press, Springer Science+Business Media, 2014. – 331 p.
4. Клинические рекомендации - Простой герпес (ПГ) у взрослых