

**И.С.Сидорова, И.О.Макаров,
Н.А.Матвиенко**

ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ:

**ведение беременности, родов
и послеродового периода**

Учебное пособие

*Рекомендуется Учебно-методическим объединением
по медицинскому и фармацевтическому образованию
вузов России в качестве учебного пособия для системы
послевузовского образования врачей*

Третье издание



Москва
«МЕДпресс-информ»
2012

УДК 616-07/-08:616-022/-053.1

ББК 57.16

С34

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Рецензенты: **О.В.Макаров** – проф., засл. врач РФ, зав. кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета МЗ РФ РГМУ Росздрава;
И.Ф.Фаткуллин – докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2 ГОУ ВПО «Казанский гос. мед. университет»

Сидорова И.С.

С34 **Внутриутробная инфекция: ведение беременности, родов и послеродового периода : учеб. пособие / И.С.Сидорова, И.О.Макаров, Н.А.Матвиенко. — 3-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2012. — 160 с.**

ISBN 978-5-98322-799-6

Проблема внутриутробной инфекции является одной из ведущих в акушерской практике в связи с высоким уровнем инфицирования беременных, рожениц и родильниц, опасностью нарушения развития плода и рождения больного ребенка. В настоящем учебном пособии изложены сведения об этиологии и патогенезе большинства внутриутробных инфекций, их диагностике, ведению беременных с различными инфекциями по триместрам беременности, в родах и послеродовом периоде, показания к прерыванию беременности.

Руководство предназначено для врачей акушерских стационаров.

УДК 616-07/-08:616-022/-053.1

ББК 57.16

ISBN 978-5-98322-799-6

© Сидорова И.С., Макаров И.О.,
Матвиенко Н.А., 2008

© Оформление, оригинал-макет.

Издательство «МЕДпресс-информ», 2008

Содержание

1. ВВЕДЕНИЕ	4
2. ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ	12
2.1. Общие положения	12
2.2. Генитальный герпес	24
2.3. Цитомегаловирусная инфекция	33
2.4. Инфекция, вызванная вирусом ветряной оспы / опоясывающего лишая	44
2.5. Краснуха	51
2.6. Вирусные гепатиты	58
2.7. Парвовирусная инфекция	76
2.8. ВИЧ-инфекция	80
3. БАКТЕРИАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ	89
3.1. Общие положения	89
3.2. Бактериальный вагиноз	92
3.3. Стрептококковая инфекция	102
3.4. Гонорея	106
3.5. Микоплазменная инфекция	109
3.6. Хламидийная инфекция	113
3.7. Сифилис	117
3.8. Листериоз	127
4. ГРИБКОВЫЕ ИНФЕКЦИИ	131
5. ПРОТОЗОЙНЫЕ ИНФЕКЦИИ	136
5.1. Трихомониаз	136
5.2. Токсоплазмоз	138
6. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ И ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ	149

1. Введение

Проблема внутриутробной инфекции является одной из ведущих в акушерской практике в связи с высоким уровнем инфицирования беременных, рожениц и родильниц, опасностью нарушения развития плода и рождения больного ребенка.

Наличие инфекции у матери является фактором риска неблагоприятного исхода беременности и родов, но это не всегда означает инфицирование плода. При наличии инфекции у матери плод инфицируется сравнительно редко — от 1–2 до 10–12%. У 65–82% беременных при исследовании материала урогенитального тракта выявляется разнообразная патологическая микрофлора (чаще — инфекции, передающиеся половым путем), нередко без каких-либо признаков воспаления. Всегда ли нужно лечить выявленную урогенитальную инфекцию, особенно в I триместре беременности? От чего зависит проникновение инфекции к плоду, и в какие сроки беременности это наиболее вероятно? Каковы результаты терапии в различные триместры беременности?

Увеличение значимости внутриутробных инфекций в перинатологии связано с появлением более информативных методов диагностики и расширением спектра изучаемых возбудителей. С другой стороны, истинное увеличение частоты этой патологии может быть обусловлено ростом инфицированности женщин репродуктивного возраста.

Внутриматочная инфекция является причиной широкого спектра антенатальной патологии: инфекционных заболеваний плода, фетоплацентарной недостаточности, мертворождений, невынашивания, задержки развития плода и аномалий его развития. Наряду с острым течением инфекции у плода и новорожденного может наблюдаться длительная персистенция возбудителя с формированием латентного или медленно текущего хронического инфекционного процесса. Инфекционная патология часто скрывается за таки-

ми диагнозами, как внутриутробная гипоксия, асфиксия, внутричерепная травма.

По данным ряда исследований, инфекционные заболевания выявляют у 50–60% госпитализированных доношенных и у 70% недоношенных детей. По результатам вскрытий новорожденных, у 37,5% умерших детей инфекционная патология явилась основной причиной смерти, сопутствовала или осложняла течение основного заболевания.

Многолетнее изучение внутриутробных инфекций выявило особое своеобразие этой патологии. К сожалению, и в наши дни мы не имеем достоверных представлений о распространенности перинатальных инфекций, так же как и о вероятности заражения плода от инфицированной матери.

Заключения о частоте той или иной инфекционной перинатальной патологии выносят обычно ретроспективно, на основании данных о выявлении больных детей. Тотального скрининга на перинатально значимые инфекции нет ни в одной стране мира. В результате не учитываются случаи, когда у инфицированных матерей родились здоровые дети. Искажению показателей инфицированности, заболеваемости, риска вертикальной передачи возбудителей способствует и отсутствие микробиологического мониторинга всех плодов при прерванной беременности, обязательного микробиологического изучения тканей мертворожденных детей, плацент во всех случаях преждевременных, осложненных родов, завершившихся рождением больного, слабого или маловесного ребенка.

Большинство инфекционно-воспалительных заболеваний во время беременности имеют общие черты:

- инфицирование плода и новорожденного может быть вызвано как острой инфекцией у матери, так и активацией хронической, персистирующей инфекции во время беременности;
- большая часть заболеваний беременных, приводящих к внутриматочной инфекции, протекают в латентной или субклинической форме;
- активация персистирующей инфекции возможна при любом нарушении гомеостаза в организме беременной (стресс, ОРВИ, переохлаждение и др.).

Под внутриутробным инфицированием понимают процесс внутриутробного проникновения микроорганизмов к плоду, при котором отсутствуют признаки инфекционной

болезни плода. Диагноз внутриутробного инфицирования у новорожденного устанавливается на основании выделения возбудителя из клеток крови, ликвора и других источников, выявления антител IgM и низкоавидных антител IgG на патоген в пуповинной крови.

Внутриутробное инфицирование не означает неизбежного развития инфекционного заболевания. Для выявления внутриутробной инфекции необходимо наличие данных лабораторного исследования в сочетании с клинической картиной инфекционного заболевания. Под *внутриутробной инфекцией (ВУИ)* подразумевают не только процесс распространения инфекционных агентов в организме плода, но и вызванные ими морфофункциональные нарушения различных органов и систем, характерные для инфекционной болезни, возникшей ante- или интранатально и выявляемой пренатально или после рождения.

Возможный спектр возбудителей ВУИ весьма разнообразен и широк. Это бактерии, грибы, простейшие, микоплазмы, хламидии, вирусы. Чаще всего наблюдается сочетание возбудителей — бактериально-вирусная смешанная инфекция.

Принимая во внимание, что источником инфекции для плода всегда является мать, особое значение приобретают следующие **факторы риска внутриутробных инфекций**:

- хронические очаги инфекции в организме матери (в том числе наличие воспалительных заболеваний органов малого таза, урогенитальные инфекции);
- первичное инфицирование во время беременности, активация инфекционного процесса;
- патологическое снижение общего и местного иммунитета (анемия, тромбоцитопения, аутоиммунные заболевания);
- повышение проницаемости плацентарного барьера во II и III триместрах беременности;
- отягощенный акушерско-гинекологический анамнез;
- неблагоприятные социально-бытовые факторы.

Патогенетические механизмы возникновения, развития и воздействия внутриутробной инфекции разнообразны и зависят от многих факторов:

- срока беременности, при котором происходит инфицирование (чем раньше, тем прогноз хуже);
- вида возбудителя, его вирулентности, массивности обсеменения;

- первичности или вторичности инфекционного процесса у беременной;
- путей проникновения инфекции к плоду (восходящий, нисходящий, гематогенный);
- степени распространенности и интенсивности воспалительного процесса;
- состояния организма матери, ее иммунологической толерантности.

По данным различных авторов, существуют следующие *пути проникновения возбудителей к плоду*:

- трансплацентарный (гематогенно через плацентарный барьер к плоду);
- восходящий (через шейку матки и оболочки плодного яйца);
- нисходящий (через маточные трубы);
- трансмуральный (через миометрий и децидуальную оболочку).

Во время родов чаще реализуется контактный путь при прохождении плода через инфицированные родовые пути.

Восходящий путь распространения инфекции характерен для инфекций, передающихся половым путем. Инфицирование может происходить и антенатально, и интранатально. Околоплодные воды имеют защитные свойства, но они только задерживают рост микроорганизмов. Через 4 ч после разрыва оболочек в околоплодных водах уже могут определяться грамотрицательные микроорганизмы. Околоплодные воды являются средой накопления микроорганизмов. Плод заглатывает инфицированные воды, также может быть аспирация околоплодными водами, затем возникает гематогенное распространение возбудителя во все органы. Чаще очаги возникают в почках, затем происходит вторичное инфицирование вод, т.е. возникает замкнутый круг. Во время родов происходит контакт поверхности тела с инфицированными родовыми путями.

Для гематогенного (трансплацентарного) пути распространения инфекции необходимо наличие бактериемии, вiremии или паразитемии. Формируются очаги инфекции в плаценте с последующим инфицированием плода; для вирусов характерно непосредственное проникновение к плоду. Присоединение гестоза обычно облегчает распространение инфекции, так как при этом осложнении беременности повышается проницаемость плацентарного барьера.

Влияние внутриутробной инфекции на эмбрион и плод заключается в воздействии комплекса следующих факторов:

- патологическое действие микроорганизмов и их токсинов (инфекционное заболевание, гипоксия плода, задержка развития плода);
- нарушение процесса имплантации и плацентации (низкая плацентация, предлежание плаценты);
- снижение метаболических процессов и иммунологической защиты плода.

Учитывая неспецифичность клинических проявлений ВУИ во время беременности, диагностика ее в большинстве случаев затруднена и возможна лишь в результате сочетания **клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования:**

- *клинический метод*: осложненное течение беременности, проявления инфекции у матери;
- *методы, позволяющие оценить состояние фетоплацентарной системы*:
 - эхография (фетометрия, поведенческая активность плода, его тонус, количество околоплодных вод, «зрелость» плаценты),
 - доплерография: маточно-плацентарный кровоток (МПК), фетоплацентарный кровоток (ФПК),
 - кардиотокография (КТГ),
 - компьютерная кардиоинтервалография (КИГ);
- *микробиологические и серологические исследования*:
 - микроскопия (повышенное содержание лейкоцитов, кокковая флора, признаки дисбиоза, грибковая флора),
 - бактериальный посев (наличие анаэробных и аэробных бактерий, грибковой флоры),
 - ПЦР-диагностика (геномы ВПГ-1, ВПГ-2, ЦМВ, микоплазмы, уреаплазмы, хламидии),
 - иммуноферментный анализ (ИФА) — обнаружение в сыворотке специфических антител к возбудителям (IgM, IgG, IgA в диагностически значимых титрах);
- *исследование хориона* (биопсия хориона) — культуральный метод, ПЦР-диагностика;
- *исследование околоплодных вод* (амниоцентез) — культуральный метод, ПЦР-диагностика;
- *исследование пуповинной крови плода* (кордоцентез) — культуральный метод, ПЦР-диагностика и специфический иммунный ответ (IgM) плода;

- *морфологическое исследование плаценты*, данные аутопсии;
- *клиническая оценка состояния новорожденного* («незрелость» при доношенном сроке беременности, манифестация инфекционного заболевания, врожденные пороки развития).

Косвенные методы (определение у матери клинических проявлений инфекционного заболевания и специфического иммунного ответа, ультразвуковой метод) помогают поставить предположительный диагноз внутриутробного инфицирования.

К прямым методам диагностики внутриутробного инфицирования и инфекции относятся: выявление возбудителя в материале, полученном при биопсии хориона, амниоцентезе (ПЦР, культуральный метод), кордоцентезе (ПЦР, культуральный метод и определение уровня специфических антител IgM).

Характер течения беременности при внутриутробной инфекции зависит от срока воздействия возбудителя.

На *ранних этапах развития зародыша (1–3 нед. беременности)* из-за отсутствия механизмов взаимодействия инфекта и плодного яйца реализации воспалительной реакции чаще всего не происходит. Контакт с инфекционным агентом может закончиться нарушением развития плодного яйца и его гибелью.

Инфицирование эмбриона на *4–12 нед. беременности* связано с вирусной инфекцией, проникновением микроорганизмов через хорион. Плод еще не имеет защитных механизмов. Нарушение закладки органов и систем вызывает тератогенный и эмбриотоксический эффект.

В *I триместре специфических клинических признаков ВУИ нет*, косвенно о ней свидетельствуют некоторые эхографические признаки:

- повышенный локальный тонус матки;
- отслойка хориона;
- изменение формы плодного яйца (деформация);
- прогрессирование истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) функционального характера;
- гипоплазия хориона;
- увеличение или персистенция желточного мешка;
- несоответствие размеров эмбриона размерам полости плодного яйца (увеличение, уменьшение);
- отсутствие редукции хорионической полости.

Во *II триместре* (с 16-й недели) развиваются *инфекционные фетопатии*: происходит генерализация инфекции у плода.

Могут возникать такие пороки развития, как фиброэластоз эндокарда, поликистоз легких, микро- и гидроцефалия (ранние фетопатии).

В *III триместре* плод реагирует на внедрение возбудителя *локальной реакцией*. Могут возникнуть энцефалит, гепатит, пневмония, интерстициальный нефрит. Влияние вирусов чаще всего проявляется признаками незрелости, дизэмбриогенетическими стигмами, затяжным адаптационным периодом, значительной потерей массы тела в раннем постнатальном периоде.

Данные эхографии во II и III триместрах беременности, указывающие на развитие инфекции у плода:

- задержка внутриутробного развития плода (ЗВУР);
- гипоксия плода;
- фетоплацентарная недостаточность (ФПН);
- многоводие или маловодие;
- неиммунная водянка плода;
- увеличение или уменьшение толщины плаценты, наличие патологических включений;
- контрастирование базальной мембраны;
- наличие взвеси в околоплодных водах;
- кальцификаты в печени, селезенке и головном мозге плода;
- поликистоз легких, почек плода;
- экзогенные фиброзные включения на папиллярных мышцах и створках клапанов сердца плода;
- расширение петель кишечника плода (гипоксия, энтерит).

Признаки инфекционного процесса подтверждаются также результатами морфологического исследования последа. Проведенные патоморфологические исследования плацент в клинических наблюдениях с подозрением на ВУИ позволяют обнаружить почти в 100% наблюдений: явления патологической незрелости ворсинчатого дерева; гиповаскуляризацию терминальных ворсин; циркуляторные расстройства; инволютивно-дистрофические процессы.

Профилактика внутриутробной инфекции снижает частоту и тяжесть осложнений беременности, родов, а также неблагоприятных перинатальных исходов.

К профилактическим мероприятиям у пациенток группы риска по развитию ВУИ относятся:

- подготовка к планируемой беременности;
- ограничение сексуальной активности во время беременности (при наличии инфекции у супругов);

- соблюдение личной гигиены;
- ограничение контакта с животными;
- профилактика фетоплацентарной недостаточности;
- своевременное и адекватное лечение инфекционных заболеваний мочеполовой системы с соответствующим контролем эффективности проведенной терапии (II и III триместры беременности);
- повышение активности местного иммунитета.

Для современного клинициста важно учитывать, что ранняя диагностика позволяет своевременно решить вопросы о пролонгировании беременности и проведении необходимой комплексной терапии у беременных с внутриутробной инфекцией.

Лечение внутриутробного инфицирования проводить необходимо, но только во II—III триместрах и при:

- наличии выявленных и доказанных признаков инфицирования плода на основании результатов комплексной диагностики;
- выраженном клиническом проявлении инфекции у матери;
- высоком и продолжающемся повышаться титре специфических антител (IgM).

Антимикробное и иммунокорректирующее лечение в комплексе с патогенетически направленной терапией ФПН позволяет снизить частоту проявления клинических форм ВУИ и улучшить перинатальные исходы.

2. Вирусные инфекции

2.1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Заболеваемость населения различными вирусными инфекциями неуклонно растет с каждым годом. Исключением не являются и женщины в период беременности. При этом острые (первичные) вирусные инфекции могут приводить как к потере плода, так и к рождению детей с различными нарушениями развития. Хронические (латентные инфекции), которые часто прогрессируют на фоне гестационной иммуносупрессии, редко приводят к порокам развития плода, однако частота патологии беременности (синдром потери плода, фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки плода) коррелирует с таковой при острых вирусных заболеваниях. Причины этого заключаются в способности вирусов поражать ткани плаценты с развитием эндотелиопатий и нарушением местного иммунитета.

Вирусы, поступившие в ранее неинфицированный организм, проникают внутрь клеток и начинают активно реплицироваться. Внутриклеточное проникновение вирусов обусловлено взаимодействием гликопротеинов вирусной оболочки с рецепторами клетки-мишени. В результате оболочка вируса сливается с клеточной мембраной: вирус «раздевается» и обнажившийся вирусный капсид проникает в клетку. В дальнейшем начинается процесс репликации ДНК или РНК вируса, результатом которого является формирование дочерних вирусных частиц. Последние, выходя из инфицированной клетки, «покрываются» внешней оболочкой. При этом внешняя оболочка вирионов образуется при участии клеточной мембраны поврежденной клетки. Дочерние вирионы, покинув инфицированную клетку, взаимодействуют с рецепторами соседних, еще не поврежденных клеток, повторяя описанный выше процесс.

Патоморфологические изменения при вирусной инфекции могут иметь различную степень выраженности и носят локальный или генерализованный характер. Необходимо отме-

тить, что активность процессов репликации вируса, скорость распространения дочерних вирионов в организме, а значит и выраженность воспалительных изменений, зависят от функционального состояния иммунной системы человека.

В формировании противовирусного иммунитета принимают участие как неспецифические факторы, так и специфические иммунные механизмы. Неспецифические факторы защиты — система интерферона, комплемента, «естественные киллеры» — на первых этапах инфекционного процесса замедляют скорость распространения возбудителя, а в дальнейшем потенцируют активность специфического иммунитета и препятствуют инфицированию непораженных клеток. Однако наиболее действенной защитой от вирусной инфекции является формирование специфического иммунитета — образование специфических антител и специфических «клеток-киллеров» (специфических антивирусных Т-лимфоцитов CD8).

Следует отметить, что цельные вирионы являются слабым сигналом для иммунной системы, так как при этом основной набор антигенов возбудителя «спрятан» под вирусной оболочкой. Более эффективно иммунная система распознает антигены вируса, «обнажающиеся» при его разрушении. Антигены возбудителя презентуются (представляются) иммунной системе только при содружественном взаимодействии факторов неспецифической защиты и, в первую очередь, фагоцитоза. В результате презентации лимфоцитам информации об антигенных особенностях возбудителя формируются клоны В-лимфоцитов (CD19), синтезирующие специфические антитела, и клоны специфических Т-лимфоцитов (CD8), цитотоксическая активность которых направлена против конкретных антигенов вируса.

Специфичный иммунный ответ при первичном контакте с большинством вирусов формируется в течение 14–28 дней. При повторном контакте организма с тем же штаммом вируса «защитный уровень» специфического иммунитета, как антительного, так и цитотоксического, формируется в более короткие сроки — до 7–14 дней.

Вирусы характеризуются значительным антигенным разнообразием. Поэтому при инфицировании серопозитивного человека другим штаммом возбудителя формирование специфического иммунитета против данного вируса будет происходить, как и при первичном контакте. Следует отметить, что образовавшиеся ранее типо- и группоспецифические антитела к другим штаммам вируса будут сдерживать активную репликацию

6. Ситуационные задачи и тестовые вопросы

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ (правильные ответы выделены курсивом)

Задача №1

При УЗИ повторнобеременной (не наблюдающейся в женской консультации) на 26-й неделе выявлены многоводие, гиперэхогенная взвесь в околоплодных водах, преждевременное старение плаценты (I степень зрелости), гипотрофия плода. Пороков развития плода не выявлено. Беременная направлена на консультацию к врачу.

1. Ваш предположительный диагноз.

- А. Беременность 26 нед. Гипотрофия плода.
- Б. *Беременность 26 нед. Внутриутробное инфицирование плода (?). Фетоплацентарная недостаточность. Гипотрофия плода.*
- В. Беременность 26 нед. ФПН. Гипотрофия плода.
- Г. Антенатальная гибель плода на 26-й неделе беременности.

2. Какие диагностические манипуляции необходимы?

- А. *Обследование на инфекции TORCH-комплекса.*
- Б. Биопсия хориона, амниоскопия и амниоцентез.
- В. УЗИ.
- Г. КТГ плода.
- Д. Все перечисленное верно.

3. Какие препараты уместно назначить?

- А. Актовегин.
- Б. Поливитамины.
- В. Трентал.
- Г. Антибиотики.
- Д. *Все перечисленное верно.*

Задача №2

Первобеременная на 4–5-й неделе беременности перенесла грипп с повышением температуры тела до 39°C. Никаких

лекарств не использовала, применяла настой трав, мед и молоко. Через 2 недели после выздоровления отметила появление тянущих болей внизу живота, усиление тошноты и рвоту до 2–3 раз в день. С вышеперечисленными жалобами обратилась к врачу в женской консультации и была направлена на УЗИ. По данным УЗИ: срок беременности 4–5 нед., эмбрион четко не визуализируется, сердцебиение отсутствует. Рекомендовано контрольное УЗИ через 7 дней.

1. Ваш предположительный диагноз.

- А. Беременность 4–5 нед. Угроза самопроизвольного прерывания. Токсикоз первой половины беременности.
- Б. *Неразвивающаяся беременность 4–5 нед. Угроза самопроизвольного выкидыша. Токсикоз первой половины беременности.*
- В. Начавшийся самопроизвольный выкидыш при беременности малого срока. Токсикоз первой половины беременности.
- Г. Беременность малого срока. Токсикоз первой половины беременности.
- Д. Все перечисленное неверно.

2. Какова дальнейшая тактика ведения беременности?

- А. *Контроль УЗИ через 7 дней.*
- Б. *Оперативное удаление плодного яйца.*
- В. *Антибактериальная терапия.*
- Г. Терапия, направленная на пролонгирование беременности.

3. Перечислите возможные причины данной патологии беременности.

- А. Генетические причины.
- Б. Эндокринные нарушения.
- В. *Вирусная инфекция в периоде эмбриогенеза (3–8 нед.).*
- Г. Несовместимость плода и матери по Rh-фактору.
- Д. Антифосфолипидный синдром.

Задача №3

Первобеременная, 26 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на учащенное мочеиспускание, выделения из половых путей с запахом тухлой рыбы, зуд во влагалище. По данным УЗИ: беременность 28 нед., патологии не выявлено.

Из анамнеза: в детстве страдала хроническим пиелонефритом, хроническим циститом, с обострениями 1 раз в год. С 14 лет снята с учета. Обострений пиелонефрита и цистита не отмечала.

Лабораторные данные: анализ мочи: цвет — соломенный, относительная плотность — 1015, лейкоциты — 0–2 в поле зрения, эритроцитов — нет, слизь — незначительное количество, бактерий — нет, белок — 0,001‰, соли — ураты, эпителиальных клеток и слизи — много. Мазок из влагалища: аминный тест положительный, ключевые клетки, лейкоциты — 5–7 в поле зрения, флора смешанная, эпителиальных клеток много.

1. Ваш предположительный диагноз.

- А. Беременность 28 нед. Хронический пиелонефрит. Обострение хронического цистита.
- Б. Беременность 28 нед. ОПГ-гестоз на фоне хронического пиелонефрита.
- В. Беременность 28 нед. Бактериальный вагиноз.
- Г. Беременность 28 нед. Отягощенный соматический анамнез.
- Д. Все вышеперечисленное неверно.

2. Какие препараты уместны в данном случае?

- А. Метрогил-гель.
- Б. Клиндамицин.
- В. Тиберал.
- Г. Эубиотики.
- Д. Все перечисленное верно.

Задача №4

Повторнобеременная, 38 лет, поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие 4 см, плодный пузырь цел, отмечается подтекание околоплодных вод, предлежит головка плода. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд./мин. Предполагаемый срок беременности 38–39 нед. Окружность живота меньше предполагаемого срока беременности. Видимых отеков нет, артериальное давление нормальное. Из анамнеза: первые роды 5 лет назад на 37–38-й неделе беременности, осложненной фетоплацентарной недостаточностью и ОПГ-гестозом средней тяжести; новорожденный с признаками гипотрофии. Во время настоящей беременности отмечалось многоводие на 26-й неделе беременности, компенсированное после стационарного лечения. Результаты обследования до поступления в роддом: анализы крови на HBsAg — положительны (носительство?) и данные последнего УЗИ (беременность 34–35 нед., задержка внутриутробного развития плода I степени, умеренное маловодие).

1. Ваш предположительный диагноз.

- А. Беременность 38–39 нед. Головное предлежание. ФПН. ЗВУР плода.
- Б. Первый период вторых самопроизвольных родов в головном предлежании. ЗВУР плода I степени. Маловодие.
- В. *Беременность 38–39 нед. Головное предлежание. Первый период родов. Высокий боковой разрыв плодного пузыря. ФПН. Маловодие. ЗВУР плода I степени. Носительство HBsAg.*
- Г. Беременность 38–39 нед. Головное предлежание. ФПН. Носительство HBsAg.
- Д. Все перечисленное неверно.

2. Какова тактика дальнейшего ведения родов?

- А. *Продолжить консервативное ведение родов.*
- Б. Произвести операцию кесарева сечения в экстренном порядке.
- В. *Произвести амниотомию.*
- Г. Провести ЭКГ-исследование.

3. Какие дополнительные манипуляции необходимо произвести с новорожденным?

- А. *В первые 12 часов после рождения в/м ввести новорожденному специфический иммуноглобулин в дозе 0,5 мл.*
- Б. Сразу после рождения держать выше материнского положения и незамедлительно пережать пуповину.
- В. Ввести антирезус-иммуноглобулин в дозе 0,5 мл.
- Г. Немедленно ввести иммунную сыворотку.

Задача №5

Повторнобеременная, 19 лет, была доставлена в родильное отделение с нерегулярной родовой деятельностью. Предполагаемый срок беременности 33–34 нед. Воды излились дома, после чего появились схватки, носящие непостоянный характер, болезненны. При осмотре: состояние удовлетворительное, жалобы на болезненные схватки, АД и пульс в норме, отмечается невыраженная пастозность голеней. Высота дна матки 38 см, матка возбуждима при пальпации. Положение плода продольное, головка флотирует над входом малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд./мин. Из анамнеза: половая жизнь с 15 лет, в браке не состоит, 3 искусственных аборта, родов не было. Год назад лечилась по поводу хламидийного кольпита, уреаплазмоза. Контрольное исследование на инфекцию после терапии не проводилось. В 16 лет перене-

сла острый двусторонний сальпингоофорит, острый пиелонефрит, находилась на стационарном лечении. Настоящая беременность протекала с выраженным токсикозом первой половины, угрозой прерывания беременности на 14–16-й и на 28-й неделях (от стационарного лечения беременная отказалась), проводилась симптоматическая терапия. С 26-й недели беременности отмечаются неравномерная прибавка в весе, одутловатость лица, увеличение размеров матки, опережающее срок беременности. В анализах мочи: цвет — соломенный, относительная плотность — 1020, эритроцитов — нет, лейкоциты — 3–6 в поле зрения, белок — 0,001%.

При влагалищном исследовании: наружные половые органы развиты правильно, шейка матки эрозирована, несколько размягчена, пропускает палец, 2,5 см длиной. Отмечается подтекание околоплодных вод. В области промежности — остроконечные кондиломы.

1. Ваш предположительный диагноз.

- А. Беременность 33–34 нед. Головное предлежание. ОПГ-гестоз. ФПН. Эрозия шейки матки.
- Б. Первый период родов на 33–34-й неделе беременности. Внутриутробное инфицирование плода. Многоводие. Остроконечные кондиломы.
- В. *Первый период преждевременных родов на 33–34-й неделе в головном предлежании. Дородовое излитие околоплодных вод. ОПГ-гестоз (водянка беременных). Многоводие. ВУИ плода (?). Остроконечные кондиломы. Эрозия шейки матки. Отягощенный акушерско-гинекологический и соматический анамнез.*
- Г. Угроза преждевременных родов на 33–34-й неделе беременности. Головное предлежание. ОПГ-гестоз. ФПН.

2. Какие факторы риска развившейся патологии имеются у данной беременной?

- А. Урогенитальные инфекции.
- Б. Осложнения беременности: гестоз, угроза прерывания беременности.
- В. Дородовое излитие околоплодных вод.
- Г. Ничего из вышеперечисленного.

Задача №6

Беременная, 25 лет, наблюдается в женской консультации с 8 нед. беременности (в настоящее время срок беременности

16–17 нед.). Периодически отмечает появление беловатых выделений из половых путей с неприятным «рыбным» запахом, иногда с зудом. Неоднократно проводилась антимикотическая терапия. Беременная обследована на хламидийную и микоплазменную инфекцию (результат отрицательный). В последнее время появились тянущие боли внизу живота.

1. Ваш предположительный диагноз.

- А. Беременность 16–17 нед. Хронический кандидозный кольпит.
- Б. Беременность 16–17 нед. Бактериальный вагиноз.
- В. Беременность 16–17 нед. Бактериальный вагиноз. Хронический кандидозный кольпит.
- Г. *Беременность 16–17 нед. Угроза самопроизвольного выкидыша. Рецидивирующий бактериальный вагиноз.*

2. Какие данные вам необходимы для уточнения диагноза?

- А. УЗИ.
- Б. *Бактериологическое исследование.*
- В. *Микроскопия мазков по Граму.*
- Г. *Аминный тест.*

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

1. К внутриутробному инфицированию плода может привести:

- 1) ОРВИ во время беременности
- 2) обострение хронического пиелонефрита во время беременности
- 3) истмико-цервикальная недостаточность
- 4) кольпит во время беременности
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

Правильный ответ: в.

2. Перечислите возбудителей, для которых характерен преимущественно гематогенный путь внутриутробного инфицирования:

- 1) токсоплазма гонди
- 2) вирус краснухи
- 3) парвовирус В19
- 4) влагалищная трихомонада
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2

- в) все ответы правильны
- г) правильно только 4
- д) все ответы неправильны

Правильный ответ: а.

3. Перечислите эхографические признаки, подозрительные в отношении развития внутриутробной инфекции в I триместре:

- 1) несоответствие размеров амниотической полости сроку беременности
- 2) изменение формы плодного яйца (деформация)
- 3) отсутствие редукции хорионической полости
- 4) округлые размеры плодного яйца
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

Правильный ответ: а.

4. Перечислите эхографические признаки, подозрительные в отношении развития инфекции у плода во II и III триместрах:

- 1) расширение петель кишечника
- 2) наличие взвеси в околоплодных водах
- 3) кальцификаты в печени и селезенке, головном мозге плода
- 4) иммунная водянка плода
- 5) II степень зрелости плаценты в 38 нед.
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

Правильный ответ: а.

5. Какие из перечисленных прививок необходимо провести серонегативной женщине, планирующей беременность:

- 1) вакцина от гепатита В
- 2) вакцина от краснухи
- 3) вакцина от кори и паротита
- 4) вакцина Солкотриховак
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

Правильный ответ: а.

6. Выберите абсолютные показания для прерывания беременности:

- 1) краснуха до 16 нед. беременности
- 2) развитие тяжелых форм хронического активного гепатита или цирроза печени при гепатитах В и С
- 3) развитие тяжелых форм пневмонии, вызванной вирусом ветряной оспы/опоясывающего лишая
- 4) первичный токсоплазмоз во II и III триместрах
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

Правильный ответ: а.

7. Какие препараты рекомендованы для местной терапии урогенитальных инфекций во II и III триместрах:

- 1) Вагинальный крем «Далацин»
- 2) Свечи «Тержинан»
- 3) Свечи «Бетадин»
- 4) Мазь «Тетрациклиновая»
 - а) правильно 1, 2, 3
 - б) правильно 1, 2
 - в) все ответы правильны
 - г) правильно только 4
 - д) все ответы неправильны

Правильный ответ: б.

8. В настоящее время отмечаются следующие особенности микрофлоры при воспалительных заболеваниях женских половых органов:

- а) преобладание ассоциаций микроорганизмов
- б) возрастание числа анаэробов и вирусов
- в) наличие хламидий и микоплазм
- г) верно все перечисленное

Правильный ответ: г.