

Досвід ведення вагітності при підозрі на внутрішньоутробну інфекцію (ВУІ) плода в Україні та зарубіжжі

О.О. Корчинська, О.А. Балоба

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

TORCH-інфекція є однією з найважливіших та найактуальніших тем акушерства сьогодні. Дана група інфекцій належить до хвороб, на наявність яких жінка та чоловік повинні обстежитись ще до зачаття з метою попередження внутрішньоутробного інфікування плода. Неспецифічність клініки цих захворювань стає перешкодою для вчасної та швидкої їхньої діагностики.

Мета дослідження: аналіз та порівняння основних критеріїв ведення вагітних із підозрою на внутрішньоутробну інфекцію в Україні, країнах Західної Європи та США.

Матеріали та методи. Аналіз літературних джерел, протоколів, інтернет-ресурсів, які присвячені тактиці ведення вагітних у разі підозри на внутрішньоутробне інфікування плода.

Результати. Проаналізовано протоколи ведення вагітності та клінічні настанови різних країн, таких, як Україна, Іспанія, Велика Британія та США, при підозрі на внутрішньоутробну інфекцію. За даними літератури встановлено, що на долю цієї патології припадає значний відсоток і показники захворюваності на перинатальні інфекції у різних країнах відрізняються. Так, у Швеції захворюваність становить 117 осіб на 1000 населення, в Іспанії – 100, у Чехії – 163, у США – 50, у Росії – 1.

У статті представлені рекомендації щодо скринінгу, тактики ведення вагітності та пологів за наявності у матері таких інфекцій, як токсоплазмоз, краснуха, хламідіоз, сифіліс, гепатит В, генітальний герпес, вірус імунодефіциту людини та бактеріальний вагіноз. Установлено деякі відмінності у веденні вагітних при виявленні того чи іншого збудника у різних країнах.

Заключення. Результати аналізу даних літератури свідчать про необхідність проведення подальших досліджень з приводу тактики ведення вагітності при внутрішньоутробному інфікуванні, а також особливостей стану новонароджених за наявності внутрішньоутробної інфекції.

Ключові слова: TORCH-інфекція, вагітність, внутрішньоутробне інфікування, скринінг, діагностика, лікування.

The experience of pregnancy management by suspicion of fetal intrauterine infection in Ukraine and other countries

О.О. Korchyn's'ka, О.А. Baloga

TORCH-infection is one of the most important and relevant challenges in obstetrics today. This group of infections refers to diseases for which a woman and a man should be examined before conception for the prevention of intrauterine infection of the fetus. The non-specific clinical manifestations of these diseases are the difficulty to their timely and rapid diagnosis.

The objective: an analysis and comparison of the basic criteria for the management of pregnant women with suspected intrauterine infection in Ukraine, countries in Western Europe and the United States.

Materials and methods. An analysis of literary publications, protocols, Internet resources devoted to the management of pregnancy in the women with suspected intrauterine infection of the fetus.

Results. The protocols and clinical guidelines devoted to the management of pregnancy in the women with suspected intrauterine infection of the fetus in various countries, such as Ukraine, Spain, Great Britain and the United States, were analyzed. According to the literature data, this pathology accounts for a significant percentage and the incidence rates for perinatal infections differ in different countries. So, in Sweden, the prevalence is 117 people per 1000 population, Spain – 100, the Czech Republic – 163, the USA – 50, Russia – 1.

The article presents recommendations on screening, management of pregnancy and childbirth in the presence of such infections as toxoplasmosis, rubella, chlamydia, syphilis, hepatitis B, genital herpes, human immunodeficiency virus and bacterial vaginosis in the mother. Some differences have been established in the management of pregnant women with infection pathogens in different countries.

Conclusions. The results of the analysis of the literature data demonstrate the necessity for further research on the tactics of pregnancy management in case of intrauterine infection, as well as the features of newborn's conditions in the presence of intrauterine infection.

Keywords: TORCH-infection, pregnancy, intrauterine infection, screening, diagnosis, treatment.

Опыт ведения беременности при подозрении на внутриутробную инфекцию (ВУИ) плода в Украине и зарубежье

О.А. Корчинская, О.А. Балого

TORCH-інфекція являється однією з важливіших і актуальних тем акушерства сьогодні. Данна група інфекцій відноситься до хвороб, на які жінка і чоловік повинні бути обстежені ще до зачаття з метою запобігання внутрішньоматочній інфекції плода. Неспецифічність клініки цих захворювань стає перешкодою для своєчасної і швидкої їх діагностики.

Цель исследования: аналіз і порівняння основних критеріїв ведення вагітних з підозрою на внутрішньоматочну інфекцію в Україні, країнах Західної Європи і США.

Матеріали і методи. Аналіз літературних джерел, протоколів, інтернет-ресурсів, присвячених тактиці ведення вагітних з підозрою на внутрішньоматочну інфекцію плода.

Результати. Проаналізовані протоколи ведення вагітних і клінічні рекомендації різних країн, таких, як Україна, Іспанія, Великобританія і США, при підозрі на внутрішньоматочну інфекцію. По даним літератури встановлено, що на частоту цієї патології приходиться значительний відсоток і показники захворюваності на перинатальні інфекції в різних країнах відрізняються. Так, в Швеції захворюваність становить 117 осіб на 1000 населення, в Іспанії – 100, в Чехії – 163, в США – 50, в Росії – 1.

В статті представлені рекомендації по скринінгу, тактиці ведення вагітних і родов при наявності у матері таких інфекцій, як токсоплазмоз, краснуха, хламідіоз, сифіліс, гепатит В, генітальний герпес, вірус імунодефіциту людини і бактеріальний вагіноз. Встановлено деякі відмінності в веденні вагітних при виявленні того чи іншого збудника в різних країнах.

Висновок. Результати аналізу даних літератури свідчать про необхідність проведення подальших досліджень по тактиці ведення вагітних з внутрішньоматочною інфекцією, а також особливостей стану новонароджених при наявності внутрішньоматочної інфекції.

Ключові слова: TORCH-інфекція, вагітність, внутрішньоматочна інфекція, скринінг, діагностика, лікування.

Одним з найважливіших та найактуальніших питань сучасного акушерства та інфектології залишається перинатальна інфекція. Дуже часто вона є причиною розвитку патології плода, захворюваності, інвалідності та смертності новонароджених і дітей раннього віку.

Актуальність профілактики внутрішньоматочної інфекції (ВУІ) зумовлена не лише медичними наслідками, а й тим, що вона призводить до зростання частоти порушень розвитку плода, різноманітних вад, уражень нервової системи, серця, печінки, різноманітних форм інфекцій, ускладнень вагітності та пологів. На частоту цієї патології припадає значний відсоток, і показники захворюваності на перинатальні інфекції у різних країнах відрізняються. Так, у Швеції захворюваність становить 117 осіб на 1000 населення, в Іспанії – 100, у Чехії – 163, у США – 50, у Росії – 1.

Мета дослідження: вивчення досвіду щодо тактики ведення вагітності та пологів в Україні, країнах Європи та США (аналіз літературних джерел, протоколів, інтернет-ресурсів тощо) у разі підозри на ВУІ плода.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Україна

В Україні найчастіше діагностують під час вагітності токсоплазмоз, герпетичну інфекцію, краснуху, цитомегаловірусну інфекцію, гепатит В та С, хламідіоз, гонорею, сифіліс, ВІЛ-інфекцію, стрептокок групи В, вітряну віспу. У вагітних скринінгову діагностику проводять на сифіліс (при взятті на облік та у терміні 28–30 тиж), ВІЛ-інфекцію (при взятті на облік та у 27–28 тиж після отриманої добровільної згоди), гепатит В (при взятті на облік). Також слід зауважити, що при взятті на облік обов'язково слід проводити бактеріологічне або подвійне мікроскопічне дослідження сечі на наявність безсимптомної бактеріурії. Для всіх інших інфекцій скринінгу не існує.

Тактика при виявленні тих інфекцій, на які проводиться скринінг, така:

Безсимптомна бактеріурія (ББ) – це такий стан, коли за відсутності симптомів інфекції сечових шляхів із сечі, взятої без катетера, висівають 10^5 або більше колоній будь-якого мікроорганізму в 1 мл. У разі виявлення бактерій у сечі проводять антибіотикотерапію напівсинтетичними пеніцилінами, цефалоспоринами, нітрофурантоїном. Після закінчення лікування здійснюють контрольний бактеріологічний посів сечі через місяць.

Основний діагностичний критерій ББ – це наявність більше 100 000 бактеріальних одиниць будь-якого мікроорганізму в 1 мл сечі, взятої двократно з інтервалом не менше 24 год (оптимально – 3–7 діб). Обов'язково умовою для встановлення діагнозу є ідентифікація одного і того самого збудника в обох пробах сечі. Виявлення збудника у сечі при проведенні однократного бактеріологічного дослідження діагностує ББ у 80% випадків, при проведенні двократного бактеріологічного контролю – до 95%. Найпоширенішими ускладненнями вагітності при цьому фоновому стані є гестаційний пієлонефрит, передчасні пологи та низька маса тіла дитини при народженні. Оптимальним терміном обстеження вагітних на ББ визначено перше відвідування, але не пізніше 20 тиж вагітності, оскільки з поля зору випадає близько 50% вагітних з ББ через пізні обстеження і відповідно експоненціальне зростання частоти гестаційного пієлонефриту. Лікування ББ проводять з пероральним призначенням антибіотиків широкого спектра дії на 5–7 днів. Так, наприклад, препаратами першої лінії є амоксицилін 500 мг кожні 8–12 год протягом 3–7 днів або цефалексин 500 мг кожні 8–12 год протягом 3–7 днів [1].

Токсоплазмоз – це паразитарне захворювання, що характеризується ураженням нервової системи, очей, скелетних м'язів, серцевого м'язу, а також збільшенням лімфовузлів, печінки і селезінки; схильне до хронічного перебігу.

Збудник токсоплазмозу *Toxoplasma gondii* належить до типу найпростіших (Protozoa), класу споровиків (Sporozoea). Для попередження інфікування токсоплазмозом під час вагітності рекомендується провести обстеження на наявність або відсутність інфікування *T. gondii* ще на етапі передгравідарної підготовки. У разі виявлення інфікування визначити клінічну форму паразитозу – гострий (первинна інвазія) або хронічний; при хронічній формі токсоплазмозу встановити або виключити її реактивацію.

За наявності первинного інфікування *T. gondii* або реактивації хронічної форми токсоплазмозу у вагітної встановити або виключити внутрішньоутробне інфікування плода *T. gondii*. Класичний вроджений токсоплазмоз характеризується тетрадою Себіна, описаною у 1942 р.: хоріоретиніт, гідроцефалія, внутрішньочерепна кальцифікація та судоми. Такі симптоми, як внутрішньочерепна кальцифікація, мікроцефалія, гідроцефалія та тяжка внутрішньоутробна затримка росту плода, свідчать про внутрішньоутробне інфікування та наявність інфекції у матері [15].

У новонароджених, матері яких отримували лікування протягом всієї вагітності, не виявляли клінічних проявів токсоплазмозу, тоді як у новонароджених, матері яких не отримували лікування, відзначали значний ризик розвитку віддалених наслідків, у тому числі хоріоретинальних захворювань, неврологічних порушень, а також затримки психомоторного та психічного розвитку.

Для лікування використовують спіраміцин протягом всієї вагітності у дозі 1 г кожні 8 год. Його використовують для попередження вертикальної передачі збудника до плода. Після народження ізолювати маму від дитини не потрібно. Грудне вигодовування не протипоказане [7].

Краснуха – це гостре вірусне захворювання, основними проявами якого є висипка плямисто-папульозного характеру, лихоманка та збільшення лімфатичних вузлів. За наявності зазначених симптомів вагітну направляють на обстеження.

У випадку, якщо при первинному обстеженні виявлені специфічні IgG до збудника краснухи у концентрації 25 МО/мл та вище, обстеження повторюють через 10–14 днів для виключення хибнонегативного результату. Якщо при повторному обстеженні виявлені специфічні IgG та не виявлені IgM, тоді ризик розвитку вродженої краснухи виключають і подальше спостереження за вагітною з приводу краснухи не проводять. Якщо інфекцію виявляють у перші 16 тиж вагітності, рекомендується переривання вагітності.

Зараження краснухою на більш пізніх термінах також становить небезпеку для нормального розвитку дитини. При зараженні краснухою на останньому місяці вагітності дитина може народитися з її симптомами, які проявляються так само, як і в дітей, що інфікувались після народження. Тяжких наслідків зазвичай не виникає. У вагітних краснуха може перебігати безсимптомно або з катаральними явищами у верхніх дихальних шляхах, незначною лихоманкою, збільшенням лімфатичних вузлів та плямисто-папульозною висипкою. Лікування симптоматичне, спрямоване на зменшення інтенсивності висипань, усунення лихоманки. Грудне вигодовування не протипоказане [10].

Хламідіоз є найпоширенішою уrogenітальною інфекцією. При підозрі на наявність хламідійної інфекції проводять забір матеріалу на виявлення клітин збудника. Найбільшими труднощами в її діагностиці є безсимптомний перебіг або перебіг із стертими клінічними проявами.

Серед найчастіших ускладнень вагітності на фоні уrogenітального хламідіозу фіксують багатоводдя, ураження плаценти та її оболонки, передчасні пологи, загрозу переривання або спонтанне переривання вагітності. Хламідійна інфекція у новонароджених може мати безсимптомний перебіг або проявлятися кон'юнктивітом, ураженнями верхніх і нижніх дихальних шляхів, статевих органів, центральної нервової системи та ін.

За даними зарубіжних авторів, ризик розвитку кон'юнктивіту у новонароджених, інфікованих хламідіями, коливається від 20 до 50%, пневмонії – від 5 до 20%. У недоношених новонароджених можуть розвиватися респіраторний дистрес-синдром і сепсис. Лікування – антибіотикотерапія – починається після 14-го тижня вагітності. Під час лікування надають перевагу макролідам. Найчастіше для терапії використовують еритроміцин по 500 мг 4 рази на добу протягом 10–14 днів при неускладненій та 14–21 день – при ускладненій формі інфекції. Грудне вигодовування не протипоказане [10].

Сифіліс – це інфекційне захворювання, збудником якого є *Treponema pallidum*. Розрізняють первинний, вторинний та третинний сифіліс залежно від клінічного перебігу.

Первинний сифіліс виникає після інкубаційного періоду тривалістю 10–90 днів (зазвичай протягом 6 тиж). Для вагітних найбільше характерний шийковий шанкр (проникнення збудника у розм'якшену шийку матки) і твердий шанкр, який здебільшого самостійно регресує через 2–6 тиж. Твердий шанкр часто супроводжується безболісним збільшенням паховинних лімфатичних вузлів. Залежно від часу інфікування спостерігають різноманітні наслідки. Якщо жінка заразилася до настання вагітності – збільшується ризик спонтанного абортів. Якщо інфікування відбулося на 4–5-у місяці вагітності – передчасні пологи мертвим плодом. У разі зараження на 6–7-у місяці вагітності плід народжується з активними проявами сифілісу. Зараження в останні місяці вагітності, напередодні пологів – ознак інфікування у дитини може ще не бути, але під час проходження через пологові шляхи вона інфікується, і розвивається набутий сифіліс [11].

Клінічні ознаки вродженого сифілісу такі:

- сифілітична пухирчатка,
- дифузне ущільнення шкіри (інфільтрація Гохзінгера),
- сифілітичний риніт,
- гепатоспленомегалія,
- сифілітичний хоріоретиніт,
- генералізована лімфаденопатія.

Під час першого візиту вагітної до жіночої консультації проводять обов'язковий скринінг на наявність інфікування блідою трепоневою. Скринінгове обстеження повторюють у 28–30 тиж. У разі виявлення позитивних результатів вагітну направляють до дерматовенеролога. Лі-

кування проводять антибіотиками пеніцилінового ряду. Натрієву сіль бензилпеніциліну вводять по 1 млн ОД внутрішньом'язово кожні 3 год (8 ін'єкцій на добу) без нічної перерви. Новокаїнову сіль бензилпеніциліну також вводять внутрішньом'язово за тією самою схемою. Тривалість лікування залежить від періоду сифілісу (від 10 до 18 днів). Ізоляція жінки не потрібна. Грудне вигодовування не протипоказане.

Гепатит В – це інфекційне захворювання, що характеризується ураженням печінки, порушенням обміну речовин, жовтяницею, артралгіями. Розрізняють гострий та хронічний перебіг даного захворювання. Під час першого візиту вагітна підлягає скринінговому обстеженню на виявлення антитіл до австралійського антигену. При позитивному результаті лікування проводять разом з інфекціоністом. Специфічне лікування протівірусними препаратами не проводять.

Терапія спрямована на зменшення проявів гепатиту. Лабораторний контроль проводять залежно від перебігу захворювання. При легкій формі і середньої тяжкості – один раз на 2 дні, при тяжкій формі – щодня проводять повний аналіз крові (тромбоцити, гематокрит, гемоглобін) та визначення: білка, цукру, сечовини, креатиніну, трансамінази, білірубину, електролітів, фібриногену та продуктів його розпаду, протромбіну і протромбінового часу. Щодня – аналіз сечі.

Інфікування гепатитом В не є прямим показанням до кесарева розтину, тому за відсутності акушерських показань пологи проводять через природні пологові шляхи. У третій період проводять профілактику кровотечі. У післяпологовий період виконують загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові та коагулограму для контролю стану породіллі. Грудне вигодовування не впливає на ризик інфікування немовляти. При хронічному гепатиті пологи проводять через природні пологові шляхи. Кесарів розтин виконують у разі наявності акушерських показань, портальної гіпертензії. Головною загрозою для життя вагітних є кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу. Тому при портальній гіпертензії оптимальним методом розродження є кесарів розтин у 38 тиж вагітності [10, 12].

ВІЛ – це інфекційне захворювання, спричинене вірусом імунодефіциту людини. Воно характеризується ураженням імунної, нервової та інших систем та органів з хронічним прогресуванням та розвитком вторинних захворювань інфекційного та неінфекційного генезу. До основних симптомів захворювання належать:

- лихоманка невідомого генезу більше двох тижнів,
- лімфаденопатія,
- підвищена втомлюваність,
- втрата маси тіла (більше 10%),
- хронічна діарея тривалістю більше трьох тижнів,
- сухий кашель,
- дерматити.

Найчастішими ускладненнями вагітності при ВІЛ-інфекції, за даними різних авторів, є:

- загроза переривання вагітності,
- анемія різного ступеня тяжкості,
- прееклампсія,

- багатоводдя,
- маловоддя,
- передчасні пологи,
- плацентарна дисфункція, яка призводить до формування ЗРП.

Для вчасного виявлення ВІЛ проводять скринінг під час взяття вагітної на облік та у 27–28 тиж. Додатково проводять обстеження у 35–36 тиж при сумнівних результатах попередніх досліджень. У разі підтвердження діагнозу спостерігають вагітність згідно з протоколом ведення вагітності з ВІЛ. Основний напрям лікування – антиретровірусна терапія (АРТ). Її проводять якомога раніше після визначення ВІЛ-статусу, незалежно від кількості CD4. АРТ призначають пожиттєво та безперервно за умови поінформованої згоди пацієнтки та прихильності до лікування. Рекомендовано застосовувати тенофовіру дизопроксил 300 мг/емтрицитабін 200 мг по 1 таблетці один раз на добу + лопінавір 200 мг/ритонавір 50 мг по 2 таблетки два рази на добу з інтервалом 12 год. При вірусному навантаженні менше 50 копій/мл ризик передачі вірусу мінімальний.

При спонтанних пологах дотримуються деяких правил, а саме:

- уникати необґрунтованих вагінальних оглядів;
- санація пологових шляхів;
- не рекомендується рутинне проведення амніотомії, епізіотомії, інвазивного моніторингу;
- запобігати довготривалим пологам, за необхідності – призначати окситоцин, простагландини;
- профілактика післяпологової кровотечі та септичних ускладнень.

Грудне вигодовування протипоказане. Новонародженому призначають зидовудин 4 тиж всередину кожні 12 год у дозі 4 мг/кг. Обстеження дитини на ВІЛ-інфекцію здійснюється шляхом виявлення провірусної ДНК ВІЛ у віці 2–3 доби (суха крапля крові – СКК), 1–2 міс та 3–4 міс (венозна кров), серологічних маркерів ВІЛ – у віці 18 міс та більше (венозна кров) із забезпеченням дотестового консультування матері щодо здійснення тестування дитини на ВІЛ. Плановий кесарів розтин проводять при вірусному навантаженні 50 копій/мл у 38 тиж. У разі початку пологової діяльності або безводного періоду до чотирьох годин проводять кесарів розтин. Якщо безводний період становить більше чотирьох годин – вагінальні пологи [1].

Генітальний герпес – це хронічна рецидивна антропонозна інфекція, спричинена герпесвірусами людини 1-го та 2-го типів – ГВЛ-1 та ГВЛ-2 (віруси простого герпесу типу 1 і типу 2 – ВПГ-1 та ВПГ-2).

Інфекція локалізується у слизових оболонках (губи) та статевих органах. Простий герпес призводить до внутрішньоутробного інфікування до пологів з можливими наслідками: вплив на життєздатність плода, розвиток водянки плода, передчасні пологи, ураження шкіри та аномалії центральної нервової системи. Скринінгового методу не існує. Пацієнтку із підозрою на генітальний герпес необхідно направити до спеціаліста із захворювань уrogenітального тракту, який підтвердить або спростує діагноз за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), надасть рекомендації щодо лікування і призна-

чить аналізи на наявність інших інфекцій, що передаються статевим шляхом.

Обстеження проводять за показаннями (типовий висип). Терапія – застосування ацикловіру перорально 400 мг 3 рази на добу протягом 5 днів. Якщо інфікування відбулося протягом 1 міс перед пологами – розродження шляхом кесарева розтину, якщо більше 1 міс – пологи через природні пологові шляхи. Грудне вигодовування не протипоказане.

Іспанія

Згідно з протоколом щодо ведення вагітності при TORCH-інфекціях від 2018 р., відзначено такі моменти ведення вагітності:

- Скринінг на токсоплазмоз не виконують. За наявності підозри на токсоплазмоз або клінічних ознак проводять лікування спіраміцином (у разі алергії – азитроміцином). Якщо ж токсоплазмоз виявлений у III триместрі, то проводять лікування піриметаміном, сульфасалазином та фолієвою кислотою під контролем гемограми. Після закінчення лікування фолієву кислоту потрібно продовжувати вживати ще один тиждень.
- У I триместрі проводять скринінг на наявність краснухи. У серонегативних жінок не потрібно виконувати повторне дослідження під час вагітності, але слід направити на післяпологову вакцинацію від краснухи.
- Скринінг на сифіліс проводять у I триместрі, а за потреби – у II та III триместрах. У разі негативного тесту при першому результаті повторне призначення не потрібне. Лікування проводять пеніциліном.
- Скринінг на виявлення маркерів до австралійського антигену проводять у I триместрі. За потреби тестування повторюють у III триместрі. За наявності факторів ризику зараження вірусом гепатиту В пропонують вакцинацію у II триместрі [14].
- Скринінг на ВІЛ проводять дворазово – у I та III триместрах, у II триместрі – за потреби.
- Крім цього, проводять скринінгове обстеження з приводу цитомегаловірусу, вірусу Зіка та гепатиту С у I триместрі.

Велика Британія

- Токсоплазмоз, виявлений у терміні менше 18 тиж, лікують спіраміцином, при виявленні ураження плода – піриметаміном у поєднанні з сульфасалазином та фолієвою кислотою.
- Скринінг на сифіліс проводять одноразово при першому зверненні вагітної з приводу даної вагітності. При позитивному тестуванні проводять лікування бензилпеніциліном.
- Скринінгове обстеження на вірус краснухи не виконують. При контакті з хворим на краснуху та після специфічної діагностики назначають симптоматичне лікування.
- Скринінг на виявлення ВІЛ проводять при першому візиті вагітної до лікаря. У разі позитивного тесту обстеження проводять повторно у III триместрі, напередодні пологів та відразу після розродження. Надають перевагу зидовудину для антиретровірусної терапії.
- Скринінгове обстеження на наявність антигену до гепатиту В виконують під час першого візиту вагітної [4,9].

США

- Скринінг вагітних на ББ проводять у терміні 12–16 тиж [3].
- Найбільшим ризиком є первинне інфікування вірусом простого герпесу у III триместрі у зв'язку з високою ймовірністю передачі вірусу новонародженому. Однак широкого скринінгу з приводу цієї інфекції немає. Було встановлено, що противірусна терапія ацикловіром у терміні від 36 тиж знижує частоту рецидивів під час пологів. Активна висипка та продромальні симптоми є показанням до кесарева розтину, але це не знижує ризику інфікування плода.

Якщо висипання розташовані далеко від зовнішніх статевих органів, ризик неонатальної передачі вірусу нижче. При доношеній вагітності рекомендують проводити кесарів розтин незалежно від тривалості безводного проміжку. Якщо вагітність недоношена, схиляються до очікувальної тактики [2].

- Стандартне обстеження на імунітет до краснухи проводять при зверненні жінки з приводу вагітності до лікувального закладу. Рутинне застосування імуноглобуліну людського для профілактики після контакту не рекомендується через те, що він не запобігає віремії [13]. Основним методом профілактики краснухи є імунізація. Жінкам, що не мають імунітету до краснухи, пропонується імунізація після пологів [8].
- Пацієнткам з раннім сифілісом слід одноразово вести бензилпеніцилін. При пізньому сифілісі лікування бензилпеніциліном проводять щотижня. Окрім скринінгового обстеження на сифіліс при першому візиті, у таких випадках рекомендується повторне обстеження у III триместрі.

Лікування до 20 тиж запобігає реінфекції та має хороший ефект. Після 20 тиж під час лікування рекомендоване проведення УЗД для виявлення ураження плода та моніторинг частоти серцевих скорочень плода. При алергії на пеніцилін рекомендується десенсибілізація вагітної. Застосування азитроміцину не бажане.

- Для лікування токсоплазмозу спіраміцину немає в продажу у США, але за згодою FDA для терапії він видається. Тому при лікуванні токсоплазмозу більш схиляються до схеми з піриметаміном, сульфасалазином та фолієвою кислотою у II триместрі.
- При виявленні позитивного результату на ВІЛ під час скринінгового обстеження рекомендовано повторити його через 4 тиж. Якщо тест від'ємний, рекомендують повторити тестування у III триместрі. При підтвердженому інфікуванні вдаються до таких додаткових обстежень, як кількісне визначення РНК ВІЛ, кількості CD4⁺-лімфоцитів, повний біохімічний аналіз крові, серологічне обстеження на гепатит В та С, скринінг на ПІСШ та цитологічний мазок з шийки матки.

Якщо РНК ВІЛ менше 1000 копій/мл, то вагінальні пологи дозволяються, ризик інфікування становить менше 1%. Лікування зидовудиною необов'язкове. Слід уникати амніотомії, введення фетальних головних електродів та інших маніпуляцій, що можуть підвищити ризик передачі. При РНК ВІЛ більше 1000 копій/мл рекомендований кесарів розтин та внутрішньовенне введення зидовудину. Кесарів розтин найкраще проводити на 38-у тижні вагітності до вилиття вод. Під час пологів рекомен-

дується терапія зидовудином. У післяпологовий період рекомендується штучне вигодовування.

Крім того, жінки з кількістю CD4⁺-лімфоцитів менше 200 клітин/мл повинні отримувати профілактичне лікування *Pneumocystis carinii* тримоксазолом (сульфаметоксазол + триметоприм). Жінкам з кількістю CD4⁺-лімфоцитів менше 100 клітин/мл слід проводити профілактику інших опортуністичних інфекцій [5,6].

Як демонструють дані літератури, суттєвих відмінностей між тактикою ведення вагітних при підозрі на ВУІ плода в Україні та країнах Європи і США немає. Лікувальну тактику при ВІЛ в Україні починають при меншому виявленні копій/мл, ніж у США, тоді як у Великій Британії тактика лікування залежить від терміну гестації.

В усіх країнах спосіб розродження залежить від вірусного навантаження ВІЛ. Однак у Великій Британії немає чітких термінів розродження, на відміну від України та США. Схеми лікування токсоплазмозу не відрізняються у жодній з наведених країн. Однак в США спіраміцин не зареєстрований та не застосовується рутинно, там надають перевагу терапії пріметаміном, сульфасалазином та фоліевою кислотою, тоді як в інших країнах це є терапією другої ланки.

В Іспанії є практика вакцинації під час вагітності від гепатиту В. У протоколах інших країн такої практики не виявлено. Цікаво також те, що у звичайне скринінгове обстеження при першому зверненні жінки з приводу вагітності входить скринінг на краснуху, тоді як в інших країнах цього немає.

ВИСНОВКИ

Тактика ведення вагітних з підозрою на внутрішньотробої інфекцію (ВУІ) плода суттєво не відрізняється в Україні, країнах Західної Європи та США. Наявні розбіжності у тактиці ведення вагітності при підозрі на ВУІ наводять на думку про необхідність подальших досліджень та розроблення профілактичних заходів з метою мінімізації ризиків для плода при інфікуванні вагітної патогенами групи TORCH.

Конфлікт інтересів: Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Подяка: Головному лікарю п. Олегу Юрійовичу Онопко, медичній директорці п. Тетяні Василівні Міцьо та усьому медичному персоналу Ужгородського міського пологового будинку за відданість пацієнткам та професіоналізм у нелегких умовах пандемії.

Відомості про авторів

Корчинська Оксана Олександрівна – ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 88000, м. Ужгород, пл. Народна, 3; тел.: (050) 290-97-58. *E-mail:* xena.0474@gmail.com

ORCID: 0000-0001-7265-4829

Балога Ольга Андріївна – ДВНЗ «Ужгородський національний університет», 88000, м. Ужгород, пл. Народна, 3; тел.: (063) 121-16-92. *E-mail:* olga.baloga2345@yahoo.com

ORCID: 0000-0002-4291-7437

Information about the authors

Korchyns'ka Oksana O. – SHEI "Uzhhorod National University", 88000, m. Uzhhorod, pl. Narodna, 3; tel.: (050) 290-97-58. *E-mail:* xena.0474@gmail.com

ORCID: 0000-0001-7265-4829

Baloga Olga A. – PIHE "Uzhhorod National University", 88000, m. Uzhhorod, pl. Narodna, 3; tel.: (063) 121-16-92. *E-mail:* olga.baloga2345@yahoo.com

ORCID: 0000-0002-4291-7437

Сведения об авторах

Корчинская Оксана Александровна – ГБУЗ «Ужгородский национальный университет», 88000, г. Ужгород, пл. Народная, 3; тел.: (050) 290-97-58. *E-mail:* xena.0474@gmail.com

ORCID: 0000-0001-7265-4829

Балога Ольга Андреевна – ГБУЗ «Ужгородский национальный университет», 88000, г. Ужгород, пл. Народная, 3; тел.: (063) 121-16-92. *E-mail:* olga.baloga2345@yahoo.com

ORCID: 0000-0002-4291-7437

ПОСИЛАННЯ

- Zaporozhan V. Infektsiyni zakhvoryuvannya i vahitnist' Akusherstvo ta hinekolohiya: U 4 t. : natsional'nyy pidruchnyk. K.: VSV "Medytsyna"; 2013, p. 928–65.
- American College of Obstetricians and Gynecologists Treatment of Genital Herpes in Pregnant Women. 2020 April.
- Al-Haddad Benjamin J.S., Oler Elizabeth, Armistead Blair, Mysorekar Indira, Rajagopal Lakshmi, M. Adams Kristina. Waldorf The fetal origins of mental illness. EXPERT REVIEWS. 2019; DEC. 22(16):549–62. Published: June 14, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.06.013>
- Cillian De Gascun TORCH Testing in Obstetrics and Neonatology V2; 2019.

- Available from: <https://www.hse.ie/eng/about/who/cspd/ncps/pathology/resources/torch-testing-in-obstetrics-and-neonatology1.pdf>
- Kimberlin David W., MD, FAAP, Red book 2021, 2021–2024 Report of the Committee on Infectious Diseases American Academy of Pediatrics, Rubella; p. 648–66.
 - David W. Kimberlin, MD, FAAP, Red Book 2021, 2021–2024 Report of the Committee on Infectious Diseases American Academy of Pediatrics, Herpes simplex; p. 407–17.
 - Kompendium. Toksoplazmoz. Available from: <https://compendium.com.ua/>

- uk/tutorials-uk/infektsiyni/toksoplazmoz/
- Maldonado YA, Read JS. Diagnosis, treatment, and prevention of congenital toxoplasmosis in the United States. Pediatrics. 2017;139(2):e1–e51.
- Management of Genital Herpes in Pregnancy. RCOG. 2014 Oct, p. 8–10.
- Nakaz MOZ Ukrainyvid 27.12.2007 № 906. Klinichnyy protokol z akusher's'koyi dopomohy «Perynatal'ni infektsiyni».
- Nakaz MOZ Ukrainy №312 vid 08.05.2009. Pro zatverdzhennya klinichnykh protokoliv nadannya medychnoyi dopomohy khvorym na dermato-venerolohichni zakhvoryuvannya.

- Nakaz MOZ Ukrainy № 551 vid 11.08.2014. Pro udoskonalennya provedennya profilaktychnykh shcheplen' v Ukraini.
- Neu Natalie, Duchon Jennifer, Zachariah Philip. TORCH Infections; 2015. Available from: <https://poliklinika-harni.hr/images/uploads/360/torch.pdf>
- Protocolo: Infecciones Torch y por parvovirus B19 en la gestación Hospital Clínic Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona; 2020.
- Ukrayins'ka teratolohichna informatsiyna systema Toksoplazmoz ta vahitnist'; 2016. Available from: <http://utis.in.ua/toxoplasmosis/>

Стаття надійшла до редакції 29.07.2021. – Дата першого рішення 03.08.2021. – Стаття подана до друку 16.09.2021