

Герпетическая инфекция во время беременности



На сегодняшний день мы видим увеличение частоты герпетической инфекции в структуре инфекций, передающихся половым путем. Чаще заражению вирусом простого герпеса (ВПГ) подвергаются женщины репродуктивного возраста, что делает проблему внутриутробной вертикальной передачи плоду и инфицирования новорожденных очень актуальной [1].

Инфекции женской репродуктивной системы – одна из самых актуальных проблем в практике акушера-гинеколога [1].

По МКБ-10 аногенитальная герпетическая вирусная инфекция (herpes simplex) кодируется в разделе А60, в том числе:

- А60.0. Герпетические инфекции половых органов и мочеполового тракта.
- А60.1. Герпетические инфекции перианальных кожных покровов и прямой кишки.
- А60.9. Аногенитальная герпетическая инфекция неуточненная.

Возбудители

Самыми частыми причинами инфекционно-воспалительных заболеваний половых органов являются:

- *Candida spp.*,
- *Trichomonas spp.*,
- *Chlamydia spp.*,
- *N. gonorrhoeae*,
- *Gardnerella spp.*

Все они могут причинять дискомфорт, быть причиной бесплодия и осложнений при беременности [1,2].

Среди вирусных агентов в структуре заболеваемости чаще всего врач встретит Herpes simplex virus (HSV/ ВПГ) 1 и 2 [3]. HSV 2-наиболее частая причина генитального герпеса (ГГ), передающаяся преимущественно половым путем. HSV 1 регистрируется в детстве и обычно передается при несексуальных контактах [4].

Около 20 % беременных женщин инфицированы ВПГ-2 и до 5 % приобретают ГГ во время беременности. Его опасность при беременности обусловлена высокой частотой самопроизвольного ее прерывания, преждевременных родов, врожденных и неонатальных герпетических инфекций, задержки внутриутробного развития плода. Помимо этого, герпетическая инфекция связана с увеличением частоты тромбофилии и антифосфолипидного синдрома из-за поражения эндотелия кровеносных сосудов ВПГ. При инфицировании женщин ВПГ 2 в третьем триместре риск заражения новорожденного достигает 75 %, в первом триместре – около 1–3 %. Причиной этому является то, что при первичном инфицировании ВПГ в конце беременности времени недостаточно для выработки антител, необходимых для подавления размножения вируса [1].

Клиническая картина ГГ

ГГ в большинстве случаев протекает без симптомов, поэтому распознать его женщине самой очень сложно. Клинические проявления появляются спустя 2–21 день после инфицирования.

Проявления:

- Сыпь и изъязвления наружных половых органов и шейки матки,
- Диспареуния,
- Дизурия,
- Выделения из влагалища,
- Локальная лимфоаденопатия,
- Везикулярные и язвенные поражения внутренней поверхности бедра, ягодиц, промежности и/или перианальной зоны,

- Лихорадка, головная боль и миалгия (38 % у мужчин, 68 % у женщин) при первичном инфицировании,
- Иногда менингит и вегетативная невропатия, приводящая к задержке мочи, главным образом у женщин [1].

Лечение беременных женщин с первичным генитальным герпесом или его рецидивом

1 Ацикловир (многочисленные наблюдения показывают, что применение препарата во время беременности не вызывает развития пороков и дефектов плода, при этом препарат накапливается в амниотической жидкости. Лечение показано только при первичном эпизоде заболевания в последние 4 нед. беременности: ацикловир рекомендуется в дозе 400 мг 2 р/сут на протяжении 5–10 дней. Такая тактика снижает риск возникновения рецидива заболевания. Со срока 36–37 нед. беременности до родов – лечение по подозрению: ацикловир 400 мг 2 р/сут) [1,5].

2 Валацикловир. Поскольку ацикловир и валацикловир официально не одобрены для лечения беременных, пациенты должны знать о возможных побочных эффектах. Врач должен понимать, что рандомизированные исследования показали, что лечение ацикловиром и валацикловиром с 36-й недели беременности до родов значительно снижает частоту клинических проявлений и интенсивность выделения вируса во время родов, поэтому потребность в кесаревом сечении и, вероятно, риске вертикальной передачи так же уменьшается [1].

К терапии противовирусными средствами целесообразно добавить активированную глицирризиновую кислоту в виде спрея (Эпиген Интим 0,1%) 5 р/сут в течение 14 дней в предгравидарном периоде при наличии в анамнезе ГГ и дополнительно 2–3 р/сут по 5 дней ежемесячно с 22 недели беременности без дополнительной системной терапии. Исследования показали, что это существенно снижало частоту обострения ГГ во время беременности [5].

Помимо противовирусных средств, средствами борьбы с герпесвирусами являются интерфероны и их индукторы, а также специфическая вакцинация [6].

На приеме. Самые частые ситуации.

Ситуация 1.

У беременной/ её партнера в анамнезе есть рецидивы ГГ.

Правила ведения:

- Провести вирусологическое подтверждение инфекции - ПЦР-метод исследования при наличии видимых очагов.
- При отсутствии видимых очагов повреждения и продромальных симптомов к моменту родов риск неонатального герпеса составляет 0,1% и при этом не требуется проведения кесарева сечения или терапии ацикловиром. Единственное, что рекомендуется в этой ситуации, —ПЦР-исследования отделяемого из нижнего отдела генитального тракта на ВПГ перед родами и дезинфекция родовых путей. У новорожденных нужно взять мазки из конъюнктивы и из носоглотки через 24—36 ч после родов [7].

Ситуация 2.

Приблизительно за неделю до родов возникает рецидив ГГ. Риск неонатальной инфекции низкий (2—5%), так как имеется небольшое количество очагов поражения, короче период выделения вируса и уже существует иммунная реакция организма на инфекцию.

Правила ведения:

- Возможны естественные роды с соблюдением правил асептики и антисептики.
- Далее обычно достаточно клинического наблюдения за новорожденным и ПЦР-исследования слизистых и кожи на герпес через 24 ч после родов, особенно если родовые пути были предварительно дезинфицированы.
- Наличие дополнительных факторов риска (преждевременные роды, длительный безводный период, множественные цервиковагинальные очаги поражения и т. д.) - основание для проведения кесарева сечения и применения ацикловира у новорожденных [7].

Ключевые слова: вирус герпеса, самопроизвольный аборт, внутриутробные пороки развития, генитальный герпес, беременность, Herpes simplex virus, ВПГ 1, 2.

Литература:

1. Петров Ю.А., Купина А.Д., Шаталов А.Е. Герпетическая инфекция во время беременности. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований № 7, 2020; С: 62-66.
2. Гинекология: национальное руководство. Под ред. Савельевой Г.М., Сухих Г.Т., Серова В.Н., Радзинского В.Е., Манухина И.Б. 2-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. 1008 с.
3. Baker D.A. Consequences of herpes simplex virus in pregnancy and their prevention. Current Opinion in Infectious Diseases. 2007. № 20. P. 73–76.
4. Сиразитдинова В.Ф., Дмитриев Г.А., Маннанов А.М. Герпес-вирусная инфекция у детей // Клиническая дерматология и венерология. 2012. № 6. С. 10–15.
5. Павлович С.В., Назарова Н.М. Генитальный герпес у женщин вне и во время беременности. Медицинский совет. 2018. № 13. С. 61-64.
6. Романцов М., Агерджанов А., Рыбалкина Т. Генитальный герпес. Сравнительная оценка эффективности терапии. Врач. 2005. № 11. С. 58-59.
7. Белова А.В., Асцатурова О.Р., Науменко Н.С., Никонов А.П. Генитальный герпес и беременность. Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирёва. 2017; 4 (3): 124—130

Материал принадлежит ООО «ММА«МедиаМедика», любое копирование и использование в коммерческих целях запрещено. Предназначено исключительно для специалистов здравоохранения.