

УДК 618.2:616.97-084

**ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ:  
ВЛИЯНИЕ НА ЕЕ ИСХОД, ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

*А.М. Жукембаева*

Рассматриваются наиболее значимые инфекции, передающиеся половым путем, такие как гонорея, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, трихомониаз, бактериальный вагиноз, урогенитальный кандидоз, папилломавирусная инфекция, вирусный гепатит В.

*Ключевые слова:* беременные; инфекции, передающиеся половым путем.

**INFECTIONS, SEXUALLY TRANSMITTED DURING PREGNANCY:  
IMPACT ON ITS OUTCOME, THE POSSIBILITY OF PREVENTION AND TREATMENT**

*A.M. Zhukembayeva*

The paper considers the most important STIs such as gonorrhoea, chlamydia, mycoplasmosis, ureaplasmosis, trichomoniasis, bacterial vaginosis, urogenital candidiasis, HPV infection, viral hepatitis B.

*Keywords:* pregnant; infections, sexually transmitted.

Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), вносят свою лепту в проблему инфекционной заболеваемости беременных и новорожденных. В приведенном обзоре рассматриваются наиболее значимые ИППП, такие как гонорея, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, трихомониаз, бактериальный вагиноз, урогенитальный кандидоз, папилломавирусная инфекция, вирусный гепатит В.

Сроки перинатального заражения ИППП варьируются в зависимости от нозологической формы. Например, сифилис передается трансплацентарно и заражает ребенка в утробе матери. Гонорея, хламидиоз, ВГВ и генитальный герпес передаются интранатально при прохождении ребенка через родовые пути. Инфицирование ВИЧ может происходить и трансплацентарно, и в родах, и постнатально при грудном вскармливании.

Инфицирование плода на ранних стадиях беременности сопровождается наиболее высоким риском ее преждевременного прерывания или возникновения тяжелых, не совместимых с жизнью пороков развития. Поражение плода в более поздние сроки может приводить к развитию органной патологии. При антенатальном инфицировании клинические проявления инфекции у новорожденного выявляются, как правило, в первые часы или сутки после рождения, тогда как при интранатальном и постнатальном заражении манифестация инфекции может произойти значительно позже, особенно если ребенку была назначена антибакте-

риальная или противовирусная терапия по другим показаниям [1].

Гонорея относится к числу наиболее распространенных ИППП. Хотя передача ГИ от матери к ребенку происходит преимущественно интранатально, у женщин с нелеченной гонореей отмечено повышение частоты преждевременных родов (15–22%). При интранатальном инфицировании новорожденных *Neisseria gonorrhoeae* наиболее часто (30–50 %) вызывает поражения глаз – гонококковую офтальмию новорожденных, которая может осложняться изъязвлением роговицы с перфорацией, приводящим к слепоте [2, 3]. Отмечаются также локализованные поражения слизистых оболочек гортани и мочеполовых путей. У недоношенных новорожденных может развиваться диссеминированная инфекция с клиникой артрита, менингита и сепсиса [4].

Действующая программа скрининга беременных предусматривает двукратное микроскопическое исследование мазков из влагалища (при первичном обращении и на 30-й неделе беременности), но данный метод в силу невысокой чувствительности не может считаться адекватным. Эксперты ВОЗ рекомендуют проведение скрининга на ГИ у всех беременных с использованием культурального метода [5].

Беременность у женщин с урогенитальным хламидиозом нередко протекает с осложнениями, такими как многоводие, поражение плаценты и ее оболочек, преждевременные роды, угроза прерывания

или спонтанное прерывание беременности и мертворождение. Заражение плода может происходить антенатально и интранатально в результате аспирации инфицированных околоплодных вод. По данным различных источников, вероятность антенатального инфицирования составляет от 60 до 70 % даже при бессимптомном течении инфекции у матери, интранатально поражаются 6–7 % новорожденных.

ХИ новорожденных может протекать бессимптомно или проявляться конъюнктивитом, поражениями верхних и нижних дыхательных путей, гениталий, центральной нервной системы (ЦНС) и др. По данным зарубежных авторов, риск развития конъюнктивита у новорожденных, инфицированных хламидиями, колеблется от 20 до 50 %, пневмонии – от 5 до 20 %. У недоношенных новорожденных могут развиваться респираторный дистресс-синдром и сепсис.

Женщины из групп повышенного риска обследуются повторно в III триместре беременности. Хотя скрининговое обследование на ХИ не входит в перечень обязательных тестов при беременности и выполняется в нашей стране эпизодически, целесообразность его проведения не вызывает сомнений, особенно у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом [6].

Всем новорожденным с симптоматикой конъюнктивита рекомендуется проводить лечение препаратами, активными в отношении как хламидий, так и гонококков, вследствие высокой вероятности микст-инфекции.

Частота выявления *Ureaplasma urealyticum* у беременных составляет 50–75 %, *Mycoplasma hominis* – 20–25 %. Отметим, что беременность способствует повышению колонизации УГТ данными патогенами в 1,5–2 раза, что объясняется изменениями иммунного и гормонального статуса женщины.

Трихомонадная инфекция (ТИ) нередко сочетается с другими ИППП, особенно с ГИ и бактериальным вагинозом (БВ). В ряде зарубежных исследований показано, что инфицирование *T. vaginalis* повышает риск преждевременного отхождения околоплодных вод, преждевременных родов и рождения ребенка с низкой массой тела. Лечение трихомониаза у беременных (не ранее II триместра) и детей проводится препаратами группы метронидазола. Возможность использования метронидазола в период беременности остается спорной из-за его потенциального мутагенного и канцерогенного эффекта. В то же время повышенный риск развития дефектов плода и тератогенности не подтвержден, поэтому в ряде стран (США, Канада) терапию ТИ метронидазолом проводят в максимально ранние сроки, в том числе в I триместре беременности. Бактериальный вагиноз характеризуется изменениями экосистемы влагалища в виде замещения доминирующих в микрофлоре лактобацилл ассоциацией *Gardnerella vaginalis* и анаэробных бактерий.

По данным отечественных авторов, распространенность БВ варьируется в различных возрастных и социальных группах: 17–19 % – в группах планирования семьи, 24–37 % – среди лиц, находящихся на лечении по поводу венерических заболеваний, и 15–37 % – у беременных. Беременность может провоцировать развитие БВ, поскольку сопровождается выраженными изменениями гормонального статуса [7].

Результаты многоцентрового исследования по изучению факторов риска преждевременных родов (2929 беременных) показали значимую связь между наличием у женщины БВ и преждевременными родами до 32 недель гестации (относительный риск (ОР) – 2,7; 95 % ДИ – 1,6–4,6). Развитие БВ также является фактором риска спонтанного прерывания беременности (ОР – 1,3–2,03), амниотической инфекции (ОР – 1,5–1,7), преждевременного излития околоплодных вод (ОР – 2–7,3) и преждевременных родов (ОР – 2–2,6). Риск неблагоприятного исхода беременности у женщин с БВ отчетливо повышается при сопутствующей ТИ.

С учетом локального характера поражений при БВ при беременности оптимально проведение местной терапии. Хороший клинический эффект показан метронидазолом, назначаемым интравагинально в форме таблеток, тампонов или свечей.

*Метронидазол*: 200–250 мг внутрь 3 раза в сутки, 7 дней (не ранее II–III триместра беременности).

*Метронидазол*: 2 г внутрь однократно (в экстренных случаях провести лечение в I триместре, а также во II–III триместре).

*Клиндамицин*: 300 мг внутрь два раза в сутки, 7 дней.

Широко распространена папилломавирусная инфекция (ПВИ), особенно у женщин детородного возраста. Согласно результатам скрининговых обследований, ПВИ выявляется у 40–50 % молодых женщин, однако длительная персистенция вируса в области шейки матки, реже – вульвы и влагалища, наблюдается только у 5–15 % женщин. Беременность предрасполагает к рецидивированию папилломатозных образований, их разрыхлению и увеличению в размерах.

Наиболее частым проявлением ПВИ у новорожденных является ювенильный папилломатоз гортани, вызванный вирусами типов 6, 11 и 30. Описаны случаи папилломатоза гортани у детей, рожденных путем операции кесарева сечения.

При наличии экзофитных высыпаний лечение беременных проводят с осторожностью, по возможности на ранних сроках, с использованием физических методов деструкции (криодеструкция, лазеротерапия, диатермокоагуляция, электрохирургическое иссечение). Аналогично проводится лечение детей. Хотя, по данным ряда источников, кесарево сечение в несколько раз снижает риск развития респираторного папилломатоза, нали-

чие кондилом на половых органах или субклинические формы инфекции не являются показанием для проведения этой операции ввиду возможности ante- и постнатального инфицирования. Оперативное родоразрешение может быть необходимо при больших размерах кондилом с угрозой обтурации родовых путей и кровотечения [1, 8].

Вирусный гепатит “В” сегодня остается самым распространенным из всех вирусных гепатитов. Им инфицированы около 2 млрд человек в мире, причем более чем у 350 млн инфекция носит хронический характер. Около 45 % населения живет в регионах с высокой эндемичностью ВГВ (частота выявления HBsAg  $\geq 8$  %), 43 % – со средней эндемичностью (частота HBsAg – 2–7 %). Общее число больных хроническим ВГВ и “вирусоносителей” в нашей стране составляет от 3 до 5 млн человек и имеет отчетливую тенденцию к росту.

Беременность у женщин с хроническим ВГВ в большинстве случаев не сопровождается осложнениями. Случаи антенатального инфицирования редки, однако оно может произойти при повышении проницаемости плаценты, например, при угрозе прерывания беременности. Заражение ребенка происходит преимущественно при прохождении через родовые пути, где он соприкасается с кровью инфицированной матери. Особую угрозу представляет появление мутантных штаммов вируса, не продуцирующих HBsAg. Инфицированные ими дети подвергаются высокому риску развития вирусного гепатита с фульминантным течением в первые два-четыре месяца после рождения. Поэтому иммунопрофилактику следует проводить всем детям, рожденным HBsAg гамма-положительными матерями, независимо от результатов обследования на HBsAg.

Обследование на выявление инфицирования ВГВ (определение HBsAg) входит в программу скрининга беременных, рекомендуется к выполнению при первичном обращении и является обязательным в III триместре [9].

Основной стратегией профилактики перинатального инфицирования ВГВ в настоящее время является проведение пассивно-активной иммунизации (введение гипериммунного глобулина к ВГВ и вакцинация) всем новорожденным, матери которых HBsAg-инфицированы. По данным зарубежных авторов, адекватная иммунизация позволяет предотвращать заражение в 90 % случаев.

Предварительные результаты контролируемого исследования у беременных с высокой степенью вирусемии (концентрации ДНК в крови 1000 эквмл) показали, что проведение короткого курса терапии ламивудином позволяет снизить риск перинатального инфицирования, однако возможность использования данного подхода в повседневной клинической практике пока остается на стадии обсуждения.

Острый ВГВ, перенесенный во время беременности, не сопровождается повышением смертности или тератогенным эффектом и не является показанием к прерыванию беременности. Поскольку снижение риска заражения ВГВ при родоразрешении путем кесарева сечения не доказано, выполнение данной операции с целью профилактики перинатального инфицирования в настоящее время также не рекомендуется.

Таким образом, несмотря на совершенствование методов диагностики и появление новых препаратов, ИППП продолжают оставаться актуальной проблемой медицины в целом и акушерства и перинатологии в частности. Повышение осведомленности практических врачей по данному вопросу, широкое внедрение современных стратегий обследования женщин как на этапе планирования, так и во время беременности и их своевременное лечение, несомненно, позволят снизить частоту перинатальной инфекционной патологии.

#### Литература

1. *Иванян А.Н.* Диагностика, лечение и профилактика внутриутробных инфекционных заболеваний / А.Н. Иванян, Л.В. Козлова, Т.В. Грибко и др. Смоленск, 2003. С. 103–107.
2. *Remington J.S., Klein J.O.* Infectious Disease of the Fetus and Newborn Infant. Philadelphia, PA WB Saunders Co, 2001. №11, P. 389–424.
3. Sexually transmitted and other reproductive tract infections. World Health Organization 2005. P. 175–177.
4. *Babl F.E., Ram S., Barnett E.D. et al.* Neonatal gonococcal arthritis after negative prenatal screening and despite conjunctival prophylaxis // *Pediatr Infect Dis J.* 2000. № 1. P. 46–49.
5. Методические материалы по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) // Протоколы ведения больных, лекарственные средства; под ред. А.А. Кубановой. М., 2003. 448 с.
6. *Mullick S., Watson-Jones D., Beksinska M. et al.* Sexually transmitted infections in pregnancy prevalence, impact on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries // *Sex Trans Infect.* 2005. № 81. P. 294–302.
7. *Иванова М.А.* Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем в Российской Федерации в 2002–2004 гг. / М.А. Иванова // Клиническая дерматология и венерология, 2005. № 3. С. 14–17.
8. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. World Health Organization 2003. P. 91.
9. *Кулаков В.И.* Инфекции, передаваемые половым путем, – проблема настоящего и будущего / В.И. Кулаков // Акушерство и гинекология. 2003. № 6. С. 3–6.