

Grūtniecība un infekcijas

Šajā nodaļā apkopotas 1999. gadā pirmoreiz izdoto vadlīniju atjaunots un papildināts variants, ko izstrādāja darba grupa Daces Rezebergas vadībā ar starptautiska eksperta Oslo universitātes (Norvēģija) profesores Babill Stray-Pedersen piedalīšanos. Kā eksperti darba grupā piedalījās Agita Jēruma Latvijas Infektoloģijas centra infektoloģe, Ilze Kreicberga neonatoloģe, Svetlana Andrējeva RSU Dzemdniecības un ginekoloģijas katedras docente.

Infekcijas grūtniecības laikā var tikt pārnestas no mātes auglim/jaundzimušajam un tas ir vertikālais infekciju transmisijas ceļš. Infekcijas var ietekmēt grūtniecības norisi, esot par iemeslu grūtniecības neiznēsāšanai, iedzimtām anomālijām, saslimstībai un mirstībai jaundzimušo periodā. Mātei daudzas no infekcijām grūtniecības laikā var noritēt bezsimptomi vai arī simptomi ir nespecifiski, arī jaundzimušajam infekcija var neizpausties uzreiz, bet klīniskie simptomi var parādīties pēc nedēļām, mēnešiem vai pat pēc gadiem.

Vertikāla transmisija var notikt grūtniecības laikā transplacentāri vai ascendējošā ceļā, dzemdībās, auglim nonākot tiešā kontaktā ar inficētu dzemdību kanālu, asinīm vai fēcēm, kā arī inficēties jaundzimušais var ar krūts pienu pēc piedzimšanas.

Infekciju skrīnings grūtniecības laikā ir dārgs, ne visām infekcijām šodien pastāv vertikālas profilakses iespējas, ne visas infekcijas grūtniecības laikā visām grūtniecēm ir jāārstē. Tāpēc katrā valstī tiek noteikta sava atšķirīga skrīningprogramma atbilstoši attiecīgai epidemioloģiskai situācijai.

Termins TORCH infekcijas ir vēsturisks apzīmējums specifiskām infekcijām, kuras māte var nodot savam jaundzimušajam. Pie šīm infekcijām klasiskā izpratnē pieder:

Toxoplasmosis - toksoplazmoze

Others – citas infekcijas

Rubella - masaliņas

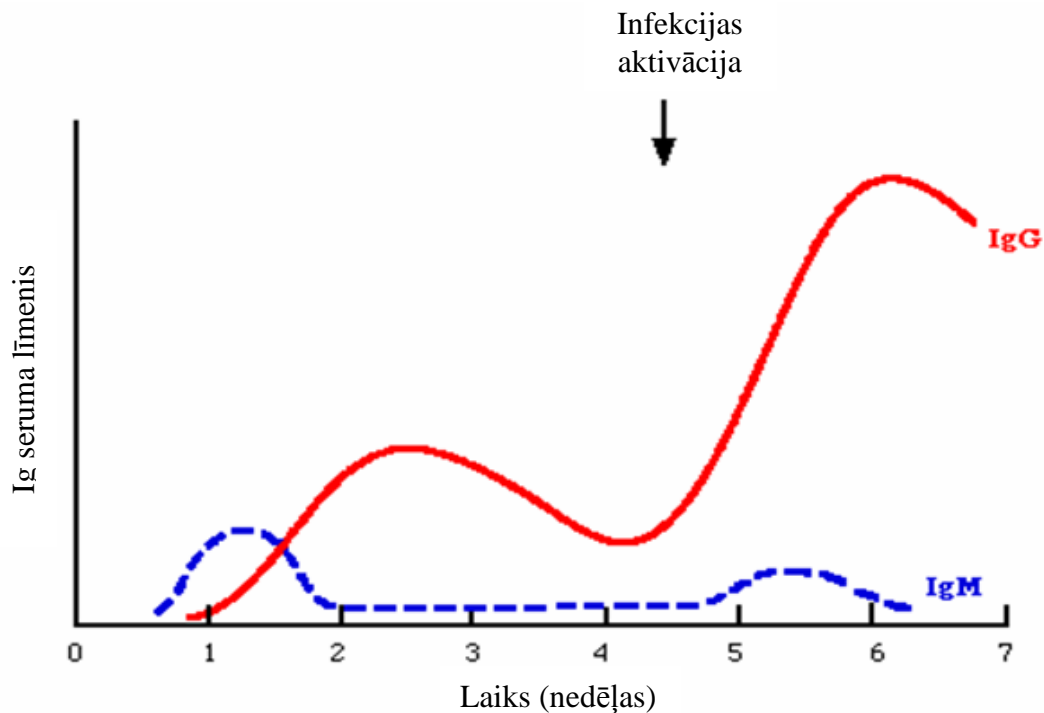
Citomegalovirus – citomegalovīrusa infekcija

Herpes - cilvēka herpes vīrusa

Intrauterīnu nespecifisku infekciju, kas izraisa horionamnionītu un visbiežāk ir priekšlaicīgu dzemdību riska faktors, visbiežāk izsauc nosacīti patogēnā dzimumceļu flora, kas ascendējošā ceļā var nonākt intrauterīnā vidē.

Imunitāte grūtniecības laikā

- Grūtniecības laikā relatīvi pazeminās šūnu imunitāte, sasniedzot viszemākos rādītājus III trimestrī.
- Augļa inficēšanās risks ir augstāks, ja sieviete pārslimo primāru infekciju grūtniecības laikā.
- Kā atbildes reakcija uz infekciju veidojas specifiski imunoglobulīni. Pie primāra kontakta ar antigēnu veidojas primārā atbildes reakcija, ko galvenokārt nodrošina IgM klases antivielas, kuru titrs ir zems un ātri krīt. Ja organismā atkārtoti nonāk vai aktivējas tas pats antigēns, veidojas sekundārā reakcija. Šajā gadījumā antivielu titrs pieaug ātrāk, sasniedzot ievērojami augstāku titru un persistē ievērojami ilgāk nekā pie primāra kontakta. Sekundāro atbildes reakciju nodrošina gandrīz vienīgi IgG klases antivielas, turklāt sekundārās atbildes reakcijas laikā sintezētās antivielas ir labāk pielāgotas atbilstošam antigēnam. Infekcijas aktivācijas gadījumā IgM līmenis var būt paaugstināts minimāli un ļoti īslaicīgi vai arī tā paaugstināšanos neizdodas konstatēt (attēls Nr ...).



- IgG šķērso placentu un tādējādi nodrošina auglim pasīvo imunitāti. Infekcijas aktivācijas rezultātā, kad mātes organismā izstrādājas ievērojams specifisko IgG daudzums, imunoglobulīni nonāk arī augļa asins cirkulācijā, tādējādi nodrošinot auglim pasīvo imunitāti. Šeit rodams izskaidrojums, kāpēc mātes atkārtota infekcijas aktivācija nav tik bīstama auglim un retāk izraisa infekcijas vertikālu transmisiju.
- IgM placentu nešķērso. IgM atrade auglim liecina par augļa infekciju.
- Neonatālās infekcijas diagnostika:
 - Anamnēze un klīniskās pazīmes
 - TORCH infekcijas klīniskās pazīmes (hepatosplenomegālija, nervu sistēmas bojājumi, horioretinīts, kaulu smadzeņu supresija)
 - Specifiskie mātes IgG no jaundzimušā asins cirkulācijas izzūd 18 mēnešu laikā. Infekcijas apstiprināšanai vai, gluži pretēji, infekcijas izslēgšanai dažkārt jāpaiet 18 mēnešiem (piem., HIV)
 - Specifiskos IgM izstrādā jaundzimušais un to atrašana apstiprina augļa/jaundzimušā infekciju
 - Antigēna noteikšana ar PQR

Vakcinācija grūtniecības laikā

Aktīvā imunizācija jeb vakcinācija ir balstīta uz specifisko antivielu sintēzi. Ievadot organismā kāda infekcijas izraisītāja relatīvi nekaitīgas formas (nonāvētus vai

novājinātus mikroorganismus), tiek izraisīta primārā imunoloģiskā atbildes reakcija. Turpmāk, organismam saskaroties ar virulentiem slimības izsaucējiem, veidojas sekundārā atbildes reakcija, kas nodrošina infekcijas pārvarēšanu. Dzīvu vīrusu vakcīnas ir kontraindicētas grūtniecības laikā. Vakcīnas, kas gatavotas no nonāvētiem mikroorganismiem vai to daļām, var lietot grūtniecības laikā, tomēr apsverot vakcinācijas nepieciešamību un riska faktoros. Var lietot arī imunoglobulīnus, tomēr jāatceras, ka tie 100% nepasargā no infekcijas.

Toksoplazmoze un grūtniecība.

Dace Rezeberga, Zane Vītiņa

Izsaucējs

Toxoplasma gondii, protozoju parazīts.

Epidemioloģija

- Viena no visbiežāk sastopamajām cilvēku infekcijām pasaulē, inficēti 15 – 80% cilvēki populācijās (Norvēģijā 15%, Lietuvā 40%, Polijā 50 – 60%, Sanktpēterburgā 30%, datu par inficētību Latvijā nav)
- Infekcija ir biežāka silta klimata zemēs.

Pārnēsātāji

- Galvenie saimnieki ir kaķi.
- Starpsaimnieki ir pārējie dzīvnieki.

Inkubācijas periods

- Sporozoīti kļūst infekciozi 24 stundas pēc tam, kad kaķi vai kaķēni tos izplatījuši ārējā vidē oocistu veidā ar fekālijām vai urīnu.
- Oocistas ir ļoti izturīgas. Siltā, mitrā vidē tās ir infekciozas pat 2-3 gadus.
- Inficētu dzīvnieku gaļā cistas ir infekciozas, kamēr gaļa ir jēla. Tās iznīcina sasaldēšana un vārīšana.

Pārnesšanas ceļi

Inficēšanās var notikt:

- Ieēdot jēlu, līdz galam neizceptu vai neizvārītu gaļu, kas satur audu cistas (bradizigotas).
- Ieēdot nemazgātus dārzeņus, uz kuriem ir oocistas. (No tā viegli izvairīties, mazgājot salātus un dārzeņus, pirms to apēšanas).
- Caur placentu no mātes auglim, ja mātei ir primāra infekcija.

Klīnika

- 70-90% asimptomātiski
- Kakla limfadenopātija ar maziem limfmezgliem aiz auss un uz kakla.
- Gripai līdzīgi simptomi (drudzis, drebuļi, nakts svīšana, mialģija un sāpošs kakls.)
- Klīniskās izpausmes ir pašlimitējošas. Simptomi parasti izzūd pēc dažiem mēnešiem vai gada. Ārstēšana nav nepieciešama.
- Imunodeficīta pacientiem var tikt skartas smadzenes.
- Iedzimta toksoplazmoze:
 - Rodas, ja māte pārcieš akūtu primāru infekciju grūtniecības laikā.
 - Mātes infekcija agrīnā gestācijas laikā izraisa smagāku slimību bērnam, ja transmisija ir notikusi, taču tās iespējamība ir mazāka nekā vēlākā grūtniecības laikā.
 - Augļa inficēšanās risks ir augstāks, ja māte inficējusies vēlīnā gestācijas laikā, taču šī infekcijas neizraisa smagu iedzimtas toksoplazmozes klīniku.
 - 90% inficēto bērnu piedzimstot ir asimptomātiski.
 - Horioretinīts - 15% pacientu

} Var attīstīties kā simptomi.

- Intrakraniāli kalcināti - 10%
- Citi TORCH simptomi

Laboratorā diagnoze un rezultātu interpretācija

- Seroloģiskie testi ir rutīnas metode – lai noteiktu IgG un IgM antivielas lieto ELISA (vai citus) testus.
- Ģenētiskā materiāla noteikšana ar PĶR augļūdeņos.
- Negatīvs IgM tests izslēdz nesenu infekciju grūtniecēm, bet 50% jaundzimušajiem, kas inficēti intrauterīni piedzimstot šīs antivielas nav nosakāmas.
- Pozitīvu IgM testu ir grūti interpretēt, jo tas saglabājas pozitīvs pat 2 gadus pēc inficēšanās.
- IgG aviditātes tests ir būtisks nosakot akūtu infekciju (skatīt zemāk).

Iedzimtas toksoplazmozes diagnoze

- Ultrasonogrāfija (hidrocefālija, hepatosplenomegālija)
- Amniocentēze pēc 14.grūtniecības nedēļas – parazīta noteikšana augļūdeņos ar PĶR.

Ārstēšana

- Veselai sievietei bez grūtniecības ārstēšana nav nepieciešama.
- Nav iespējams ietekmēt transmisiju, taču ir iespējams ietekmēt bērna stāvokli pēc dzimšanas.
- Terapija ir nepieciešama:
 - **Ja ir pierādīta augļa infekcija ar PĶR augļūdeņos (amniocentēze)**

3 nedēļas	6 nedēļas
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Pyrimethamine</i> 50 mg/d PO pirmajā dienā, turpmāk 25 mg/d PO un - <i>Sulfadiazine</i> 0.25 PO ik pēc 6 stundām pirmajā dienā, turpmāk 1 PO ik pēc 6 stundām un - <i>Folīnskābe</i> divreiz nedēļā. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Spiramycin (Rovamycine)</i> – 1,5 ik pēc 12 stundām PO vai - <i>Fansidar</i>

Atkārtoti terapijas kursi 3 + 6 nedēļas gari līdz grūtniecības beigām.

- **Ja ir primāra infekcija grūtniecības laikā, bet auglis nav inficēts**

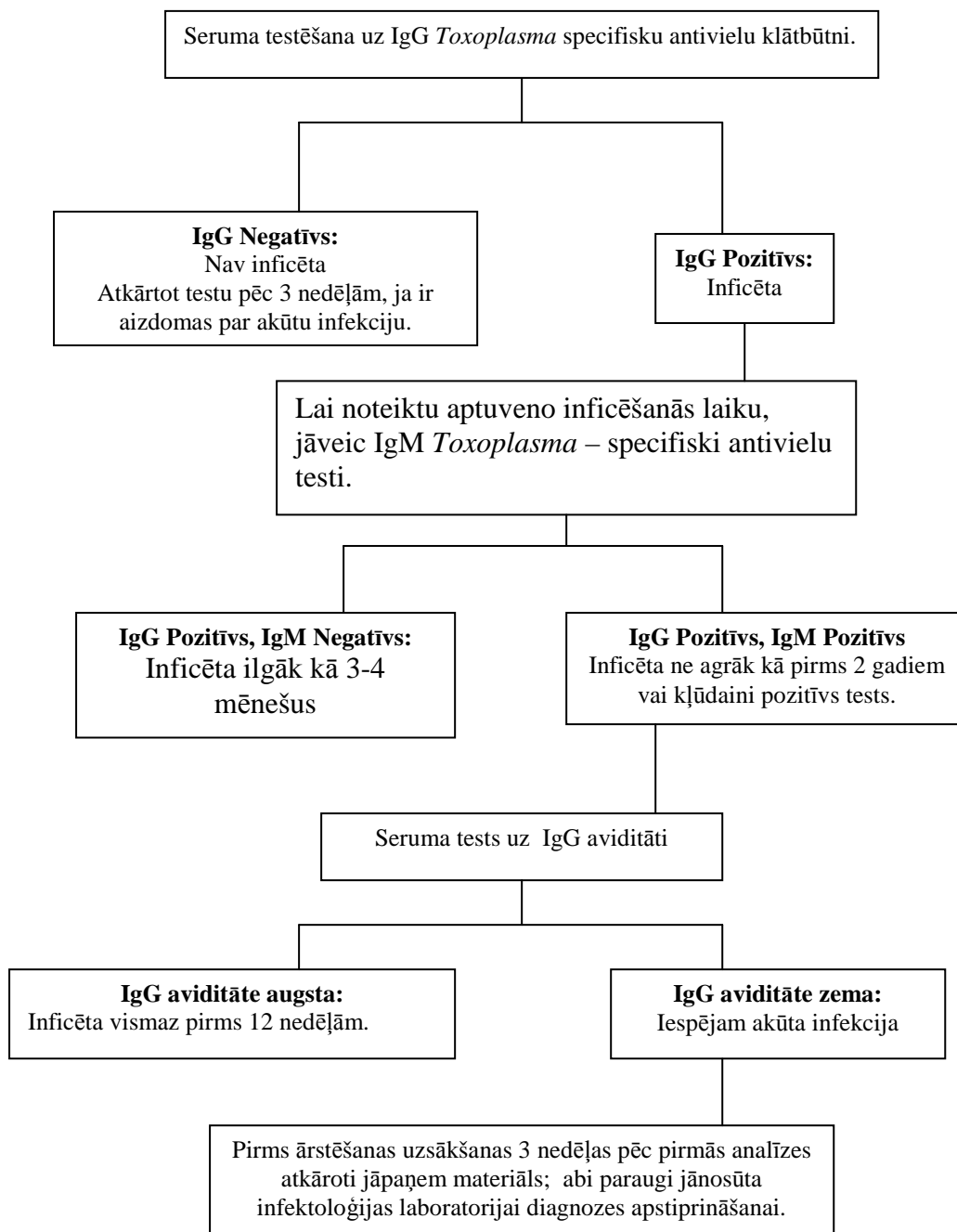
3 dienas	4 dienas
<i>Azithromycin</i> - 500 mg PO	Terapiju nelieto

Atkārtoti terapijas kursi 3 + 4 dienas 3 nedēļu garumā.

Profilakse

- Neēst jēlu vai līdz galam neizceptu gaļu vai nemazgātus dārzeņus.
- Mazgāt rokas pēc jēlas gaļas aiztikšanas, darbošanās dārzā, kontakta ar augsni vai kaķa ekskrementiem.
- Izvairīties no kontakta ar kaķa fēcēm.
- Kaķa ekskrementus jāizmet ik dienu, jo tie kļūst infekciozi 24 stundas pēc nokļūšanas ārējā vidē.
- Jāmēģina izvairīties no iedzimtas toksoplazmozes.
- Par nepieciešamību pēc rutīnas seroloģiska skrīninga grūtniecēm jālemj pēc pētījumiem par infekcijas sastopamību Latvijā.

Taktika grūtniecības gadījumā.



Masaliņas un grūtniecība

Dace Rezeberga

- RNS toga vīruss ar izteikti teratogēnu darbību
- Izplatīšanās ceļš gaisa-pilienu
- Pirms vakcinācijas ieviešanas 80% sieviešu pārslimoja infekciju bērnībā

Klīnika

- Makulo papulozi izsitumi

- Limfadenopātija
- Drudzis
- Artropātija (līdz 60% gadījumu)

Diagnostika

- Specifisku IgM klātbūtne
- Paaugstināts IgG titrs

Infekcijas risks grūtniecības laikā

Pirms koncepcijas minimāls

0-12 nedēļas 100% augļa inficēšanās risks, lielo anomāliju risks

13-16 nedēļas Spontāna aborta risks līdz 20%

13-16 nedēļas Kurlums un retinopātija līdz 15%

Pēc 16 nedēļām Normāla attīstība, neliels kurluma, retinopātijas, muskuļu vājuma attīstības risks

Iedzimts masaliņu sindroms

Klasiska triāde:

- katarakta,
- sirds anomālija
- sensors kurlums

Un citas anomālijas

Iznākums

Ir indicēta grūtniecības pārtraukšana ar medicīnisku abortu, ja mātei apstiprināta masaliņu infekcija līdz 16 grūtniecības nedēļām

Profilakse

- No 1968. gada pieejama dzīvu vīrusu vakcīna, kuras efektivitāte ir līdz 95%
- Vakcinācija Latvijā ir iekļauta nacionālajā vakcinācijas programmā
- Antivielu noteikšana ir indicēta pirms neauglības ārstēšanas un reproduktīvo tehnoloģiju pielietošanas. Ja antivielas negatīvas, rekomendē vakcināciju.

Vakcinācija grūtniecības laikā

- Jācenšas izvairīties no vakcinācijas grūtniecības laikā
- Ja tomēr notikusi vakcinācija grūtniecības laikā, grūtniecība nav jāpārtrauc, jo nav novērots tās teratogēns efekts.

Taktika, ja noticis kontakts ar masaliņu slimnieku grūtniecības laikā

- Jāievāc anamnēze (pārslimotas bērnībā, vakcinācija)
- Antivielu noteikšana uzreiz pēc kontakta ar slimnieku
 - Ja IgG pozitīvi, nosaka IgM, ja negatīvi – nav riska
 - Ja IgG negatīvi, antivielas nosaka vēlreiz ar 2 – 3 nedēļu intervālu

Grūtniecība un citomegalovīrusu (CMV) infekcija

Irina Jermakova, Linda Grīnberga

Sastopamība

- Latvijā nav zināma
- Eiropā 40 gadu vecumā ir inficētas 50 – 85% personas
- Vairāk izplatīts cilvēkiem no zemākām sociāli ekonomiskām grupām

Raksturojums

- Herpes vīrusu grupa
- Spēja ilgstoši atrasties cilvēka ķermenī bez klīniskām izpausmēm

Riska grupas

- Personas, kas strādā ar bērniem (auklītes, medmāsas, skolotāji)
- Personas ar imūnsupresiju (HIV inficētas sievietes)
- Mātes ar maziem bērniem

Transmisija

- Kontakts ar inficētiem ķermeņa šķidrumiem (siekalas, urīns, sperma, krūts piens)
- Seksuāla transmisija
- Vertikāla transmisija (transplacentāri, dzemdību laikā, ēdinot ar krūti)
- Asins pārliešana

Transmisija

- Vīruss nav ļoti kontagiozs
- Var izplatīties sadzīvē un bērnu aprūpes centros
- Transmisiju var novērst ievērojot roku higiēnu, jo pārsvarā vīruss nonāk neinficētu personu degunā un mutē ar netīrām rokām

Klīniskā norise

- Primāra infekcija – infekciozai mononukleozei līdzīga simptomātika
- drudzis
- faringīts
- pneimonīts
- pleirīts
- limfadenopātija
- hepatosplenomegālija
- Infekcijas atkārtota aktivizācija (gadījumos, ja novājināta imūnsistēma)
- Asimptoma norise

Vertikālas transmisijas biežums

- Primāra infekcija grūtniecības laikā iespējama 1-3% (ASV dati)
- Primāras infekcijas gadījumā vertikālas transmisijas risks 40%
- Atkārtotas infekcijas gadījumā vertikālas transmisijas risks 0.15 - 1%
- Ja infekcija pirmajā trimestrī vairāk iespējams, ka infekcija izpaudīsies jaundzimušajam dzimšanas brīdī un noritēs smagāk
- Transmisijas iespējamība ir vienāda agrīnā un vēlīnā grūtniecības laikā
- Mazs ir CMV radītu komplikāciju risks sievietēm, kas ir inficējušās vismaz 6 mēnešus pirms grūtniecības iestāšanās

Indikācijas izmeklēšanai

- Pacienti, kam ir infekciozai mononukleozei līdzīga klīnika, bet negatīvi testi, kas Osaka Epšteina Barra vīrusa klātbūtni
- Pacienti, kam ir hepatīta klīniskā simptomatoloģija, bet negatīva hepatītu A, B un C seroloģija

- Augļa anomālijas diagnosticētas ar ultraskaņu
 - Agrīnā periodā – mikrocefalija
 - Vēlīnā periodā – hidrocefālija, kalcifikāti CNS, ascīts

Diagnostika

- Ja antivielu tests (ELISA) pāra serumos, kas noņemti ar 2 nedēļu intervālu, parāda četrcārtīgu IgG līmeņa palielināšanos un ievērojamu IgM līmeni, ir aktīva CMV infekcija
- Vīrusa kultūra no urīna, rīkles gala, dzemdes kakla, asinīm drudža laikā
- USG
- Amniocentēze
- PĶR

Taktika

- Ja apstiprināta primāra infekcija, konsultācija Rīgas Dzemdību namā
- Iespējama diagnostiska amniocentēze ar CMV klātbūtnes noteikšana ar PĶR metodi
- Ja apstiprinātas augļa anomālijas, grūtniecību var pārtraukt līdz 24 grūtniecības nedēļām

Dzemdības un krūts ēdināšana

- CMV izdalīšana no urīna vai dzemdes kakla nav indikācijas ķeizargrieziena operācijai
- Krūts ēdināšanas priekšrocības ir pārākas par minimālo CMV pārvešanas risku barojot bērnu ar krūti
- Ja māte ir seropozitīva un bērna dzimšanas masa ir <1500 g – krūts piens ir jāpasterizē 10 sekundes 70 Co

Skrīnings

- CMV gadījumā nepielieto

Ārstēšana

- Nav ārstēšanas grūtniecības laikā

Infekcijas apstiprināšana jaundzimušajam pēc dzimšanas

- IgM klātbūtne jaundzimušā asins serumā
- Pozitīva CMV kultūra jaundzimušajam no urīna vai rīkles gala

Profilakse

- Specifiska – vakcīna ir attīstības stadijā
- Nespecifiska – augsta riska grupai personīgā higiēna, roku mazgāšana ar ziepēm pēc saskares ar ķermeņa šķidrumiem
- Mātes – bērna higiēna – mātei nelikt savā mutē bērna māneklīti

Cilvēka herpes vīruss (HHV) un grūtniecība

Sandra Eihenberga, Sanda Reinika

Dzimumceļu herpes ir STI, kas raksturojas ar vezikulveida izsitumiem uz dzimumceļiem.

HHV 2.tips 85% ir primāras dzimumceļu herpes infekcijas etioloģiskais faktors, biežāk slimo sievietes vecākas par 30 gadiem.

HHV 1.tips (orālais herpes) primāru dzimumceļu herpes infekciju izsauc 15% gadījumu, biežāk izplatīts jaunām meitenēm.

Inkubācijas periods 3 – 7 dienas

Transmisija

- Seksuālā vai tieša kontakta ceļā
- Vertikāla transmisija

Klīniskās izpausmes

1. Primāras dzimumceļu HHV infekcijas pirmā epizode
 - Negatīva anamnēze
 - Negatīvas HHV antivielas
 - Vīrusu izdalīšana - 3 un vairāk nedēļas
 - Ādas, gļotādu bojājumi pastāv 3 nedēļas
2. Neprimāras dzimumceļu HHV infekcijas pirmā epizode
 - Negatīva anamnēze
 - Pozitīvas HHV antivielas
 - Vīrusu izdalīšana 2 nedēļas
 - Ādas, gļotādu bojājumi pastāv 2 nedēļas
3. Atkārtota dzimumceļu HHV infekcija
 - Pozitīva anamnēze
 - Pozitīvas HHV antivielas
 - Vīrusu izdalīšana 1 nedēļu
 - Ādas, gļotādu bojājumi pastāv 1 nedēļu
4. Asimptoma vīrusu izdalīšana no dzimumceļu gļotādas un ādas
 - Pozitīva anamnēze
 - Pozitīvas HHV antivielas
 - Vīrusu izdalīšana 1 – 2 dienas
 - Nav ādas, gļotādu bojājumi

Katrai slimības epizodei ir trīs stadijas

- Prodroms (viegla parestēzija, dedzināšana, nieze dzimumceļu rajonā)
- Lokāli simptomi (sāpīgi vezikulāri izsitumi, vezīkulas plīst pēc 2 – 3 dienām)
- Sistēmiski simptomi (drudzis, malaizija, mialģija, ingvināla limfadenopātija)

Diagnostika

1. Klīniskās pazīmes
 - Raksturīgie vezikulveidīgie izsitumi
 - Atkārtotām epizodēm – atipiski izsitumi (mazāk pēc skaita, mazāki, dzimumceļu fisūras)
2. Laboratorie izmeklējumi jāizdara:
 - Ja primāra infekcija grūtniecības laikā
 - Ja pacientam atkārtotas sūdzības par dzimumceļu herpes infekciju vai neskaidras etioloģijas ādas/gļotādu bojājumi grūtniecības laikā (jāizslēdz sifiliss)
 - Ja partnerim ir pozitīvas HHV antivielas
 - HIV pozitīviem pacientiem

Laboratorijas testi

1. HHV tipu specifisku antivielu noteikšana (Latvijā nav pieejama). Ja HHV-2 IgG ir negatīvs, bet kultūra vai PQR ir pozitīva – ir primāra infekcija.
2. Kultūra pozitīva 1 – 4 dienu laikā
3. PQR kļūst pozitīva dažu stundu laikā un ir 3 – 10 reizes jutīgāka analīze nekā vīrusu kultūra.

Vertikālas transmisijas risks dzemdību laikā

- Primāras HHV-2 infekcijas pirmā epizode – 50%
- Neprimāras HHV-2 infekcijas pirmā epizode – 33%
- Atkārtota infekcija 0 – 3%

Komplikācijas

- Priekšlaicīgas dzemdības
- Neonatāla saslimstība (50% dzīvi dzimušiem jaundzimušajiem diagnosticē encefalītu, meningītu, garīgu atpalcību, pneimoniju)
- Inficēto jaundzimušo mirstība, ja inficēšanās notikusi mātes primāras infekcijas rezultātā, ir 30 – 40%

Neonatāla infekcija

- Simptomi parādās 4 – 10 dienas pēc dzimšanas
- Neonatālās infekcijas izpausmes:
 - Lokalizēti izsitumi ādā, acu un mutes gļotādā (SEM)
 - CNS saslimšanas
 - Disiminēta slimība

Ārstēšana

1. Primāra infekcija grūtniecības laikā – ir nepieciešama sievietes ārstēšana.
 - Ārstēšanu sāk ar aciklovīru (Zovirax) jebkurā grūtniecības laikā, ārstēšanas ilgums ir 3 nedēļas.
 - Ja primāra infekcija pēc 34 grūtniecības nedēļām, ārstē un grūtniecību atisina ar ķeizargrieziena operāciju.
 - Ja primāra infekcija pirms 34 nedēļām, infekcijas ārstēšana un profilaktiska ārstēšana 2 nedēļas pirms dzemdībām. Ja nav ādas/gļotādu bojājumi dzemdību brīdī – vaginālas dzemdības.
2. Atkārtota HHV infekcija
 - Ja bieža reaktivācija (vairāk kā 2 reizes grūtniecības laikā), profilaktisko ārstēšanu sāk 2 nedēļas pirms dzemdībām, Ja nav ādas/gļotādu bojājumi – vaginālas dzemdības.
 - Ja izsitumi pēc 34 grūtniecības nedēļām, uzsāk ārstēšanu un turpina to līdz dzemdībām. Ja dzemdību brīdī nav ādas/gļotādu bojājumu, vaginālas dzemdības.

Primāra infekcija Acyclovir 400 mg trīs reizes dienā 7 – 14 dienas. Ja slimībai smaga norise, Acyclovir 5 – 10 mg/kg i/v katras 8 stundas 5 – 7 dienas.

Atkārtotas epizodes vai nepieciešama supresīva terapija Acyclovir 200 mg četras reizes dienā 10 dienas.

Lokālā ārstēšana Acyclovir ziede 5% katras 3 – 4 stundas līdz izsitumi izzūd.

Dzemdības

Ķeizargrieziena operācija, ja dzemdību brīdī ir aktīvi izsitumi vai bijusi primāra infekcija 6 nedēļas pirms dzemdībām.

Vaginālas dzemdības

- Anamnēzē dzimumceļu herpes

- Nav svaigu bojājumu
- Nav prodromālu simptomu

Ieteikums – jaundzimušo izmeklēt uz HHV antigēna klātbūtni.

Sifiliss un grūtniecība

Maija Petrovica, Ieva Ramane

Riska grupa

- Jaunāka par 22 gadiem
- 4 un vairāk partneri dzīves laikā
- bezdarbniece
- diagnosticētas citas STI
- narkotiku lietotāja

Transmisijas ceļi

- Seksuālais
- Asins transfūziju
- Vertikāla transmisija

Klīniskās izpausmes

- Inkubācijas periods 10 - 90 dienas
- Primārais sifiliss - *ulcus durum* un reģionāla limfadenopātija
- Sekundārs agrīns disimīnēti izsitumi uz ādas
- Sekundārs vēlīns – lokāli ādas izsitumi (plaukostas, pēdas)
- Terciārs – cerebrovaskulārs vai cerebrospīnāls bojājums

Māte var inficēt augli jebkurā sifilisa stadijā..

Placenta – izteikta hiperplāzija, histoloģiski endarteriīts, sromas hiperplāzija

Skrīnings

- Visas grūtnieces
 - Pirmajās nātenatālās aprūpes vizītē TPHA un RPR
 - Grūtniecības 30 nedēļās RPR
 - Dzemdību laikā – sievietēm bez antenatālās aprūpes vai nav zināms atkārtotās seroloģiskās analīzes rezultāts

Skrīnings

TPHA (*T.pallidum* hemaglutinācijas reakcija) – specifisks treponemāls seroloģisks tests. Būs pozitīvs, ja jebkad ir pārciesta infekcija.

RPR (rapid plasma reagin) – nespecifisks netreponemāls seroloģisks tests. Pozitīvs tests liecina par aktīvu infekciju. Ja infekcijas nav, tests ar laiku kļūst negatīvs.

Ja testi pozitīvi

- Izskaidro pseidopozitīvu testu iespējamību
- Diagnozi apstiprina venerologs
- Ārstēšana sadarbībā ar venerologu

Sifiliss pirms grūtniecības - konsultācija ar venerologu

Jaundzimušais

Izmeklēšana un ārstēšana saskaņā ar pediatra un venerologa rekomendācijām

Ārstēšana

- Nozīmē venerologs
- Benzatinpenicillin G – izvēles antibiotiķis
- Ja ir alerģija pret penicilīnu:
 - Erythromycine
 - Ceftriaxone
 - Konsultēties ar alergologu
- Partnera ārstēšana

Profilakse

- Droša seksuālā prakse
- Kondomu lietošana

***Chlamydia trachomatis* un grūtniecība**

Maija Petrovica, Indra Bergmane

Chlamydia trachomatis intracelulāra baktērija, kas inficē cilindrisko epitēliju ārējos un iekšējos dzimumorgānos. Sastopamība grūtniecēm Latvijā 1%.

Riska grupa

1. jaunāka par 22 gadiem
2. nestrādājoša
3. 4 un vairāk dzimumpartneri dzīves laikā
4. diagnosticēta cita STI
5. ir STI klīniskie simptomi

Klīnika

- Visbiežāk asimptoma norise.
- Mukopurulenti izdalījumi
- Cervicīts, kontaktsiņošana
- Uretrīts ar sāpēm urinācijas laikā, bieža urinācija, disurija

Izmeklē

- Visas grūtnieces pirmās vizītes laikā

Izmeklēšanas metodes

- PQR
- ELISA

Materiāls no dzemdes kakla, nākotnē 1.rīta urīna porcija

Ārstēšana

Antibakteriālu terapiju nozīmē uzreiz pēc diagnosticēšanas

- Azythromycin 1g p/o viena deva
- Erythromycin 0.5 – 3-4 reizes dienā p/o 7 dienas vai

- (Amoxicillin 0.5 – 3 reizes dienā p/o 10 dienas – pastāv reaktivācijas risks, jo terapija neeliminē mikroorganismu).

Izārstēšanās testu veic 3 nedēļas pēc ārstēšanas kursa nobeigšanas. Ja diagnosticēta arī gonoreja, terapijā pievieno Ceftriaxon 250 viena deva i/m

Partnera ārstēšana - Azythromycin 1g p/o viena deva.

Komplikācijas

Mātei

Vēlīns pēcdzemdību endometriīts (3-14 dienas pēc dzemdībām) visbiežāk asimptomā norise.

Jaundzimušais

Vertikāla transmisija dzemdību laikā.

Konjunktivīts (>1 nedēļas pēc dzimšanas)

Pneimonija (3-4 nedēļas pēc dzimšanas, norit latenti ar minimālu simptomātiku).

Grūtniecība un gonoreja

Maija Petrovica, Indra Bergmane

Neisseria gonorrhoeae Gr- intracelulārs diplokokks.

Izplatība Latvijā 2003.gadā – 20.7 gadījumi uz 100 000 iedzīvotājiem, 165 jauni gadījumi sievietēm.

Riska grupa

1. jaunāka par 22 gadiem
2. bezdarbiece
3. 4 un vairāk dzimumpartneri dzīves laikā
4. diagnosticēta cita STI jeb ir STI simptomi

Klīniskās izpausmes

- Uretrīts, disūrija
- Vagināli izdalījumi
- Mukopurulents cervicīts, hiperemēts dzemdes kakls
- Spotingi vai postkoitāli asiņaini izdalījumi,
- Klīnisku simptomu nav 50% gadījumu

Skrīnings un izmeklēšana

Izmeklējamās grupas	Kad	Metode
Visas grūtnieces	Pirmā antenatālā vizīte	Iztriepe krāsota pēc Grama, apstiprina ar kultūru vai PĶR (arī <i>Chlamydia trachomatis</i> PĶR)
Ja atrastas citas STI vai ir gonorejas klīniskas izpausmes	Pirmā vizīte jeb kad parādās simptomi	Gonorejas kultūra vai PĶR no dzemdes kapa (arī <i>Chlamydia trachomatis</i> PĶR)
GN pozitīvas grūtnieces	2-3 nedēļas pēc terapijas nobeigšanas	Kultūra (ar antibiotiķu jutību, ja terapija nav bijusi efektīga)

Taktika – terapija ir indicēta jebkurā grūtniecības laikā.

1. Terapiju nozīmē venerologs.

2. Partnerim nozīmē to pašu terapiju, ko saņem grūtniece.
3. Jānosaka antibiotiķu jutība, ja terapija ir neefektīga.

Terapija

- Ceftriaxone 125 - 250 mg i/m viena deva vai
- Amoxicillin 2 g vai 3 g per os 12 dienas
- Azithromycin 1.0 per os viena deva, ja diagnosticēta *Chl.trachomatis*

Komplikācijas

- Priekšlaicīgas dzemdības
- Septiskas pēcdzemdību komplikācijas
- Vertikāla transmisija dzemdību laikā – jaundzimušajam gonoblenorejas attīstība
- Disiminēta infekcijas jaundzimušajam

Jaundzimušo purulenta konjunktivīta profilakse

- Tetraciklīna acu ziede vai
- Eritromicīna acu ziede riska grupai

Mikopazmas

Natālija Vedmedovska, Marija Holodova

Sastopamība

- *U.urealyticum* un *M.hominis* ir mikroorganismi, ko bieži atrod sievietes dzimumceļos
- Ir vairāki biotipi un serotipi
- Nav pamats uzskatīt, ka mikoplazmu kolonizācija ir patoloģiskas stāvoklis. *U.urealyticum* un *M.hominis* var būt nosacīti patogēni vai patogēni, atkarībā no apstākļiem.
- Mikoplazmas bieži izdala BV gadījumā
- *U.urealyticum* no dzimumceļiem var izdalīt līdz 80% grūtnieču. Latvijā mikoplazmu sastopamība grūtniecēm ir sekojoša *M.hominis* - 1.5%, *U.urealyticum* - 28%.
- Kolonizācija ir atkarīga no seksuālās aktivitātes.
- Ir pētījumi, kas norāda, ka no *U.urealyticum* kolonizācijas pakāpes atkarīgs grūtniecības komplikāciju risks.
- Horioamnionīta gadījumā visbiežāk mikoplazmas atrod kombinācijā ar citiem mikroorganismiem.

Vertikāla transmisija

- Mikoplazmas ir intrauterīnas infekcijas izraisītāji, kas pastāvot riska faktoriem ascendējošā ceļā nonāk intrauterīnajā vidē
- Dzemdību laikā
- *U.urealyticum* transmisijas risks ir ap 5% un tas ir augstāks horioamnionīta gadījumā

Grūtniecības komplikācijas

- Neiznēsāšana
- Horioamnionīts (priekšlaicīgas dzemdības un priekšlaicīgi noplūduši augļūdeņi)
- Priekšlaicīgas dzemdības saistībā ar BV

- Pēcdzemdību endometrīts
- Ārpus grūtniecības – iegurņa iekaisuma slimība

Neonatālas komplikācijas ir saistītas ar horioamnionītu un neiznēsāšanu

Diagnostika

- Kultūra no dzemdes kakla un maksts

Taktika

- Izmeklēšana un ārstēšana iesakāma pirms grūtniecības neiznēsāšanas riska grupas sievietēm ar nolūku mazināt grūtniecības neiznēsāšanas risku.
- Grūtniecības laikā skrīnings nav pamatots
- Ārstēšana indicēta BV gadījumā (skatīt sadaļu par BV)
- BV ārstēšanai izvēles preparāts ir Clindamycine
- Ja kultūras ir pozitīva un ir draudošas priekšlaicīgas dzemdības vai priekšlaicīgi noplūduši augļūdeņi neiznestas grūtniecības gadījumā, ārstēšanai rekomendē Erythromycine vai Clindamycine.

Bakteriālā vaginoze (BV)

Ilze Vīberga, Vita Začesta

Etioloģija

Klīniska sindroms, ko raksturo samazināts laktobaciļu skaits un anaerobu baktēriju (*Bacteroides spp.*, *Mobiluncus spp.*), *Gardnerella vaginalis*, mikoplazmu savairošanās.

NB! BV nav STI!

Epidemioloģija

- Sastopamība Latvijā grūtniecēm (1997.-2002. gada dati): BV – 5,6%; *Garnerella vaginalis* – 18,0%
- BV, diagnosticēta agrīnā grūtniecības laikā ir vēlīna spontāna aborta un priekšlaicīgu dzemdību riska faktors. Maksts mikroorganismi, ko atrod pie BV, ascendē horiodeciduālajā spraugā. Priekšlaicīgas dzemdības ir kā atbildes uz horiodeciduālu kolonizāciju (citokīni un endotoksīni).
- Līdz 50% grūtnieču BV izzūd pati no sevis
- 40% gadījumu BV norit asimptomā (60% Latvijā)

Riska faktori

- Smēķēšana

Klīniskās pazīmes

- Pastiprināti pelēcīgi homogēni izdalījumi, kas klāj maksts sienas
- “Zivju smaka”, kas pastiprinās pēc dzimumakta

Diagnostika

Amsela kritēriji (vismaz trijiem no tiem jābūt pozitīviem, lai uzstādītu diagnozi)

- Homogēni pelēcīgi izdalījumi, kas klāj maksts sienas
- Clue* šūnas mikroskopā (vislabāk natīvā mikroskopijā)
- Vaginālais pH >4,5
- Pozitīva “smakas” tests, ja maksts izdalījumiem pievieno 10% KOH

Skrīnings

Šī brīža pieredze norāda, ka visu asimptomu grūtnieču izmeklēšana uz BV klātbūtni nesamazina priekšlaicīgu dzemdību risku. Skrīnings ir nozīmīgs austa riska grupai-

sievietēm ar vēlīnu neiznēsāšanu un priekšlaicīgām dzemdībām anamnēzē. Laktobaciļu samazināts skaits (natīvā iztriepē) ir riska grupa indikators.

Taktika

- Ārstē, ja ir sūdzības
- Ārstē, ja ir augsts neiznēsāšanas risks
- Partnera ārstēšana nav efektīga
- Ja BV ir atrasta un ārstēta, atkārti iztriepi pēc mēneša

Ārstēšana

Ārstē jebkurā grūtniecības trimestrī. Sistēmiska vai topiska terapija šobrīd tiek uzskatīta par vienlīdz efektīvu. Sistēmiska terapija varētu būt efektīvāka, ja ir intrauterīna infekcija.

I trimestris – lokāla ārstēšana

Clindamycine krēms 2% intravagināli 5 – 7 dienas

Metronidazole vaginālas lodītes 500 mg 5 – 7 dienas

II un III trimestris

- Metronidazole: 500 mg divreiz dienā po 7 dienas kombinējot ar Clindamycine krēmu 2% intravagināli 5 – 7 dienas
- Metronidazole: 250 mg trīs reizes dienā po 7 dienas kombinācijā ar Erythromycine 333 mg trīs reizes dienā po 14 dienas
- Clindamycine: 300 mg divas reizes dienā po 7 dienas
2% vagināls krēms 7 dienas.

Hepatīts A grūtniecības laikā

Dace Rezeberga, Agita Jēruma, Jekaterina Vasiljeva

- Hepatīts A ir izplatīts visā pasaulē, 2004gadā Latvijā reģistrēti 68 saslimšanas gadījumi (ieskatot dažus ievestus gadījumus).
- Transmisijas ceļš fekāli - orālais.
- Jaundzimušā inficēšanās var notikt, ja mātei ir akūta infekcija dzemdību brīdī.
- Vīrusam teratogēna darbība nav novērota.
- Ja māte saslimst grūtniecības 3.trimestrī, pieaug priekšlaicīgu dzemdību risks.
- Grūtniecība neietekmē slimības norisi.
- Ja jaundzimušais ir ticis inficēts, slimības norise parasti ir viegla, jaundzimušais iegūst imunitāti uz visu mūžu.

Hepatīta A vīruss ir RNS vīruss (HAV) un pieder *Picornaviridae* vīrusu dzimtei (enerovīrusu grupa)

Klīnika

- Inkubācijas periods ir aptuveni 4 nedēļas (15 – 50 dienas).
- Vīrusa izdalīšana ar fēcēm parasti sākas aptuveni 2 nedēļas pirms klīnisko simptomu manifestācijas un beidzas 3 nedēļas pēc klīnisko simptomu parādīšanās.
- Hepatīts A parasti ir viegla slimība, ko raksturo nespecifiski simptomi:
 - vājums,
 - gastrointestinālas problēmas (slikta dūša, anoreksija, caureja)
 - diskomforts vēderā, kam dažu dienu laikā (5 – 7dienu) seko dzelte,
 - dažos gadījumos novēro tumšu urīnu un gaišas fēces.

Diagnostika

- Simptomi
- Paaugstināti aknu enzīmi un bilirubīns
- Anti-HAV IgM antivielas konstatē 25-30 dienu laikā pēc kontaminācijas un tās ir pozitīvas 1 - 6 mēnešus.
- IgG anti-HAV serumā konstatē 35-40 dienas pēc kontakta un tās paliek pozitīvas uz visu mūžu.

Profilakse

- Vakcinācija
 - Inaktivēta vīrusa vakcīna (efektivitāte 95%), jāapsver vakcinācija ceļojot
 - Nav ziņojumu par vakcīnas teratogēnu efektu
- Ja grūtniecei bijis sadzīves vai seksuāls kontakts ar inficētu personu, 2 nedēļu laikā indicēts anti-HAV IgG i/m
- Ja dzemdību brīdī mātei ir akūta infekcija, jaundzimušajam jāievada i/m anti-HAV IgG.

Ārstēšana

- Simptomātiska.
- Miers un diēta
- Izveseļošanās 1 – 2 mēnešu laikā
- Grūtniecības laikā hospitalizācija infekcijas slimību nodaļā.
- Ja dzemdības sākas kontagiozā periodā, dzemdētāja jāhospitalizē stacionārā ar izolācijas iespējām.

Papildus izmeklējumi

- Jāizmeklē koagulācijas faktori

Hepatīts B grūtniecības laikā

Epidemioloģija

- Latvijā 2004.gadā reģistrēti 244 saslimšanas gadījumi (Latvija nav infekcijas endemisks apgabals).
- Hepatīta B vīrus (HBV) var tikt pārnesti hematogēnā ceļā, seksuāli transmisīvā ceļā un mātes auglim/jaundzimušajam.
- Ja primāra inficēšanās notiek grūtniecības laikā, pieaug priekšlaicīgu dzemdību risks.
- Ja akūts B hepatīts ir grūtniecības 1.trimestrī, augļa inficēšanās risks ir 10%, ja 2- 3 trimestrī risks attiecīgi ir 80 -90%
- Nav novērots teratogēns efekts.
- 10-20% hroniskas infekcijas nēsātājas (HBsAg pozitīvas grūtnieces) inficē augli/jaundzimušo, ja netiek veikta imunoprofilakse.
- Sievietēm, kas ir seropozitīvas pret HBsAg un HBeAg vertikālas transmisijas risks ir 90%.
- Amniocentēzes ceļā transmisijas risks ir zems (censties neveikt amniocentēzi caur placentu).
- Vaginālas dzemdības ir drošas.
- Krūts ēdināšana sakarā ar imunoprofilaksi ir droša.

Riska grupas

- Personas ar STI anamnēzē
- Sadzīves vai seksuāli kontakti ar HBV inficētu personu

- Veselības aprūpes darbinieki
- Intravenozie narkotiku lietotāji
- Imigranti un imigrantu bērni, kas nāk no endēmiskiem apgabaliem
- Personas, kam bijis vairāk kā viens dzimumpartneris pēdējo 6 mēnešu laikā.

Klinika

- Inkubācijas periods ir 6 nedēļas līdz 6 mēneši (vidēji 3 mēneši)
- Biežākie simptomi ir nogurums un dzelte.
- Simptomi ir vairāk izteikti nekā pie hepatīta A.

Diagnostika

- Paaugstināti aknu enzīmi un bilirubīns
- Antigēna un specifisko antivielu noteikšana asins serumā
 - HBeAg klātbūtne liecina par augstu infekciozitāti
 - HBsAg var parādīties divu nedēļu laikā, bet retos gadījumos nav nosakāms 6 - 9 mēnešus
- Jāizmeklē koagulācijas sistēma

Vakcinācija

- Grūtniecības nav kontrindikācija vakcinācijai
- Vakcinācija ir jāturpina vai jāuzsāk, ja tam ir indikācijas

Grūtniecības laikā grūtnieces, hepatīta B antigēna nēsātājas jābrīdina:

- Nelietot alkoholu un hepatotoksiskus medikamentus;
- Ar partneri jāpārrunā transmisijas riskus
- Jāinformē dzemdību palīdzības sniedzējus un pediatru
- Jaundzimušā vakcinācija

Ārstēšana

- Akūta HBV infekcijas ārstēšana ir simptomātiska.
- Grūtniecības laikā hospitalizācija infekcijas slimību nodaļā.
- Dzemdības parastā dzemdību nodaļā (personāla aizsardzība!)

Profilakse

- Riska grupas vakcinācija pirms grūtniecības iestāšanās
- Jaundzimušo vakcinācija (Latvijā no 1997.gada)

Jaundzimušā novērošana

- HBsAg un anti-HBs antivielu noteikšana 1 un 1,5 gadu vecumā

Hepatīts C un grūtniecība

Dace Rezeberga, Iveta Papsujevica

Epidemioloģija

Vīrusu nēsātāji Latvijā aptuveni 3,2 %.

2004. Latvijā reģistrēti 113 akūta vīrusu hepatīta C gadījumi (par 8 gadījumiem mazāk kā 2003.)

Izsaucējs Hepatīta C RNS vīrus

Vertikāla transmisija – reti (3-5 %):

- Transmisija bez virēmijas – ļoti reti
- Augsta vīrusu slodze (5.8×10^5 kopijas/ml) paaugstina vertikālas transmisijas risku
- Bieži HIV koinfekcija

Riska grupas

- asins un asins produktu recipienti pirms 1994.gada (ieskaitot imunoglobulīnus)
- i/v narkotiku lietotāji
- pīrsings, tatoo
- medicīniskas manipulācijas

Jāizmeklē

- HIV pozitīvas grūtnieces
- I/V narkotiku lietotājas
- Pacientes ar:
 - Aknu fermentu paaugstinātu aktivitāti
 - Ar aknu slimību simptomiem
 - Ilgstošu vājumu

Diagnostika:

- Anti-HCV antivielas riska grupai (ELISA skrīningam)
- Ja testa atbilde aizdomīga, jāpielieto apstiprinošs tests
- HCV-RNA noteikšana pēc indikācijām
- Turpmāka izmeklēšana pie infektologa pēc dzemdībām

Profilakse: šobrīd nav vakcīnas

Ārstēšana:

- Grūtniecības laikā simptomātiska
- Hronisku aktīvu hepatītu pēc grūtniecības
- Specifiska ārstēšana iespējama pēc dzemdībām, vīrusa eliminācija ir iespējama

Prognoze: 20% aknu ciroze

Dzemdības:

- Rekomendē vaginālas dzemdības
- Vīrusa slodzes testu rekomendē atsevišķos gadījumos – augsta slodze ir indikācija SC
- Ja ir HIV un HCV - ķeizargrieziens

Laktācija:

- Ekskluzīva krūts ēdināšana līdz 6 mēnešu vecumam

Jaundzimušā novērošana:

- Mātes antivielas izzūd 18 mēnešu laikā
- Nosaka HCV-RNS 1.5 gadu vecumā vai agrāk, ja ir indikācijas

Grūtniecība un B grupas streptokoks

(Streptococcus agalactiae)

Ināra Miltiņa, Zane Tomsone

Etioloģija un izplatība

- B grupas streptokoks (GBS) ir pirmajā vietā agrīnas neonatālas sepses etioloģijā
- Eiropā 5-30% grūtnieču makstī un taisnajā zarnā ir atrasts GBS
- Divos pētījumos Rīgā, uzsējumos no dzemdes kakla, GBS ir atrasts 2,5- 9,2% grūtnieču
- Mātes kolonizācija dzemdību laikā ir būtiskākais agrīnas neonatālās sepses (ANS) attīstības riska faktors
- Jaundzimušā inficēšanās no mātes notiek sākoties dzemdībām vai pēc augļa apvalku plīšanas
- Ja mātei ir GBS, tad risks inficēt jaundzimušo ir 30-70% (vidēji 50%) gadījumu
- ANS sākas pirmajā dzīves nedēļā, bet aptuveni 90% pacientu infekcijas pazīmes ir jau dzimšanas brīdī vai parādās 12 stundu laikā
- ANS sastop 0,5 - 4 gadījumos no 1000 dzīvi dzimušajiem
- Mirstība ir aptuveni 5-10% iznestajiem jaundzimušajiem, bet var pieaugt līdz 40% priekšlaicīgi dzimušajiem

Diagnostika

- Izmanto universālu transporta barotni ar norādi “uzsējums uz BGS”
- Uzsējumu ņem no maksts apakšējās trešdaļas, starpenes un no taisnās zarnas (caur anālo sfinkteru) izmantojot to pašu vai citu tamponu. No dzemdes kakla uzsējumu neņem un spoguļi neizmanto
- Paraugi jānogādā laboratorijā dienas laikā
- Paraugus var uzglabāt ledusskapī (2-8 °C) ne ilgāk kā 48 stundas

Antibakteriāla profilakse dzemdībās ir nepieciešama sievietēm ar kādu no šādiem riska faktoriem:

- Iepriekš dzimis bērns ar GBS
- GBS bakteriūrija (simptomātiska vai asimptomātiska) šīs grūtniecības laikā (sievietēm ar GBS urīnceļu infekciju nepieciešama ārstēšana tūlīt pēc diagnozes noteikšanas un arī dzemdībās)
- Dzemdības < 37. grūtniecības nedēļai:
 - nav zināms vai ir GBS → veic maksts un rektālo GBS uzsējumu → uzsāk ārstēšanu → ja pēc 48 stundām uzsējums nav audzis, tad ārstēšanu pārtrauc
- Bezūdens periods ≥ 18 stundas
- Paaugstināta dzemdētājas ķermeņa temperatūra ≥ 38 °C
- Augļūdeņi ar smaku
- (Ja GBS uzsējums ir pozitīvs 35.-37. grūtniecības nedēļās)

Antibakteriālai profilaksei:

- Ampicilīns - sākumdeva 2 g i/v. Tad 1 g i/v ik pēc 4 stundām līdz bērna piedzimšanai;
- Penicilīns G - sākumdeva 5 milj. vienību i/v, tad 2,5 milj. vienību i/v ik pēc 4 stundām līdz bērna piedzimšanai

Antibakteriāla profilakse ja sievietei ir alerģija pret penicilīnu:

- Klindamicīns 900 mg ik pēc 8 stundām līdz bērna piedzimšanai
- Eritromicīns 500 mg i/v ik pēc 6 stundām līdz bērna piedzimšanai

Visiem jaundzimušajiem, kuru mātes dzemdībās ir saņēmušas antibakteriālu GBS profilaksi, antibakteriāla profilakse nav nepieciešama.

Grūtniecība un asimptoma bakteriurija

Maira Jansone, Jana Zodzika

10^5 mikroorganismu 1 urīna kubikmilimetrā bez klīniskiem simptomiem.

Riska grupa

- Anamnēzē atkārtotas urīnceļu infekcijas
- Diabēts

Skrīnings

- ✓ Katrā antenatālās aprūpes vizītē urīna vidus porcijā nitrītu tests ar dipstiku. Ja pozitīvs – urīna kultūra.
- ✓ Ja ir riska faktori, urīna kultūra pirmajā antenatālā vizītē.

Ārstēšana ambulatori.

Šķidrums uzņemšana.

3 -10 dienas antibakteriāla terapija atkarībā no bakterioloģijas rezultātiem.

- Ampicillin - 250 mg trīs reizes dienā 3 līdz 7 dienas kā sākumterapija
- Amoxicillin - 500 mg trīs reizes dienā 3 līdz 7 dienas kā sākumterapija
- Nitrofurantoin - 100 mg četras reizes dienā 3 līdz 7 dienas
- Cephalexin – 500 mg divas reizes dienā 3 līdz 7 dienas

Vienreizējas devas nerekomendē.

Novērošana

2-3 nedēļas pēc ārstēšanas dipstika tests.

Ja pozitīvs – atkārtoti urīna kultūru.

Vulvovagināla kandidiāze (VVK) grūtniecības laikā

Maira Jansone, Agnese Stūrmane

Etioloģija : 85 % *Candida albicans* (citos gadījumos *C. glabrata*, *C. tropicalis*)

Candidu var izolēt līdz 50 % grūtnieču bez VVK simptomiem (Latvijā 19% asimptomātiskām grūtniecēm)

VVK simptomi

- Vulvas nieze
- Balti „biezpienveida” izdalījumi
- Sāpīgums makstī
- Dedzināšana makstī
- Dispareunia

Diagnostika

- Rekomendēta natīvā mikroskopija (0,9% NaCl, 10 % KOH)
- Grama iztriepe
- Kultūra, ja rekurenta infekcija

Ārstēšanu nozīmē tikai, ja ir klīniski simptomi.

Nozīmē topisku azolu īsu kursu (clotrimazole, miconazole, butoconazole, terconazole, imidazole). Medikamenta kopējā deva ir būtiskāka nekā ārstēšanas ilgums.

Perorālu Fluconazole 150 mg kā vienu devu var lietot grūtniecības 2. un 3. trimestrī.

Partnera ārstēšanu rekomendē, ja viņam ir sūdzības vai ja ir rekurenta VVK.

Cilvēka papillomas vīruss (HPV)

Marija Zvaigznīte, Inga Šteinberga

- Cilvēk papillomas vīruss (HPV) ir dubultķēdes DNS vīruss ar epileotropu darbību un inficē ādu un gļotādas
- Vairāk kā 100 dažādi tipi 40 no kuriem ir atrasti cilvēka anogenitālā apvidū.
- Daži HPV tipi ir potenciāli onkogēni (augsta riska) un ir pierādīta to saistība ar dzemdes kakla vēža attīstību (16, 18, 31 un 45 tips).
- Incidence Latvijā grūtniecēm 16 un 18 tips – 11.5%, 6 un 11tips - 4%

HPV klīniskās izpausmes

1. Asās kondilomas uz vulvas, makstī, uz dzemdes kakla, arī ekstraģenitāli anālajā apvidū, reti uretrā (HPV 6, 11 tips).
2. Dzemdes kakla pirmsvēža saslimšanas (displāzija CIN I-III) un dzemdes kakla vēzis. Lielākā daļā gadījumu infekcija norit asimptomi un ir pārejoša. Līdz 10 % sievietēm, kam atrod augsta riska HPV vīrusu, atrod izmainītu citoloģiju, mazāk kā 1% gadījumu attīstās dzemdes kaula vēzis ilgstošā 15 gadu laikā.
3. Balsenes papillomas jaundzimušo periodā un bērniem izsauc 6 un 11 tipa HPV. Tā ir reti sastopama patoloģija.

Transmisija

- Dzimumkontakta ceļā, maksimālā incidence 20 – 24 gadu vecumā.
- Vertikāla transmisija var notikt vaginālu dzemdību laikā, bet transmisijas biežums ir ļoti zems.

Taktika grūtniecības laikā

- Asās kondilomas var ievērojami proliferēt grūtniecības laikā un sasniegt ievērojamus izmērus. Daudzi speciālisti uzskatā, ka kondilomas ir jānoņem.
- Atrasta CIN grūtniecības laikā prasa papildus izmeklēšanu un novērošanu. CIN II, CIN III grūtniecības laikā ir indikācijas papildus novērošanai un onkoloģiskās iztriepe ir jāatkārto ik 3 mēnešus (ja nepieciešams, jāņem dzemdes kakla biopsija). Ārstēšanu veic pēc dzemdībām.
- CIN I ārstēšanu grūtniecības laikā nerekomendē, jo visbiežāk pēc dzemdībām patoloģijas izzūd pati no sevis.
- HPV noteikšanas testus nerekomendē.
- HPV 6 un 11 tipa vertikālas transmisijas ceļš nav pilnībā izpētīts (transplacentāli, dzemdību laikā vai pēcdzemdību periodā). Tiek rekomendētas vaginālas dzemdības, izņemot gadījumus, ja kondilomas nosprosto dzemdību kanālu, kad jāveic ķeizargrieziena operācija.

Diagnostika

- Vulvas, maksts, dzemdes kakla apskate.

- Citoloģija no dzemdes kakla pirmās antenatālās vizītes laikā, ja pēdējā gada laikā tā nav ņemta un bijusi bez novirzēm no normas.

Ārstēšana

Kopumā grūtniecības laikā nav rekomendēta

Aso kondilomu ārstēšanas iespējas grūtniecības laikā:

- 1) TCA (trihloretiķskābes) lokālas aplikācijas,
- 2) Lāzerekscīzija,
- 3) Krioterapija.

Optimālas ārstēšanas laiks nav zināms. To vislabāk ir darīt periodā, kad vairs nedraud priekšlaicīgas dzemdības. Pastāv brūces superinfekcija, kas var novest pie infekcijas ascendēšanās un priekšlaicīgām dzemdībām vai priekšlaicīga augļa ūdens apvalku plīsuma. Ja ārstēšana veikta pārāk agrīni, iespējama kondilomu atkārtota masīva augšana.

HIV infekcija un grūtniecība

Dace Rezeberga

Cilvēka imūndeficīta vīruss HIV ir retrovīruss, kas atklāts 1993.gadā. Tas ir izplatīts visā pasaulē, īpaši plaši Āfrikā. 2005.gada sākumā pasaulē bija inficēti vairāk kā 40 000 miljoni cilvēku. HIV incidence Latvijā 2007.gada februārī bija 161 uz 100 000 iedzīvotājiem, konstatēti 18 HIV vertikālas transmisijas gadījumi no mātes bērnam.

Riska grupa

- Jaunas sievietes
- Zems izglītības līmenis
- Vientuļas
- Bez antenatālās aprūpes
- Narkotiku lietotājas
- Diagnosticētas citas STI, HCV, HBV infekcijas
- Imigranti no augstas prevalences zonām vai seksuālais partneris no šīm vietām

Skrīnings

- Pretesta konsultācija
- Labprātīga HIV testa veikšana stājoties grūtniecības uzskaitē
- Pēctesta konsultācija
- Ja skrīninga tests pozitīvs, konsultācija Latvijas Infektoloģijas centra (LIC) AIDS nodaļā specifisku testu veikšanai un ārstēšanas nozīmēšanai
- Ja ir dzemdētāja bez antenatālās aprūpes, HIV eksprestesta nozīmēšana iestājoties dzemdību nodaļā

Vertikālas transmisijas profilakse

No 1996. gada pasaulē lieto PACTG protokolu 079 HIV vertikālas transmisijas profilaksei. Grūtniecības, dzemdību laikā sieviete un pēc dzimšanas jaundzimušais saņem profilaktisku antiretrovirālu terapiju ar Zidovudīnu (ZDV). ZDV piemīt unikāla īpašība samazināt vertikālas transmisijas risku. 10 gadu lietošanas pieredze pierādījusi, ka medikaments ir drošs lietošanai grūtniecības laikā un jaundzimušajam un izraisa niecīgas blakusparādības.

HIV infekcijas progresēšana ir atkarīga no vīrusu slodzes. Vertikālas transmisijas risks ir atkarīgs no vīrusu slodzes mātei – jo tā augstāka, jo risks lielāks. HIV inficētām personām šobrīd ārstēšanā pielieto HAART (highly active antiretroviral treatment – augsti aktīva antiretrovirāla terapija) – tā ir antiretrovirālu medikamentu

kombinācija, kuras rezultātā tiek panākta iespējami zema vīrusu slodze. HAART
 pielieto arī grūtniecēm.

Antiretrovirāla terapija

LIC 2005.gada rekomendācijas

1.	Ja lieto HAART		Turpina vai maina medikamentus, ja ir teratogēna vai toksiska darbība
2.	Ja nelieto HAART	ja HIV RNS<1000kop/ml	ZDV 100mgx5, vai 200mgx3, vai 300mgx2 sākot ar 14.grūtniecības nedēļu
		ja HIV RNS>1000kop/ml	NFV 1250mgx2 (750mgx3) +(ZDV 300mgx2+3TC 150mgx2) sākot ar 14.grūtniecības nedēļu
	Ja nav saņēmusi profilaktisku ārstēšanu	Neatkarīgi no vīrusu slodzes	NVP 200mg vienreizēji pirms dzemdībām

Dzemdības

1.	Dzemdību laikā vai ķeizargrieziena laikā	Ja saņēmusi antiretrovirālu ārstēšanu grūtniecības laikā	ZDV IV 2mg/kg 1.stundas laikā, tad 1mg/kg/stundā Ja plānveida ķeizargrieziena, sāk terapiju 3 stundas pirms operācijas
		Ja nav saņēmusi antiretrovirālu ārstēšanu grūtniecības laikā	NVP 200mg PO+ ZDV IV 2mg/kg/stundā, tad 1mg/kg/stundā
2.	Ja nav pieejams ZDV		NVP 200mg PO, ja pieejams

Jaundzimušais

1.	Tūlīt pēc dzimšanas	Cik ātri iespējams	ZDV PO rēķināts uz dzimšanas svaru 6 nedēļas
			NVP PO rēķināts uz dzimšanas svaru vienreizēji 6 nedēļu vecumā, ja māte saņēmusi vienu devu NVP

Kliniskas situācijas

- HIV-1 inficēta grūtniece, kura nekad nav saņēmusi antiretrovirālu terapiju
 - Uzsākt ārstēšanu pēc 1.trimestra;
 - Lieto ZDV kā monoterapiju, ja HIV-1 RNS <1000 kopijas/ ml vai nenosakāmi zems līmenis;
 - ZDV kombinē ar citiem medikamentiem, ja RNS kopijas >1000/ml;
- HIV-1 inficēta grūtniece, kura saņem antiretrovirālu terapiju:
 - Turpina terapiju, ja grūtniecība diagnosticēta pēc 1. trimestra;
 - ZDV jāiekļauj ārstēšanas shēmā grūtniecības laikā;
 - Ja grūtniecības diagnosticēta 1.trimestrī, apsver antiretrovirālās terapijas riskus šajā periodā;
 - ZDV nozīmē dzemdību laikā un jaundzimušajam.

3. HIV- 1 inficēta sieviete dzemdībās, kura agrāk nav saņēmusi terapiju:
- Sāk ārstēšanu:
 - ZDV i/v dzemdību laikā un 6 nedēļas jaundzimušajam;
 - Vienreizēja Nevirapina deva dzemdību laikā, vienreizēja Nevirapina deva jaundzimušajam 6 nedēļu vecumā;
 - Izmeklēšana pēcdzemdību periodā – nosaka CD4 skaitu un RNS kopiju skaitu ml un nozīmē terapiju, ja nepieciešams.
4. Bērni, kas dzimuši HIV pozitīvām mātēm, kuras grūtniecības un dzemdību laikā nav saņēmušas ārstēšanu:
- ZDV 6 nedēļas;
 - Terapiju izsāk pēc iespējas ātrāk pēc dzimšanas, ja iespējams 6-12 stundu laikā;
 - Agrīna jaundzimušā infekcijas diagnostika, lai savlaicīgi uzsāktu ārstēšanu.

Dzemdības

Plāna ķeizargrieziena operācija pirms dzemdību sākuma 38 grūtniecības nedēļās:

- ZDV i/v uzsāk 3 stundas pirms operācijas;
- Apsvērt perioperatīvas antibakteriālas terapijas nepieciešamību;
- Ja sākušās dzemdības, ķeizargrieziena operācija rekomendējama dzemdību latentajā fāzē, ja augļa ūdeņi nav noplūduši vai noplūduši ne ilgāk kā pirms 4 stundām.

Vaginālas dzemdības

- Ja vīrusu slodze ir mazāka kā 1000 kopijas/ml vai nenosakāmi zema, nākotnē būs iespējamas vaginālas dzemdības
- Ja hospitalizēta dzemdību aktīvajā fāzē
 - Amniotomiju veikt iespējami vēlu
 - Nelietot invazīvas diagnostikas metodes
 - Aktīva dzemdību vadīšana.

Atteikšanās no krūts ēdināšanas

HIV infekcijas izplatības ierobežošana

- HIV infekcijas izplatības ierobežošana reproduktīvā vecuma sievietēm:
 - Drošs sekss
 - Jaunatnes izglītošana
 - Cīņa pret narkomāniju
- Novērst nevēlamu grūtniecību HIV inficētām sievietēm;
- Vertikālas transmisijas profilakse;
- Psihosociāla atbalsta nodrošināšana HIV inficētām grūtniecēm un viņu ģimenēm.

