

УДК 616.9-053.1:614.254

## ВРОЖДЕННЫЕ ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

В. В. Васильев

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова»  
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

## CONGENITAL INFECTIOUS DISEASES IN GENERAL PRACTICE

V. V. Vasiliev

North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia

© В. В. Васильев, 2013 г.

В лекции рассматриваются роль и тактика семейного врача в вопросах диагностики врожденных инфекций и оценки риска их развития в различных клинических ситуациях.

**Ключевые слова:** семейный врач, врожденные инфекции, дети, беременные, диагностика, риск развития.

The role and tactics of the family physician are discussed in matters of diagnosis of congenital infections and estimation its' risk in different clinical situations.

**Keywords:** family doctor, congenital infections, children, pregnant women, diagnostics, risk of development.

Под врожденными инфекциями понимают заболевания, развивающиеся при заражении плода во время его пребывания в полости матки и прохождения через родовые пути (до пересечения пуповины), вне зависимости от степени выраженности их проявлений.

Актуальность вирусных инфекций, как и других заболеваний, определяется частотой регистрации, течением, исходами, экономическими затратами и в конечном счете общим бременем.

Истинная частота вирусных инфекций остается неизвестной, что обусловлено отсутствием общепринятой методологии постановки диагноза «врожденная». Данные литературы весьма вариabельны, частота рождения детей с вирусными инфекциями оценивается в широких пределах, от 15 до 25% от числа живорожденных. По-видимому, реальная частота составляет 5–10% (эти показатели упоминаются чаще всего и получены на наиболее значительном количестве обследованных).

В отношении тяжести течения и исходов вирусных инфекций значительных различий нет. Манифестные формы, как правило, протекают тяжело, с высокой летальностью (врожденный токсоплазмоз — до 12%, врожденная инфекция вирусом простого герпеса — до 90%). Даже при благоприятных исходах в большинстве случаев формируются грубые дефекты развития, частота инвалидизации достигает 30%. При субклинических формах высока частота рецидивов в различном возрасте (субклинический при рождении

врожденный токсоплазмоз в 50% случаев манифестирует в возрасте 12–14 лет).

Экономический ущерб от вирусных инфекций огромен. При врожденной цитомегаловирусной инфекции в США он оценивается в 3 млрд долларов ежегодно, примерно в 2,7 млрд долларов — ущерб от врожденного токсоплазмоза. Прямые медицинские расходы по 45 случаям синдрома врожденной краснухи в Бразилии составили более 61 тыс. долларов только за первый год наблюдения за детьми (не считая социальной адаптации и других расходов). Общее бремя врожденного токсоплазмоза в Нидерландах сопоставимо с таковым при сальмонеллезе. Это обусловлено тяжестью исходов и последствий врожденного заболевания при значительно меньшей его частоте (по сравнению с сальмонеллезом).

Отдельным вопросом является моральный ущерб и тяжесть переживаний родителей, у которых ребенок страдает вирусной инфекцией.

Безусловно, эта проблема никогда не оставалась за пределами интереса как отдельных специалистов, так и органов здравоохранения. Во Франции более 20 лет успешно функционирует государственная система профилактики врожденного токсоплазмоза. В России действует ряд нормативных документов, направленных в том числе на диагностику, лечение и профилактику краснухи, сифилиса, ВИЧ-инфекции.

Существующая система оказания медицинской помощи возлагает обязанности профилактики,

оценки риска вирусных инфекций у женщин на акушеров-гинекологов, а вопросы диагностики, лечения, диспансерного наблюдения — на педиатров. Однако следует отметить, что «инфекционные болезни» являются самостоятельной специальностью и требуют наличия сертификата, получаемого после соответствующего послевузовского обучения. Для адекватной оценки современных возможностей определения риска вирусных инфекций необходимо иметь достаточно глубокие знания об инфекционном процессе, формах его проявления и прочих специальных представлениях, которые можно получить, только обучаясь на циклах тематического усовершенствования по инфекционным болезням. Не все инфекционисты поликлинического звена имеют достаточное представление о вирусных инфекциях, способах оценки риска их развития, диагностике и лечении. Кроме того, акушер-гинеколог женской консультации загружен повседневной работой, не связанной с вирусными инфекциями, а акушер-гинеколог и неонатолог родильного дома имеют дело уже со свершившимся фактом — родился ребенок с вероятной вирусной инфекцией.

Основой борьбы с этими заболеваниями должна быть профилактика, которая невозможна без правильной оценки риска их возникновения. В этой области семейный врач может и должен играть очень важную роль. Кто лучше семейного врача знает ситуацию в семье? Знает привычки, образ жизни, характер питания, перенесенные заболевания, особенности их течения и прочие подробности? К чьему мнению члены семьи должны прислушиваться в первую очередь?

Семейный врач может иметь отношение к проблеме вирусных инфекций, по меньшей мере, в трех ситуациях.

Первая — свершившийся факт. В наблюдаемой семье появился ребенок, у которого подозревается или диагностирована вирусная инфекция. Вторая — планирование беременности. Третья — сопровождение беременности.

Свершившийся факт. В этой ситуации возможны два варианта.

При первом варианте диагноз устанавливают на этапе пребывания ребенка в родильном доме или в отделении патологии новорожденных. В выписке в качестве основного или сопутствующего диагноза может быть указана либо конкретная нозологическая форма (например, «врожденная цитомегаловирусная инфекция»), либо другое состояние, относящееся к категории вирусных инфекций («внутриамниотическая инфекция плода», или просто «внутриутробная инфекция»). При этом в рекомендациях, как правило, указывают необходимые для наблюдения консультации специалистов, лабораторные и инструментальные

исследования, сроки их проведения, объем. Функции семейного врача при наличии у ребенка верифицированной вирусной инфекции состоят не только в контроле сроков и объема наблюдения, выполнении рекомендаций специалистов, но и в создании в семье благоприятного микроклимата, коррекции психологического стресса.

Еще более важна роль семейного врача, когда этиологический диагноз вирусной инфекции не установлен, имеются лишь признаки состояния, которое может быть обусловлено врожденной инфекцией. Типичным примером может служить врожденная цитомегаловирусная инфекция, при которой серологические маркеры появляются в возрасте 3 месяцев и старше. До того времени диагноз можно подтвердить либо выделением вируса, либо обнаружением его генома, что на практике применяется далеко не везде.

Поэтому, если у ребенка нет выявленного этиологического агента, задачей семейного врача должна стать целенаправленная работа, в результате которой будет установлена истинная природа заболевания (выявлен инфекционный агент, найдено другое объяснение состояния ребенка и т. д.).

Следует изучить выписные документы, чтобы определить, какие именно исследования выполнялись и какое значение имели их результаты для формулировки диагноза. Нередко в стационаре диагноз вирусная инфекция устанавливают новорожденному с целью обосновать назначение определенной терапии (чаще антимикробной, противовирусной) в ситуации, когда терапия показана, а явных признаков инфекции нет. Впоследствии, если вирусная инфекция не расшифрована, этот диагноз, как правило, не отменяют, особенно когда ребенок выписывается не «с выздоровлением», а «с улучшением».

Имеет значение тщательный анализ информации о течении беременности. К сожалению, встречаются ситуации, когда результаты исследований, предшествовавших рождению ребенка с клиническими проявлениями вирусной инфекции, не учитывают, даже если они зафиксированы в документах. Может иметь значение не только диагноз хламидиоз в период беременности, но и срок гестации, в котором это заболевание выявлено, так как длительность антимикробной терапии — 6 недель. Поэтому при обнаружении урогенитальных инфекций на ранних сроках возможны и адекватная терапия, и полноценный контроль санации. Соответственно врожденная хламидийная инфекция становится менее вероятной. Нередко встречающаяся ситуация — упоминание о выявлении во время беременности лабораторных признаков острой (или реактивации латентной) цитомегаловирусной инфекции. Учитывая обычную тактику ведения таких беременных, не предпо-

лагающую активную противовирусную терапию, цитомегаловирус должен рассматриваться в качестве вероятного этиологического агента вирусной инфекции даже при отрицательных результатах обследования новорожденного.

При неverified в период новорожденности диагнозе вирусная инфекция целесообразно повторить выполненные ранее исследования, дополнив их необходимыми (например, определением avidности антител). При получении результатов, отличающихся от предыдущих, необходима консультация инфекциониста.

Часто встречается другой вариант событий, когда у ребенка, родившегося здоровым, начинают выявляться признаки возможной вирусной инфекции на первом году жизни: длительная желтуха, задержка психомоторного развития, нарушения слуха, зрения и другие. В этом случае задачей семейного врача является раннее выявление таких симптомов и консультирование ребенка у специалистов.

Помимо собственно реализации медицинских мероприятий (помощь в диагностике, сопровождение динамического наблюдения ребенка с вирусной инфекцией) и психотерапевтической помощи родителям и другим родственникам важной составляющей деятельности семейного врача является ответ на закономерные вопросы: «Что делать, если мы собираемся завести еще детей? Не повторится ли подобная ситуация в будущем?»

Чтобы ответить на этот вопрос, рассмотрим подготовку к беременности (планирование беременности) с позиций профилактики, а также роль и место семейного врача в ее проведении.

*Подготовка к беременности* — именно тот этап в жизни семьи, когда можно максимально точно оценить возможность реализации репродуктивной функции и принять все возможные меры для того, чтобы родился здоровый ребенок. **И первая функция семейного врача — убедить родителей в том, что беременность должна быть плановой.**

Характер и объем подготовки к беременности не регламентирован руководящими документами, поэтому, когда женщина, планирующая беременность, обращается по этому поводу в женскую консультацию, акушер-гинеколог дает советы по обследованию, как правило, в том объеме, который указан в приложении 2 к приказу МЗ РФ 2003 г. № 50 для сопровождения беременности. Однако с позиций профилактики вирусных инфекций данный документ устарел.

**Поэтому второй функцией семейного врача в планировании беременности является определение перечня мероприятий, которые следует провести для оценки риска вирусной инфекции.** В первую очередь следует уточнить перенесенные заболевания, оперативные вмешательства,

гемотрансфузии, прививочный анамнез, характер течения предыдущих беременностей, состояние здоровья уже имеющихся детей.

Из перенесенных заболеваний особое внимание следует уделить тем, возбудители которых могут передаваться от матери плоду, в частности краснухе, заболеваниям, передающимся половым путем (хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция и др.). В отношении последних имеет значение, когда именно было заболевание, проводилось ли одновременное лечение партнера и какой контроль санации проводился.

Прививочный сертификат позволяет судить о риске развития контролируемых вирусных инфекций. Так, если вакцинация от краснухи проводилась в соответствии с Национальным календарем, весьма вероятно, что у женщины имеется достаточный уровень защитных антител, чтобы не развивался синдром врожденной краснухи.

Сведения об оперативных вмешательствах и гемотрансфузиях позволяют предполагать наличие или отсутствие риска заражения плода вирусами гепатитов В и С.

Результаты ранее проведенных исследований (в том числе обследования во время предыдущих беременностей) позволяют оптимизировать последующие действия. Например, если ранее у женщины выявляли специфические IgG к вирусу краснухи или к токсоплазме, риска этих инфекций нет, так как эти антитела циркулируют пожизненно и проникают через плаценту, защищая плод. Такое же значение имеет лабораторно подтвержденный у ребенка диагноз синдром врожденной краснухи или токсоплазмоз (дети с такими заболеваниями у одной и той же женщины могут родиться только один раз).

Однако изучение анамнеза, медицинской документации не отменяет необходимости проведения лабораторного обследования женщины, планирующей беременность.

Примерный перечень исследований, рекомендуемый для обследования женщины в ходе подготовки к беременности с целью оценки риска вирусных инфекций (если ранее никакие исследования не проводились):

1. Исследование крови на наличие и уровень специфических IgM и IgG к вирусам простого герпеса 1-го и 2-го типов, цитомегаловирусу, парвовирусу В19V, вирусу краснухи, токсоплазмам; avidность специфических IgG к этим возбудителям. Методы — иммуноферментный анализ (ИФА) или иммунохемилюминесцентный (ХЛИА) с количественным учетом результатов.

2. Мазки со слизистой оболочки цервикального канала на наличие антигенов хламидий, микоплазм, цитомегаловируса (реакция иммунофлюоресценции), генома этих микроорганизмов (ПЦР).

3. «Стандартные» исследования крови на HBs-антиген, антитела к вирусу гепатита С, сифилис, антитела к ВИЧ.

4. «Стандартные» мазки на флору, гонококк, кандиды.

Безусловно, окончательную интерпретацию результатов должен давать инфекционист. Семейный врач, как правило, может дать примерную оценку и проконтролировать получение исчерпывающей консультации специалиста. В некоторых случаях роль семейного врача существенно возрастает. В первую очередь это касается вопросов **тактики ведения женщин с различным риском вирусных инфекций.**

Принципиально результаты обследования в период подготовки к беременности позволяют выделить несколько **групп риска развития врожденных инфекций:**

**1. Женщины, не имеющие никаких антител или не имеющие антител к отдельным микроорганизмам** (см. п. 1 примерного перечня исследований). Эти женщины не имеют иммунитета, для них заражение во время беременности несет примерно 50%-ную вероятность передачи возбудителей плоду. Это **группа высокого риска.**

**2. Женщины, имеющие в сыворотке крови IgG к микроорганизмам, указанным в п. 1 перечня рекомендуемых исследований, и не имеющие IgM (независимо от состояния родовых путей).** Такие результаты свидетельствуют о ранее состоявшемся заражении и отсутствии обострения в период настоящего обследования.

Это **группа низкого риска**, так как врожденные формы краснухи, токсоплазмоза у детей этих женщин не разовьются, риски герпетической, цитомегаловирусной, парвовирусной инфекций составляют не более 5%, а риск передачи уrogenитальных инфекций (при их наличии) будет зависеть от качества санации.

**3. Женщины с результатами исследований, не относящихся к п. 1 и 2.** Это женщины с признаками острой (реактивации латентной) инфекции (наличие IgM), дисбиоза родовых путей. **Риск вирусных инфекций для женщин этой группы является неопределенным**, так как он будет определяться результатами терапии.

Безусловно, можно выделить и другие группы (например, женщин с дисбиозом родовых путей и отсутствием/наличием каких-либо антител в сыворотке крови), но эти ситуации относятся исключительно к компетенции инфекционистов и акушеров-гинекологов.

Конечно, конкретные рекомендации по ведению пациенток разных групп дает только специалист (инфекционист, а в отношении санации родовых путей — акушер-гинеколог). Семейному

врачу важно знать, на что именно следует обратить внимание женщины, и разъяснить возможные мероприятия.

Особо важно при получении положительного результата любых IgM подтвердить или опровергнуть его в экспертной лаборатории, не дожидаясь консультации специалиста.

**Тактика семейного врача в отношении женщин группы высокого риска:**

1. Если нет иммунитета к той инфекции, для профилактики которой существует вакцина, женщину следует убедить в необходимости возможно более быстрой вакцинации (краснуха) и в контроле антителообразования после ее проведения.

2. Если нет иммунитета к токсоплазмам, следует разъяснить возможные способы заражения применительно к данной семье и организовать серологический мониторинг (повторное определение антител сразу после распознавания беременности).

3. Если нет иммунитета к вирусам простого герпеса, цитомегаловирусу, парвовирусу, помимо разъяснения возможных способов заражения следует рекомендовать обследование лиц ближайшего окружения (членов семьи) на наличие выделения цитомегаловируса (ПЦР слюны и мазок из уретры партнера, ПЦР слюны других лиц), антител к парвовирусу.

Следует рекомендовать ограничить общение с лицами, имеющими клинические проявления простого герпеса. При выявлении в окружении лиц — источников цитомегаловирусной инфекции, необходимо организовать их лечение (совместно с инфекционистом), контроль прекращения выделения вируса, после чего провести повторное обследование женщины.

В любом случае женщины из этой группы нуждаются в лабораторном мониторинге во время беременности (см. Сопровождение беременности).

**Тактика в отношении женщин группы низкого риска:**

1. Если в сыворотке крови присутствуют специфические IgG к вирусу краснухи, парвовирусу и токсоплазмам, а IgM не определяются, следует разъяснить отсутствие риска врожденных форм этих заболеваний, нецелесообразность повторных исследований, сделать копию результатов и присоединить их к карте беременной в женской консультации.

2. Если в сыворотке крови присутствуют специфические IgG к вирусу простого герпеса, а IgM отсутствуют, следует уточнить, насколько часто бывают клинические проявления этой инфекции и их локализацию. Если герпетическая инфекция носит рецидивирующий характер, женщину следует направить к инфекционисту (при уrogenитальном герпесе — к акушеру-гинекологу) для

разработки индивидуально ориентированной схемы терапии.

3. Если в сыворотке крови присутствуют специфические IgG к цитомегаловирусу, а IgM отсутствуют, следует разъяснить, что даже при реактивации латентной инфекции во время беременности риск врожденной цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) не превышает 5%, и рекомендовать мониторинг в период беременности (см. «Сопровождение беременности»).

**Тактика в отношении женщин группы неопределенного риска:**

1. Если имеются лабораторные признаки острых (обострения латентных) инфекций (специфические IgM, морфологические признаки инфекции в родовых путях, антигены, геном микроорганизмов в мазках), следует рекомендовать консультации специалистов для подбора индивидуально ориентированной терапии, контролировать ход ее проведения и контрольных исследований.

2. Хотя общепринятые рекомендации в отношении сроков планирования беременности по отношению к давности перенесенных инфекционных заболеваний существуют для ограниченного перечня заболеваний (краснуха, ЦМВИ), целесообразно принять, что ориентировочно срок окончания острого процесса можно оценить по исчезновению IgM. Для урогенитальных инфекций критерием эффективности терапии является санация, подтвержденная тремя исследованиями.

3. Следует разъяснить, что лечение урогенитальных инфекций и контроль санации должны проводиться одновременно у женщины и мужчины независимо от того, выявлен у него микроорганизм или нет.

**В идеальном случае** к моменту зачатия у мужчины не должно быть урогенитальных инфекций, герпетических высыпаний, выделения цитомегаловируса. У женщины благоприятными прогностическими факторами являются наличие только специфических IgG к возбудителям, перечисленным в п. 1 рекомендуемых исследований, отсутствие HBs-антигена, антител к вирусу гепатита С, ВИЧ, возбудителя сифилиса, а также нормоценоз родовых путей. Однако так бывает далеко не всегда.

Наиболее часто встречающаяся сегодня в практике ситуация — **уже наступившая беременность**. Оценка риска вирусных инфекций, мероприятия по их снижению имеют ряд особенностей.

**Сопровождение беременности.** Действующие руководящие документы предписывают проводить первичное обследование беременных (в том числе для оценки риска вирусных инфекций) немедленно после принятия женщиной решения о сохранении наступившей беременности. Проведенные рядом авторов исследования подтверждают высокую ценность раннего обследования как

для оценки риска, так и с позиций своевременной реализации мероприятий по снижению риска передачи инфекций от матери плоду.

Поэтому **первоочередной задачей семейного врача в отношении беременной женщины** является необходимость убеждения раннего обращения в женскую консультацию с постановкой на учет и назначением первичного обследования.

Объем обязательного первичного обследования и мониторинга определен руководящими документами. В некоторых регионах он расширен (в частности, в Санкт-Петербурге введено обязательное третье обследование на ВИЧ-инфекцию). Вместе с тем документы не регламентируют обследование на самую частую вирусную инфекцию — цитомегаловирусную, методы исследований, интерпретацию результатов (исключение — краснуха, ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусный гепатит В, в отношении которых действуют «Санитарные нормы и правила»).

Учитывая, что число возбудителей, способных передаваться от матери плоду, превышает полсотни, методов их детекции больше двух десятков, весьма важным представляется индивидуальный подход к разработке программ обследования и ведения в каждом конкретном случае при взаимодействии семейного врача, инфекциониста и акушера-гинеколога.

Так, если в медицинской документации беременной женщины имеется документированный положительный результат обследования на наличие IgG-антител к вирусу краснухи, токсоплазм, парвовирусу, назначение этих исследований повторно нецелесообразно. Будут снова получены положительные результаты, только величины антител не будут совпадать с предыдущими. К сожалению, далеко не все специалисты понимают, что в данной ситуации имеет значение не количество антител, а сам факт их наличия.

**По результатам первичного обследования беременных** изменяется распределение женщин по группам риска вирусных инфекций, меняется и тактика их ведения.

**К группе высокого риска** следует отнести не только женщин без иммунитета (нет специфических антител в сыворотке крови), но и имеющих признаки острых (реактивации латентных) инфекций, а также урогенитальные инфекции. В наибольшей степени это относится к беременным, не имеющим антител к возбудителям, передающимся воздушно-капельным (вирус краснухи, цитомегаловирус, парвовирус В19V) или контактными путем (вирус простого герпеса). Высокий риск определяется как отсутствием иммунитета, так и наличием у беременной инфекционной патологии, требующей терапии (возможности которой в первом триместре беременности крайне ограничены).

**К группе низкого риска** можно отнести беременных, в сыворотке крови которых обнаружены специфические IgG в значительных количествах и с высокой авидностью, при отсутствии IgM и урогенитальных инфекций. Это относится к краснухе, токсоплазмам, парвовирусу и, в меньшей степени, к вирусам простого герпеса и цитомегаловирусу (см. ниже тактику ведения).

**К группе неопределенного риска** относятся беременные, в сыворотке крови которых обнаружены незначительные количества специфических IgG (в 2–4 раза выше референсных значений), низкая или промежуточная авидность антител, при отсутствии IgM и урогенитальных инфекций. Неопределенность риска основана на сложности оценки давности инфекционного процесса по результатам однократного исследования в условиях низкой авидности антител.

Изложенная далее тактика ведения беременных различных групп риска развития вирусных инфекций может быть применена при условии выполнения первичного обследования до 10-й недели гестации включительно.

**Тактика семейного врача при ведении беременных группы высокого риска.** Серонегативным беременным помимо разъяснения путей и факторов передачи инфекций рекомендовать серологический мониторинг (исследование тех же видов антител) в сроки 20–22 и 32–34 недели гестации. При выявлении сероконверсии — немедленная консультация инфекциониста.

Беременным с лабораторными признаками острых (реактивации латентных) инфекций показаны немедленная консультация инфекциониста, контроль выполнения его рекомендаций, психологическая поддержка. Беременным с урогенитальными инфекциями рекомендуются консультация акушера-гинеколога, контроль выполнения его рекомендаций, соблюдение сроков санации, психологическая поддержка.

**Тактика семейного врача при ведении беременных группы низкого риска:**

1. Разъяснение отсутствия риска вирусных инфекций в тех случаях, когда его нет (иммунитет к краснухе, парвовирусу, токсоплазмам).

2. Разъяснение необходимости лабораторного мониторинга за герпетической и особенно — ЦМВ-инфекцией (в связи с высокой частотой реактивации за время беременности и риском передачи вирусом плоду в это время). При выявлении признаков обострения — организация консультации инфекциониста, выполнения его рекомендаций.

3. Разъяснение необходимости мониторинга состояния родовых путей, целесообразности защищенного секса. При выявлении признаков урогени-

тальных инфекций — организация консультации акушера-гинеколога, выполнения его рекомендаций, соблюдение сроков контроля санации, психологическая поддержка.

**Тактика семейного врача при ведении беременных группы неопределенного риска.** Основным вопросом, на который следует найти ответ при выявлении у беременной невысоких величин IgG с низкой (или промежуточной) авидностью при отсутствии IgM, — давность заражения (до зачатия или после). Известно, что у некоторых людей при острой инфекции (в частности, токсоплазмами) специфические IgM могут не определяться в течение 6 месяцев, при этом появляются и медленно нарастают специфические IgG, так же медленно растет авидность. В этой ситуации следует направить беременную на консультацию инфекциониста, который, как правило, рекомендует повторное обследование для оценки динамики уровня антител и авидности.

В это время беременная женщина нуждается в адекватной психологической поддержке, направленной на формирование понимания того, что в настоящее время, даже в случае риска развития вирусных инфекций, существуют методы их предотвращения или, по меньшей мере, минимизации последствий.

При отсутствии урогенитальных инфекций следует рекомендовать мониторинг состояния родовых путей.

**Заключение.** Предстоящее реформирование системы медицинского образования значительно повышает роль семейного врача в системе здравоохранения, растет и его ответственность за состояние здоровья в прикрепленных семьях.

За рамками обсуждения в данной статье остались инфекции, в отношении которых в Российской Федерации действуют руководящие документы (вирусные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция, сифилис).

В статье также не обсуждались вопросы оценки результатов и тактики семейного врача при позднем первичном обследовании беременной, результатов лабораторного мониторинга во время беременности, вопросы терапевтической тактики в различных ситуациях, ведения родов и послеродового периода. Эти аспекты проблемы врожденных инфекций — прерогатива специалистов (инфекционистов, акушеров-гинекологов).

Учитывая условия деятельности семейного врача, постоянное увеличение числа женщин, планирующих беременность, высокую частоту врожденных инфекций, чрезвычайно важными становятся его знания по вопросам оценки риска их развития в различных ситуациях.

## Литература

1. Лобзин Ю. В. и соавт. Актуальные аспекты врожденных инфекций в России // Журнал инфектологии. — 2010. — Т. 2. — № 2. — С. 14–24.
2. Лобзин Ю. В. и соавт. Некоторые аспекты проблемы врожденных инфекций и пути решения // Российский иммунологический журнал. — 2012. — Т. 6 (14). — № 2 (1). — С. 106–109.
3. Методические указания 3.1.2.2356–08 «Эпидемиологический надзор за врожденной краснухой». — <http://www.normativ.su/catalog/49436.php>. — Последний визит на сайт 21.01.2013 г.
4. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.5.2826–10 «Профилактика ВИЧ-инфекции». — <http://www.rg.ru/2011/04/15/sp-sp1d-dok.html>. — Последний визит на сайт 21.01.2013 г.
5. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.2341–08 «Профилактика вирусного гепатита В». — [http://www.sisterflo.ru/sanpins/sp\\_2341\\_08.php](http://www.sisterflo.ru/sanpins/sp_2341_08.php). — Последний визит на сайт 21.01.2013 г.
6. Васильев В. В., Неверов В. А., Кирпичникова Г. И., Мирошниченко И. Г., Мацко В. А., Воронина О. Л. Диагностика и профилактика заболеваний TORCH-комплекса: Учебное пособие для врачей / Под ред. Ю. В. Лобзина. — СПб.: ООО «Цифра-онлайн», 2012. — 51 с.
7. Giraudon I., Forde J., Maguire H. et al Antenatal screening and prevalence of infection: surveillance in London, 2000–2007 // Euro Surveill. — 2009. — Vol. 14. — № 9. — P. 8–12.
8. Malm G., Engman M. L. Congenital cytomegalovirus infections // Semin. Fetal Neonatal. Med. — 2007. — Vol. 12. — № 3. — P. 154–159.
9. Robert-Gangneux F., Dardy M.-L. Epidemiology of and diagnostic strategies for toxoplasmosis // Clin. Microbiol. Rev. — 2012. — Vol. 25. — № 2. — P. 264–296.
10. Kishore J., Misra R., Paisal A., Pradeep Y. Adverse reproductive outcome induced by Parvovirus B19 and TORCH infections in women with high-risk pregnancy // J. Infect. Dev. Ctries. — 2011. — Vol. 5. — № 12. — P. 868–873.

### Автор:

**Васильев Валерий Викторович** — д. м. н., профессор кафедры инфекционных болезней ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России

Адрес для контактов: [vcubed@yandex.ru](mailto:vcubed@yandex.ru); [Valerii.Vasilev@spbmapo.ru](mailto:Valerii.Vasilev@spbmapo.ru)