



Тактика ведення вагітних з генітальним герпесом

Клінічні рекомендації BASHN і RCOG

Пропонуємо вашій увазі огляд рекомендацій з ведення вагітних з генітальним герпесом, опублікованих наприкінці минулого року як об'єднане керівництво, розроблене спеціалістами Британської асоціації сексуального здоров'я та ВІЛ (BASHN) і Королівського коледжу акушерів і гінекологів (RCOG). До цього часу вищезгадані авторитетні наукові установи видавали окремі рекомендації, в яких інколи містилися частково суперечливі дані. У новій версії більш сильною є рекомендація стосовно доцільності пологів через природні родові шляхи у пацієнток з рецидивуючим генітальним герпесом під час вагітності. Крім того, в документ додано розділи, присвячені особливостям ведення хворих на генітальний герпес при передчасному розриві плідних оболонок, а також при ВІЛ-позитивному статусі.

Неонатальний герпес – дуже рідкісна, однак грізна вірусна інфекція з високим рівнем захворюваності та смертності. Її класифікують на три підгрупи в залежності від локусу інфікування немовляти:

- шкіра, очі та/або слизова рота;
- локалізоване захворювання центральної нервової системи (ЦНС) (енцефаліт);
- дисемінована інфекція з ураженням кількох органів.

Герпетичне ураження шкіри, очей і/або слизової оболонки порожнини рота

Діти із симптомами ураження шкіри, очей або слизової рота мають кращий прогноз, їх частка становить близько 30% усіх випадків неонатальної герпетичної інфекції. При відповідній противірусній терапії показник неврологічної та/або офтальмологічної захворюваності не перевищує 2%.

Локалізоване захворювання ЦНС і дисемінована інфекція

У 70% немовлят з неонатальним герпесом має місце дисемінована та/або інфекція ЦНС, при цьому приблизно в 60% випадків захворювання характеризується відсутністю інфікування шкіри, очей та/або порожнини рота. Локалізоване ураження ЦНС у новонароджених здебільшого виявляють досить пізно – як правило, у віці від

10 днів до 4 тиж. На фоні противірусного лікування смертність від цієї форми інфекції становить близько 6%, а неврологічна захворюваність (недуга може тривати протягом усього життя) – 70%. При дисемінованій інфекції визначається найгірший прогноз. Із застосуванням відповідних противірусних препаратів показник смертності сягає 30%, у 17% хворих відмічають довгострокові неврологічні ускладнення. Погані наслідки дисемінованої інфекції та локалізованого ураження ЦНС пояснюються затримкою між появою симптомів і призначенням лікування.

Неонатальна інфекція виникає в результаті інфікування новонародженого під час пологів, на відміну від вродженого герпесу, який зустрічається вкрай рідко і пов'язаний із передачею інфекції плоду внутрішньоутробно.

Частота захворювання

Неонатальний герпес рідко зустрічається у Великобританії порівняно з деякими іншими європейськими країнами і США. За даними Британського відділу педіатричного епідеміологічного нагляду, з 1986 по 1991 р., за період спостереження понад 5,5 років, зареєстровано 76 випадків захворювання із частотою 1,65 на 100 тис. живонароджених на рік (95% довірчий інтервал [ДІ]: 1,3-2,0). Подальше дослідження в проміжку між 2004-2006 рр. показало, що цей показник майже подвоївся – 86 випадків протягом трьох років спостереження. Таке зростання може позначитися на підвищенні поширеності інфекцій, що передаються статевим шляхом, призвести до демографічних і соціальних змін у популяції населення, сприяти покращенню діагностичних методик.

Частота неонатального герпесу у Великобританії становить близько 50% від кількості повідомлень з інших європейських країн. У США середній показник захворюваності сягає 1 на 15 тис. живонароджених на рік, проте відмічено значні його відмінності між популяціями, зокрема в деяких неблагополучних групах міського населення (1:7500).

Етіологія

Неонатальний герпес може бути викликаний вірусами простого герпесу (ВПГ) 1-го або 2-го типу, які можуть спричинити генітальний



герпес у матері. Приблизно 50% випадків інфекції пов'язано з ВПГ-1 і 50% – з ВПГ-2. Здебільшого захворювання виникає в результаті безпосереднього контакту немовляти з інфікованими материнськими біологічними рідинами, хоча відомо, що в 25% випадків можливим джерелом післяпологової інфекції може бути близький родич матері. Захворювання в постнатальному періоді може виникнути через контакт із особами з орально-лабіальною герпетичною інфекцією.

Механізми і шляхи передачі вірусів

Фактори, пов'язані з передачею інфекції, включають: тип материнської інфекції (первинна чи рецидивуюча), трансплацентарне перенесення материнських нейтралізуючих антитіл, тривалість проміжку часу між розривом плідних оболонок і початком пологів, накладання фетальних електродів на голівку плода і спосіб розродження. Ризики є найбільш високими у разі, коли у вагітної фіксують перший випадок захворювання (первинний генітальний герпес) у III триместрі, особливо за 6 тиж до пологів. За таких обставин дитина, вірогідно, народиться до вироблення протективних материнських антитіл.

Вроджений герпес рідко виникає в результаті трансплацентарного внутрішньоутробного інфікування. Дані з історій хвороби свідчать, що шкіра, очі і ЦНС можуть бути уражені, крім того, може мати місце затримка росту плода або його загибель.

Дисемінований герпес частіше зустрічається у недоношених дітей і виникає майже виключно при первинній інфекції у матері.

Хоча рецидивуючий генітальний герпес асоціюється з дуже низьким ризиком неонатального герпесу, на момент пологів ця інфекція, яка зазвичай є безсимптомною і недиагностованою, може викликати розвиток локалізованих форм захворювання у немовляти з ураженнями шкіри, слизової оболонки порожнини рота, очей і ЦНС. Трансплацентарно набуті антитіла проти ВПГ не запобігають поширенню вірусу герпесу до мозку новонародженого.

Дані зі США свідчать, що близько 2% жінок заражаються генітальною ВПГ-інфекцією під час вагітності. При цьому більшості з цих випадків материнського інфікування властивий безсимптомний перебіг і їх рідко виявляють. Разом із тим показник інфікування жінок протягом вагітності у Великобританії може помітно варіювати, чим пояснюється різна частота неонатального герпесу у цій країні і США. Може бути складно клінічно відрізнити рецидивуючі і первинні генітальні ВПГ-інфекції, оскільки часто перший епізод ВПГ-інфекції не є дійсно первинним.

Дисемінована герпетична інфекція у матері

Дисемінований герпес, який може проявлятися у вигляді енцефаліту, гепатиту, поширених шкірних уражень або комбінації даних патологічних

станів, рідко виявляють у дорослих. Поряд з цим він більш широко розповсюджений серед вагітних, особливо з ослабленим імунітетом. Материнська смертність внаслідок дисемінованого герпесу є високою. У всіх імунокомпрометованих жінок, зокрема ВІЛ-інфікованих, спостерігається підвищений ризик розвитку більш тяжких і частих симптомних епізодів рецидивуючого генітального герпесу під час вагітності та асимптомного виділення ВПГ при розродженні в строк. Коінфікування ВПГ і ВІЛ призводить до посилення реплікації обох вірусів, тому існує припущення, що реактивація генітальної ВПГ-інфекції може підвищувати ризик перинатальної передачі як ВІЛ, так і ВПГ, хоча це і не було реалізовано на практиці у Великобританії.

Тактика ведення вагітних з першим епізодом генітального герпесу

Інфікування в I і II триместрах (до 27-го тижня гестації + 6 днів)

Немає доказів підвищеного ризику спонтанного викидня при первинному генітальному герпесі в I триместрі вагітності (рівень доказовості [РД] III).

Пацієнтку із підозрою на генітальний герпес необхідно направити до спеціаліста із захворювань уrogenітального тракту, який підтвердить або спростує діагноз за допомогою полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), надасть рекомендації щодо лікування і призначить аналізи на інші інфекції, що передаються статевим шляхом (ступінь рекомендації [СР] С).

Початок терапії не слід відкладати. Тактика ведення жінки повинна відповідати її клінічному стану і, як правило, передбачає пероральний прийом (або внутрішньовенне введення при дисемінованій ВПГ-інфекції) ацикловіру в стандартних дозах – 400 мг 3 рази на добу зазвичай протягом 5 днів. Застосування ацикловіру пов'язане зі скороченням тривалості та зниженням тяжкості симптомів, а також зі зменшенням періоду вірусовиділення. Ацикловір не ліцензовано для використання під час вагітності, проте цей препарат вважається безпечним, і його прийом не супроводжується підвищеною частотою вроджених дефектів. Існують повідомлення про випадки транзиторної неонатальної нейтропенії, однак жодних клінічно значущих несприятливих материнських і неонатальних наслідків не зареєстровано. Ацикловір добре переноситься вагітними (РД IV).

Для курсів лікування корекція дози не потрібна. Докази підвищеного ризику вроджених дефектів при призначенні ацикловіру, фамцикловіру або валацикловіру в I триместрі вагітності відсутні (РД III).

Дані про безпечність ацикловіру можуть бути екстрапольовані на валацикловір на пізніх строках вагітності, адже за своєю структурою він являє собою валіновий ефір ацикловіру. З огляду на



те, що досвід застосування валацикловіру і фамцикловіру є меншим, вони не рекомендуються як препарати 1-ї лінії терапії (СР С).

У даній ситуації акушер повинен бути поінформований (СР С).

Парацетамол і 2% гель лідокаїну для місцевого застосування можуть бути запропоновані як симптоматичне лікування. Немає доказів того, що якийсь із цих лікарських засобів у стандартних дозах є шкідливим під час вагітності (СР С).

Пацієнок із підозрою на генітальний герпес, яких ведуть акушерки, слід направити на огляд до лікаря-акушера в ідеалі після консультації спеціаліста із захворювань уrogenітального тракту (СР С).

Знаючи, що пологи не відбудуться протягом найближчих 6 тиж, слід дотримуватися вичікувальної тактики і планувати розродження через природні родові шляхи. Не існує доказів того, що інфікування ВПГ під час вагітності пов'язане з підвищеною частотою вроджених аномалій (РД III).

При зараженні вірусом у I і II триместрах щоденна супресивна терапія ацикловіром 400 мг 3 рази на добу з 36-го тижня вагітності знижує частоту уражень ВПГ при пологах в строк, а отже, зменшує необхідність у розродженні шляхом кесаревого розтину. Крім того, було продемонстровано зменшення асимптомного вірусовиділення (аналогічні результати відмічено щодо валацикловіру, хоча він не рекомендований для використання під час вагітності у зв'язку з відсутністю досвіду його застосування) (СР А, РД Ів).

Інфікування в III триместрі (з 28-го тижня гестації)

Знайдено докази підвищеної перинатальної захворюваності (передчасних пологів і низької ваги при народженні) та випадків мертвородження. Проте ці дані суперечливі, тому додатковий моніторинг таких вагітних не рекомендований. Існує недостатньо свідчень зв'язку між інфікуванням ВПГ і мертвородженням, а в деяких дослідженнях його взагалі заперечують (СР В, РД III).

Із призначенням лікування не слід зволікати. Тактика ведення жінки повинна відповідати її клінічному стану. Як правило, вона передбачає пероральний прийом (або внутрішньовенне введення при дисемінованій ВПГ-інфекції) ацикловіру в стандартних дозах 400 мг 3 рази на добу зазвичай протягом 5 днів. У III триместрі супресивну терапію ацикловіром (400 мг 3 рази на добу), як правило, продовжують до дня пологів (СР С).

Розродження шляхом кесаревого розтину рекомендується всім вагітним, у яких перший епізод генітального герпесу припадає на III триместр, особливо при появі симптомів протягом 6 тиж до очікуваних пологів, оскільки ризик неонатального інфікування ВПГ є дуже високим (41%) (СР В, РД ІІв).

Можуть виникнути труднощі в клінічній диф-діагностиці рецидивуючих і первинних генітальних ВПГ-інфекцій. Відомо, що майже в 15% випадків у вагітних з ймовірним першим епізодом клінічної ВПГ-інфекції насправді має місце рецидив. Жінкам з першим епізодом генітального герпесу в III триместрі, особливо протягом 6 тиж до очікуваних пологів, доцільно проводити типоспецифічне тестування на антитіла до ВПГ (виявлення імуноглобулінів G до ВПГ-1 і ВПГ-2). У цієї категорії пацієнок результати обстеження будуть впливати на вибір способу розродження та на ризик розвитку неонатальної герпетичної інфекції. Наявність антитіл до того штаму ВПГ, що був виділений з мазка зібраного з геніталій матеріалу, свідчить, що в даному випадку більш вірогідно має місце рецидив, аніж епізод первинного інфікування, тому проведення кесаревого розтину не показано для запобігання неонатальному зараженню. Слід зазначити, що результати цього дослідження будуть готові через 2-3 тиж. Тому початкове рішення щодо вибору способу розродження повинно ґрунтуватися на припущенні, що всі первинні епізоди герпетичного ураження є проявами первинного генітального герпесу. Цей план дій може бути змінений, якщо результати тесту на антитіла до ВПГ згодом підтвердять рецидив, а не первинну інфекцію. Так як інтерпретація результатів серологічного дослідження може бути складною, їх необхідно обговорити з вірусологом або спеціалістом із захворювань уrogenітального тракту (СР С, РД IV).

Тактика ведення вагітних з рецидивуючим генітальним герпесом

Жінкам з рецидивуючим генітальним герпесом слід повідомити, що ризик неонатального герпесу є низьким, навіть якщо герпетичні ураження наявні на момент пологів (0-3% при вагінальних пологах) (СР В, РД III).

Хоча на даний час немає жодних доказів того, що ацикловір небезпечний на ранніх строках вагітності, більшість епізодів рецидивуючого генітального герпесу є короткочасними і минають через 7-10 днів без противірусного лікування. Призначення підтримуючої терапії, що включає ванночки із сольовими розчинами та знеболення парацетамолом у стандартних дозах, як правило, є достатнім (СР С).

Вагінальні пологи можна планувати за відсутності інших акушерських показань до кесаревого розтину.

Слід розглянути призначення щоденної супресивної терапії ацикловіром 400 мг 3 рази на добу з 36-го тижня вагітності (СР С).

Існує недостатньо даних для визначення, чи знижує таке лікування частоту неонатального герпесу. Однак відомо, що на його фоні спостерігається зменшення вірусовиділення і числа рецидивів на момент пологів, тобто за вищезазначеної тактики



зменшується необхідність у кесаревому розтині. Наявна обмежена інформація про безпечність антенатальної протівірусної профілактики по відношенню до новонароджених. Ризики, переваги і альтернативи щоденній супресивній терапії слід обговорити з жінками з наявністю в анамнезі рецидивуючого генітального герпесу до вагітності і розпочати профілактику тим пацієнткам, які бажають народжувати за допомогою оперативного втручання.

Підвищення стандартної супресивної дози (400 мг двічі на день) рекомендується у зв'язку з більшим об'ємом розподілу препарату в період вагітності (СР С, РД Ia).

Послідовне проведення ПЛР-аналізу наприкінці вагітності з метою прогнозування вірусовиділення на момент пологів, щоб визначити жінок, які асимптомно виділяють ВПГ, не показано (СР В, РД IIa).

Не зафіксовано підвищеного ризику передчасних пологів, передчасного розриву плідних оболонок або затримки росту плода, пов'язаного із серопозитивним статусом жінки до ВПГ. Частота вроджених аномалій не підвищується за наявності рецидивуючого генітального герпесу (РД IIa).

Тактика ведення пацієнток з первинними або рецидивуючими генітальними ураженнями на момент пологів

Загальні дії

Тактика ведення вагітної з генітальним герпесом на момент пологів буде ґрунтуватися на її клінічному обстеженні за відсутності часу в проведенні підтверджуючого лабораторного тестування. Лікар повинен ретельно проаналізувати дані анамнезу пацієнтки, щоб з'ясувати, чи цей епізод є первинним або повторним. У жінки слід взяти мазок з ділянок ураження на статевих органах, оскільки результат дослідження може вплинути на тактику ведення новонароджених. У даній ситуації необхідно поінформувати неонатолога (СР С).

Первинний епізод

Кесарів розтин рекомендовано усім жінкам з первинним епізодом генітальних герпетичних уражень на момент пологів або протягом 6 тиж до їх очікуваної дати з метою зменшення впливу на плід ВПГ, які можуть знаходитись в материнських виділеннях зі статевих шляхів (СР В, РД III).

Існує кілька свідчень того, що користь від проведення кесаревого розтину зменшується, якщо інтервал часу з моменту розриву плідних оболонок становить понад 4 год. Тим не менше можуть бути деякі переваги у виконанні кесаревого розтину навіть після такого безводного проміжку (СР С, РД III).

Інтрапартальне призначення ацикловіру внутрішньовенно матері (5 мг/кг кожні 8 год), а потім новонародженому (ацикловір внутрішньовенно 20 мг/кг кожні 8 год) може бути розглянуто для

вагітних, які віддають перевагу вагінальним пологам. Невідомо, чи знижує застосування ацикловіру в пологах ризик неонатальної герпетичної інфекції (РД IV).

У випадку первинного епізоду генітальних герпетичних уражень на момент пологів і народженні дитини вагінально ризик неонатального герпесу сягає 41% (РД III).

Ризик перинатальної трансмісії залежить від періоду материнського інфікування ВПГ, при цьому найбільш високим він є у немовлят, народжених від жінок з незавершеною ВПГ-сероконверсією під час вагітності (як правило, в III триместрі за 6 тиж до пологів) (РД III).

Хоча вагінальних пологів за можливості слід уникати, в жінок, що народжують через природні родові шляхи, за наявності первинних генітальних герпетичних уражень проведення інвазивних процедур (накладання фетальних електродів на голівку, забір проб крові у плода, штучний розрив плідного міхура і/або пологи з інструментальним втручанням) не рекомендовано (СР С).

Рецидивуючий генітальний герпес

Жінок з рецидивуючими генітальними герпетичними ураженнями на момент пологів необхідно поінформувати, що ризик розвитку неонатального герпесу у їх дитини є низьким (0-3% при вагінальних пологах) (СР В, РД III).

Дані з Нідерландів свідчать, що консервативний підхід, який дозволяє ведення вагінальних пологів за наявності уражень аногенітальної ділянки, не пов'язаний з ростом числа випадків неонатальної ВПГ-інфекції (РД III).

Вагінальні пологи слід запропонувати жінкам з рецидивуючими генітальними герпетичними ураженнями на момент пологів. Виконання кесаревого розтину може бути розглянуто, проте ризик для матері і майбутніх вагітностей слід протиставляти невисокому ризику неонатальної передачі ВПГ з розвитком рецидивуючого захворювання (0-3% при вагінальних пологах). Прийняття остаточного рішення щодо вибору способу розродження (вагінальні пологи або кесарів розтин) залишається за матір'ю, яке повинно ґрунтуватися на дуже низькому ризику передачі інфекції проти будь-яких інших факторів акушерського ризику та ризиків, пов'язаних з кесаревим розтином (СР С, РД IV).

Існують повідомлення про те, що інвазивні процедури (забір проб крові у плода, накладання фетальних електродів на голівку, штучний розрив плідного міхура і/або пологи з інструментальним втручанням) підвищують ризик неонатальної ВПГ-інфекції. Однак, враховуючи невисокий фоновий ризик (0-3%) передачі інфекції в цій групі, підвищений ризик, асоційований з інвазивними процедурами, навряд чи буде клінічно значущим, тому їх можна проводити у разі потреби (СР С, РД III).



Тактика ведення жінок повинна відповідати керівництву з ведення пологів Національного інституту здоров'я і якості медичної допомоги Великої Британії (NICE).

Немає доказових даних щодо особливостей ведення жінок з самовільним розривом плідних оболонок при розродженні в строк, однак багато лікарів радять прискорити процес розродження у спробі звести до мінімуму тривалість періоду потенційного контакту ВПГ з плодом (СР С, РД IV).

Генітальний герпес при передчасному розриві плідних оболонок (до 37-го тижня вагітності + 0 днів)

Первинний генітальний герпес при передчасному розриві плідних оболонок

В акушерській практиці існують обмежені дані щодо того, у яких випадках передчасний розрив плідних оболонок є ускладненням первинної ВПГ-інфекції. Пацієнтку повинні вести спеціалісти багатопрофільної бригади, у т.ч. акушери, неонатологи та фахівці із захворювань уrogenітального тракту; їхня тактика залежатиме від строку вагітності, на якому відбувся передчасний розрив плідних оболонок. Якщо прийнято рішення про негайне розродження, виконання кесаревого розтину буде мати переваги. При початковому консервативному лікуванні пацієнтці рекомендоване внутрішньовенне введення ацикловіру 5 мг/кг кожні 8 год. Профілактичне призначення кортикостероїдів слід розглянути з метою зменшення негативних наслідків передчасних пологів для дитини. Якщо пологи ймовірно відбудуться протягом 6 тиж після первинного інфікування, розродження шляхом кесаревого розтину є більш оптимальним, незважаючи на тривалий проміжок часу після розриву плідних оболонок (РД IV).

Рецидивуючий генітальний герпес при передчасному розриві плідних оболонок

Якщо передчасний розрив плідних оболонок відбувся у пацієнтки з рецидивуючими генітальними герпетичними ураженнями, ризик неонатальної передачі вірусу є дуже низьким у порівнянні з можливими захворюваністю та смертністю, зумовленими передчасним розродженням.

У випадку передчасного розриву плідних оболонок до 34 тиж гестації є підстави вважати, що вичікувальна тактика є найбільш оптимальною, включаючи пероральний прийом матір'ю ацикловіру 400 мг 3 рази на день. Після завершення цієї вагітності рекомендується вести пацієнток згідно з відповідними керівництвами RCOG стосовно передчасного розриву плідних оболонок та антенатального призначення кортикостероїдів для зниження рівня неонатальної захворюваності та смертності. Дана тактика істотно не залежить від наявності рецидивуючих генітальних герпетичних уражень (СР С, РД IV).

Тактика ведення ВІЛ-позитивних жінок з ВПГ-інфекцією

Первинна ВПГ-інфекція

Ведення ВІЛ-позитивних жінок з первинною генітальною герпетичною інфекцією в останньому триместрі вагітності повинно здійснюватися відповідно до рекомендацій щодо всіх пацієнток з первинною генітальною ВПГ-інфекцією.

Рецидивуюча ВПГ-інфекція

Існує ряд доказів, що жінки з антитілами до ВІЛ і генітальними ВПГ-виразками під час вагітності більш вірогідно можуть передавати ВІЛ-інфекцію незалежно від інших факторів. Проте дана гіпотеза не була підтверджена в ході всіх досліджень (РД III).

Пацієнткам, у яких виявлені антитіла до ВІЛ, за наявності в анамнезі генітального герпесу слід призначити щоденну супресивну терапію ацикловіром 400 мг 3 рази на день з 32-го тижня вагітності, щоб знизити ризик передачі ВІЛ-інфекції, особливо в осіб з плануванням вагінальних пологів. Ініціювання лікування на більш ранніх строках вагітності, ніж зазвичай, можна пояснити підвищенням ймовірності передчасних пологів у ВІЛ-інфікованих жінок (СР С, РД IV).

Спосіб розродження необхідно обирати відповідно до рекомендацій Британської асоціації з питань ВІЛ (BHIVA) щодо тактики ведення вагітних із ВІЛ-позитивним статусом, урахувавши акушерські фактори і параметри ВІЛ-інфекції, зокрема вірусне навантаження (СР С).

У даний час немає достатньо доказів для того, щоб рекомендувати щоденну супресивну терапію герпетичної інфекції жінкам з антитілами до ВІЛ, які є серопозитивними до ВПГ-1 або ВПГ-2, проте не мають в анамнезі випадків генітального герпесу.

Тактика ведення новонароджених

Загальні дії

У всіх випадках слід поінформувати неонатологічну бригаду (СР С).

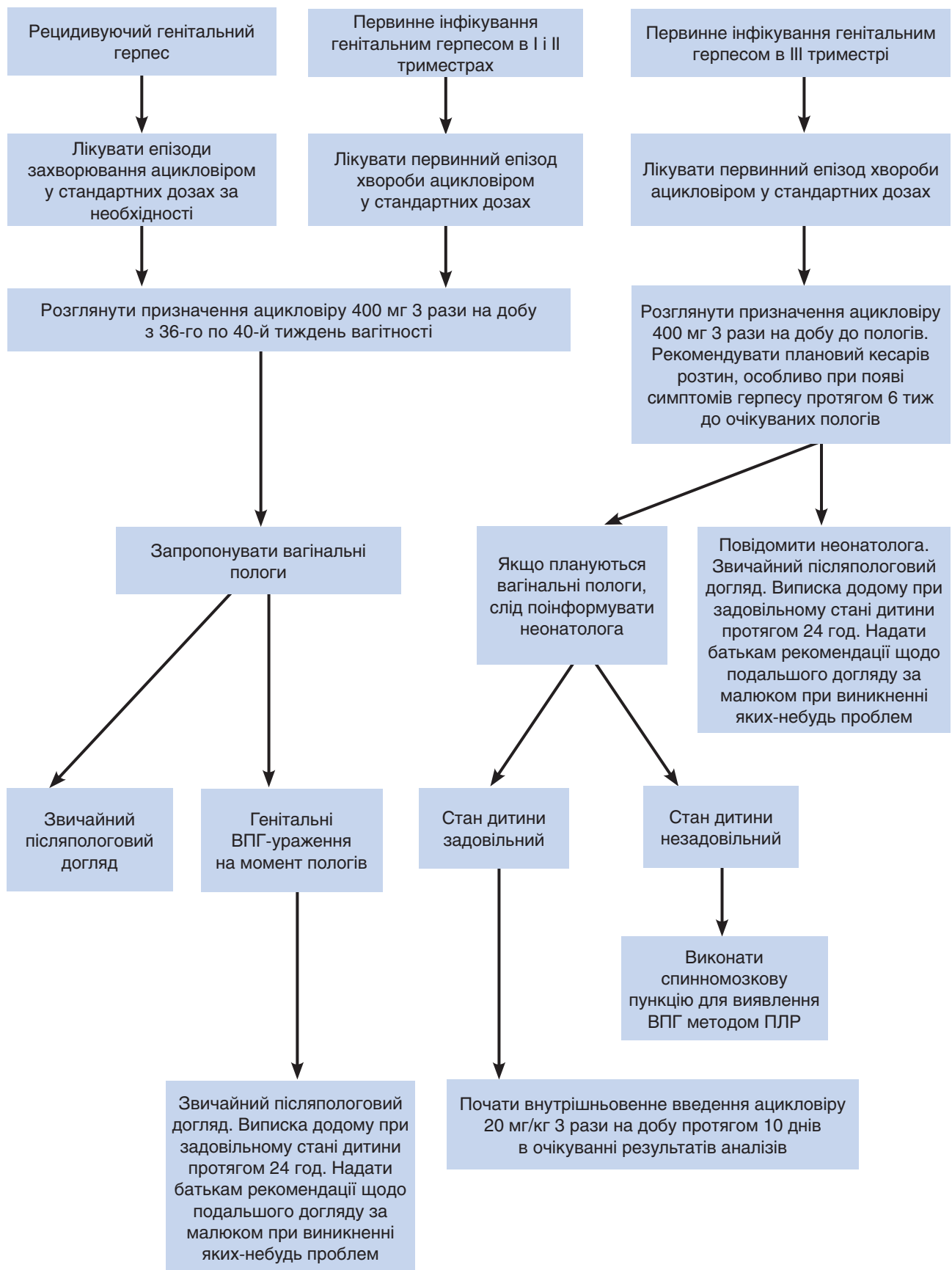
Ведення дітей, народжених за допомогою кесаревого розтину від матерів з первинною ВПГ-інфекцією в III триместрі

У цих немовлят спостерігається низький ризик вертикальної передачі ВПГ, тому їм рекомендоване консервативне лікування (СР С).

- Взаємодія з неонатальною бригадою.
- Забір мазків у новонароджених не показаний.
- Жодного активного лікування немовлята не потребують.
- Звичайний післяпологовий догляд за дитиною включає неонатальний моніторинг у перші 24 год життя, після чого її можна виписати з лікарні при задовільному стані й успішному встановленні вигодовування.
- Батьки повинні бути поінформовані щодо правил гігієни рук та належного догляду за немовлям, щоб знизити ризик післяпологової інфекції (СР С).



Схема. Алгоритм ведення вагітності у пацієток з герпетичною інфекцією та догляду за новонародженими





- Батькам слід поради́ти звертатися по медичну допомогу у разі виникнення будь-яких проблем, що стосуються стану їхньої дитини. Зокрема, вони повинні негайно відвідати лікаря у випадку:
 - наявності уражень шкіри, очей і слизових оболонок, млявості/підвищеної дратівливості, зниженого харчового інтересу (СР С).

Тактика ведення дітей, народжених у результаті спонтанних вагінальних пологів від матерів з первинним ВПГ-інфікуванням протягом попередніх 6 тиж

У цієї категорії немовлят відмічається високий ризик вертикальної передачі ВПГ-інфекції.

- Взаємодія з неонатальною бригадою.

При задовільному стані дитини:

- мазки зі шкіри, кон'юнктиви, ротоглотки і прямої кишки слід дослідити за методом ПЛР на ВПГ;
- спинномозкова пункція не показана;
- емпіричну терапію з внутрішньовенним введенням ацикловіру (20 мг/кг кожні 8 год) необхідно проводити до тих пір, поки активна інфекція не буде виключена;
- слід дотримуватися суворих заходів інфекційного контролю як у матері, так і у дитини;
- грудне вигодовування рекомендується, якщо у матері відсутні герпетичні ураження шкіри навколо сосків (СР С);
- батьки повинні бути попереджені щодо необхідності повідомляти про ранні ознаки інфекції, такі як поганий апетит, млявість, лихоманка або будь-які підозрілі ураження.

Якщо стан дитини незадовільний або в неї наявні шкірні ураження:

- мазки зі шкіри, кон'юнктиви, ротоглотки і прямої кишки слід дослідити за методом ПЛР на ВПГ;
- необхідно виконати спинномозкову пункцію навіть за відсутності ознак ураження ЦНС;
- внутрішньовенне введення ацикловіру (20 мг/кг кожні 8 год) слід проводити до тих пір, поки активна інфекція не буде виключена.

Тактика ведення дітей, народжених від матерів з рецидивуючою герпетичною інфекцією під час вагітності з/без свіжих уражень на момент пологів

У випадку рецидивуючої герпетичної інфекції у матері наявні протективні для дитини імуноглобуліни G, тому ризик її інфікування є низьким (СР В, РД III).

У новонароджених рекомендується проводити консервативну терапію (СР В, РД III).

- Взаємодія з неонатальною бригадою.
- Забір мазків у немовлят не показаний.
- Жодного активного лікування новонароджені не потребують.

- Звичайний післяпологовий догляд за дитиною включає неонатальний моніторинг в перші 24 год життя, після чого її можна виписати з лікарні при задовільному стані й успішному встановленні вигодовування.

- Батьки повинні бути поінформовані щодо правил гігієни рук та належного догляду за немовлям, щоб знизити ризик післяпологової інфекції.

- Батькам слід поради́ти звертатися по медичну допомогу у разі виникнення будь-яких проблем, що стосуються стану їхньої дитини. Зокрема, вони повинні негайно відвідати лікаря у випадку:
 - наявності уражень шкіри, очей і слизових оболонок, млявості/підвищеної дратівливості, зниженого харчового інтересу.

У випадках, коли є побоювання відносно стану новонародженого (клінічні ознаки сепсису, зниження харчового інтересу)

- Взаємодія з неонатальною бригадою. Крім підозри на розвиток бактеріального сепсису, слід розглянути ймовірність ВПГ-інфікування (СР С).
- Забір мазків і проб крові для виявлення ВПГ за допомогою культурального дослідження і ПЛР.
- Внутрішньовенно ацикловір (20 мг/кг кожні 8 год) слід вводити в очікуванні результатів аналізів.
- Подальша тактика дій неонатальної бригади залежить від стану дитини та результатів тестів (схема).

Запобігання післяпологовій передачі вірусу

У 25% випадків джерело післяпологової інфекції може бути точно визначене зазвичай ним є близький родич матері.

Заходи щодо запобігання постнатальній передачі ВПГ мають важливе значення, тому матерів необхідно проконсультувати з цього приводу.

Мати та всі особи з герпетичними ураженнями, які можуть контактувати з новонародженим, у т.ч. медичні працівники, повинні ретельно дотримуватися правил гігієни рук (СР С).

Особам з герпетичною висипкою на губах заборонено цілувати немовля (СР С, РД IV).

Огляд підготувала Марина Малей

За матеріалами: E. Foley, E. Clarke, V.A. Beckett et al.

Management of Genital Herpes in Pregnancy. BASHH, RCOG, October 2014.