Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

HAMİLƏLİK VƏ İNFEKSİYALAR ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL



Bakı
2012

Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 29 iyun 2012-ci il tarixli
22 saylı qərarı ilə təsdiq edilmişdir

HAMİLƏLİK VƏ İNFEKSİYALAR ÜZRƏ KLİNİK PROTOKOL

Bakı - 2012

57.16
H 26

H 26 Hamiləlik və infeksiyalar üzrə klinik protokol, 2012. – 72 səh.

Klinik protokolun redaktoru:

C.Məmmədov	Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru, t.f.d.

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

F.Əliyeva	Səhiyyə Nazirliyinin baş mama-ginekoloqu, Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun direktoru, dosent, t.f.d., RS/AP üzrə Milli Koordinator
N.Poladova	Azərbaycan Tibb Universitetinin I Mamalıq-ginekologiya kafedrasının dosenti, t.f.d.
M.Həmzəyev	Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Mamalıq-ginekologiya kafedrasının dosenti, t.f.d.
S.Məmmədova	Azərbaycan Tibb Universitetinin I Mamalıq-ginekologiya kafedrasının assistenti, t.f.d.
L.Məmmədova	Elmi-Tədqiqat Mamalıq və Ginekologiya İnstitutunun elmi katibi
G.Hüseynova	Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin Tibbi keyfiyyət standartları şöbəsinin sabiq müdiri

Rəyçilər:

H.Bağırova	Azərbaycan Tibb Universitetinin II Mamalıq-ginekologiya kafedrasının müdiri, professor, t.e.d.
R.Nadişauskiyene	USAİD tərəfindən maliyyələşdirilən Azərbaycanda Səhiyyənin Gücləndirilməsi Layihəsinin eksperti, ÜST-nin Reproduktiv Sağlamlıq və Tədqiqatlar üzrə Avropa Regional Şurasının sədri, Britaniya Krallığının Mamalıq və Ginekologiya Kollecinin üzvü, professor, t.e.d.
L.Rzaquliyeva	Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun Mamalıq-ginekologiya kafedrasının müdiri, dosent, t.f.d.

MÜNDƏRİCAT

İxtisarların siyahısı 5
Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri 6
Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası 7
Protokolun məqsədi 8
Bakterial vaginoz və hamiləlik 8
Vulvovaginal kandidoz və hamiləlik 11
Trixomoniaz və hamiləlik 15
Xlamidiya infeksiyası və hamiləlik 18
Listerioz və hamiləlik 21
Malyariya və hamiləlik 24
Sifilis və hamiləlik 28
Qonoreya və hamiləlik 33
B qrup streptokok infeksiyası və hamiləlik 36
Herpes infeksiyası və hamiləlik 41
Sitomeqalovirus infeksiyası və hamiləlik 46
Hepatit B və hamiləlik 49
Məxmərək və hamiləlik 54
Toksoplazmoz və hamiləlik 58
Simptomsuz bakteriuriya və hamiləlik 62
Ədəbiyyat 65

İxtisarların siyahısı:

ALT	alaninaminotransferaza
CYYİ	cinsi yolla yoluxan infeksiyalar
DNT	dezoksiribonuklein turşusu
FPK	fetoplasentar kompleks
GH	genital herpes
HBV	hepatit B virusu
XBT-10	Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı, 10-cu baxış
İFA	immunoferment analizi
IgG	immunoqlobulin G
IgM	immunoqlobulin M
IU	Beynəlxalq Vahid (International Units)
KTQ	kardiotokoqrafiya
KYV	koloniya yaradan vahid
PİF	pallidium immunoflyuoressent
PZR	polimeraz-zəncirvari reaksiya
RPR	sürətli plazma reagentləri
RNT	ribonuklein turşusu
SHV	sadə herpes virusu (herpes simplex virus)
SMV	sitomeqalovirus
TV	təsir vahidi
USM	ultrasəs müayinə
ÜST	Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatı
VDRL	zöhrəvi xəstəliklər üzrə elmi-tədqiqat laboratoriyası (Venereal Disease Research Laboratory)

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistematik icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyənin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyənin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistematik icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistematik icmalı, yaxud Sistematik səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistematik səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistematik səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++ və ya +) RKT. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud Ekspertlərin rəyi. Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

Protokol mama-ginekoloqlar, infeksionistlər, ailə həkimləri, mamalar üçün nəzərdə tutulub.

***Pasiyent qrupu*:** hamilə qadınlar

Protokolun məqsədi: protokol infeksion xəstəliklər zamanı hamilə qadınlara tibbi yardımın keyfiyyətini yaxşılaşdırmaq, antenatal dövrdə ana və dölün sağlamlığını müxtəlif infeksiyalardan qorumaqla xəstələnmə və ölüm hallarının qarşısını almaq üçün sübutlu təbabətə əsaslanan müasir metodik tövsiyələrin verilməsi məqsədini daşıyır.

BAKTERİAL VAGİNOZ VƏ HAMİLƏLİK

Bakterial vaginoz – qeyri-iltihabi infeksion klinik sindromdur. Müxtəlif ölkələrdə qadınların ayrı-ayrı populyasiyalarında bakterial vaginozun yayılma tezliyi 15-80% arasında tərəddüd edir. Hamilələrin 20%-də bakterial vaginoz müşahidə olunur.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

N89 Uşaqlıq yolunun qeyri-iltihabi xəstəlikləri

Törədici

Bakterial vaginozun spesifik törədiciləri mövcud deyil. Bakterial vaginozun etioloji amili anaerob və fakultativ-anaerob mikroorqanizmlərin assosiasiyasıdır (*Mobiluncus spp*., *Bacteroides spp., Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma* və s.).

Risk faktorları

Bakterial vaginoz cinsi yolla yoluxan xəstəlik deyil, lakin bakterial vaginozun meydana çıxması ilə seksual davranış, məsələn, erkən cinsi həyat, cinsi həyatın xüsusiyyətləri, cinsi partnyorların sayı və s. arasında müəyyən korrelyasion asılılıq qeyd olunur.

Klinik mənzərə

50% hallarda bakterial vaginoz simptomsuz keçir.

Bakterial vaginozun klinik əlamətləri:

- homogen ağımtıl-boz vaginal ifrazat
- bir çox hallarda xoşagəlməz "balıq" qoxusu qeyd olunur. "Balıq" qoxusu qorunmamış cinsi əlaqədən sonra kəskinləşir.

Bəzi pasiyentlərdə

- xarici cinsiyyət üzvləri nahiyəsində qaşınma və/və ya göynəmə
- dizuriya
- dispareuniya müşahidə olunur.

Hamiləliyin gedişinə və dölün/yenidoğulmuşun sağlamlığına təsiri

- vaxtından əvvəl doğuş
- döl qişalarının vaxtından əvvəl cırılması
- intraamnial infeksiyalaşma
- xorioamnionit
- doğuşdan sonrakı dövrdə endometrit
- keysəriyyə əməliyyatından sonra yaranın infeksiyalaşma riski

Diaqnostika

Diaqnoz aşağıda qeyd edilən 4 diaqnostik meyardan (Amsel meyarları) üçünün müəyyən olunması əsasında qoyulur **(A)**:

- vulvada və uşaqlıq yolunda bərabər adgeziya olunmuş, xoşagəlməz qoxulu ağımtıl-boz homogen ifrazat
- uşaqlıq yolu möhtəviyyatının pH 4,5-dən çox olması
- müsbət amin-test (əşya şüşəsi üzərində uşaqlıq yolu möhtəviyyatına 10%-li KOH (kali hidrooksid) məhlulu əlavə etdikdə "balıq" qoxusunun meydana çıxması)
- "açar hüceyrələri" (səthində qram-variabel kokobasilyar mikroflora adgeziya olunmuş epitel hüceyrələri)

Mikroskopik müayinə üçün klinik material uşaqlıq yolunun ön və yan divarlarından götürülür.

Rutin skrininq

Simptomsuz qadınlarda və vaxtından əvvəl doğuş üzrə risk faktorları müəyyən olunmayan qadınlarda bakterial vaginozun rutin skrininqi və müalicəsi aparılmır **(B)**.

Müalicə

Bakterial vaginozun simptomları qeyd olunan qadınlara və simptomsuz, lakin vaxtından əvvəl doğuş üzrə risk qrupuna daxil olan qadınlara müalicə təyin edilməlidir. Sübut olunmuşdur ki, 20 həftəyə qədər təyin olunmuş müalicə risk qrupuna daxil olan qadınlarda vaxtından əvvəl doğuş riskini azalda bilər.

Metronidazol və klindamisin dərman vasitələrinin *per os* qəbulunu II trimestrin əvvəlinə qədər təxirə salmaq lazımdır.

Hamiləliyin I trimestrində metronidazol preparatının yerli istifadəsi tövsiyə olunur.

20 həftəyə qədər klindamisin-krem istifadəsi vaxtından əvvəl doğuşların səviyyəsini azaldır.

Klindamisin* kremi – 2%-li 5 qram (1 tam applikator) gündə 1 dəfə 7 gün (yatmaqdan əvvəl).

Klindamisin kremi uşaqlıq yoluna yalnız hamiləliyin birinci yarısında istifadə oluna bilər.

Lateks kondomları klindamisin kreminin təsirindən zədələnə bilər.

II-III trimestrlərdə müalicə

Dərman vasitəsi	**Müalicə sxemi**
Metronidazol **(A)**	500 mq gündə 2 dəfə daxilə 7 gün
Klindamisin*	300 mq gündə 2 dəfə daxilə 7 gün

Hospitalizasiya və izolyasiya – göstəriş yoxdur.

Profilaktika – mövcud deyil.

Cinsi partnyorların müayinəsi və müalicəsi – ehtiyac yoxdur**.**

Hamiləliyin pozulması – göstəriş yoxdur**.**

Doğuş – təbii doğuş yolları ilə.

Döşlə əmizdirmə – əks göstəriş yoxdur.

*Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitəsi

VULVOVAGİNAL KANDİDOZ VƏ HAMİLƏLİK

Urogenital infeksiyaların strukturunda vulvavaginal kandidoz 30% təşkil edir. Hamiləlik zamanı vulvovaginal kandidozun klinik əlamətlərinin təzahür etmə ehtimalı nəzərə çarpacaq dərəcədə artır. Hamilələrin 20-50%-də vulvovaginal kandidozun klinik əlamətləri müşahidə olunur.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

B37.3 Vulvanın və vaginanın kandidozu
B37.4 Digər urogenital lokalizasiyalı kandidoz

Törədici

Vulvovaginal kandidoz zamanı pasiyentlərin 85-90%-də *Candida albicans,* 5-10%-də *Candida non-albicans* (*Candida parapsilosis, tropicalis, glabrata, krusei)* aşkar olunur. *Candida albicans* uşaqlıq yolunun normal mikroflorasının tərkibindədir.

Vulvovaginal kandidoz cinsi yolla ötürülmür. Uşaqlıq yolunun mikroflorası dəyişdikdə xəstəlik inkişaf edir.

Risk faktorları:

- antibiotikoterapiya
- hamiləlik
- piylənmə
- şəkərli diabet
- uzunmüddətli kortikosteroid qəbulu
- oral kontraseptivlərin qəbulu
- immunosupressiya vəziyyəti və s.

Klinik mənzərə

Vulvovaginal kandidozun klinik gedişatının aşağıdakı variantları ayırd edilir:

Qeyd olunma tezliyinə görə:

- epizodik kandidoz
- residivli kandidoz (il ərzində 4-5 vulvovaginal kandidoz epizodu)

Gedişatın ağırlığına görə:

- Fəsadlaşmamış vulvovaginal kandidoz: xarici dizuriya, vulvada qaşınma, xarici cinsiyyət üzvlərində ödem, hiperemiya, çatlarla səciyyələnir; bir çox hallarda uşaqlıq

yolundan kəsmiyəbənzər ifrazat aşkar olunur. Uşaqlıq yolunda pH bir qayda olaraq normaldır.

- Fəsadlaşmış vulvovaginal kandidoz: bir neçə epizodik vulvovaginal kandidoz, persistensiya edən non-albicans infeksiya, hamilələrdə, şəkərli diabetli qadınlarda qeyd olunan vulvovaginal kandidoz **(C)**.

Hamiləliyin gedişinə və dölün/yenidoğulmuşun sağlamlığına təsiri

Vulvovaginal kandidoz hamiləliyin gedişatını ağırlaşdırmır, dölün/yenidoğulmuşun sağlamlığına mənfi təsir göstərmir.

Diaqnostika

Fəsadlaşmamış gedişatlı vulvovaginal kandidoz zamanı yaxmanın mikroskopik müayinəsinin aparılması tövsiyə olunur (*Qramm* üsulu ilə boyanmış və ya nativ yaxma **(B)**). Yaxma uşaqlıq yolunun ön tağından götürülməlidir **(B)**.

Mikroskopik müayinə nəticəsində psevdoqriflərin və/və ya blastosporların aşkar olunub-olunmaması qeyd edilməlidir **(B)**.

Candida non-albicans, xüsusilə *Candida glabrata, pseudohyphae* və ya *hyphae* formalaşdırmır və işıq mikroskopiyasında aşkar olunmur.

Vaginal pH vulvovaginal kandidozun diaqnostikası üçün əhəmiyyətli deyil **(C)**.

Fəsadlaşmış vulvovaginal kandidozun diaqnostikasında mikroskopik və bakterioloji müayinə aparılır.

Göbələk koloniyalarının sayı 10^3 KYV/ml-dən artıq olduqda diaqnostik əhəmiyyətli hesab olunur.

Rutin skrininq – simptomlar qeyd olunmadıqda aparılması tövsiyə olunmur **(C)**.

Müalicə

Vacib məqam – simptomlar qeyd olunmadığı halda laborator metodlarla *Candida* aşkar olunması müalicə üçün əsas vermir. Müalicə vaginal yaxmasında *Candida* aşkar olunan, vulvovaginal kandidozun klinik simptomları müəyyən olunan qadınlara təyin edilir **(B)**. Klinik təcrübədə yalnız simptomlara əsaslanaraq müalicənin təyin edilməsi hallarına rast gəlinir ki, bu da bir çox qadınların əsassız müalicə almasına gətirir **(B)**. Hamilələlik dövründə oral

antifunqal preparatların qəbul edilməsi tövsiyə olunmur **(C)**. Hamilələrdə vulvovaginal kandidozun müalicəsində antimikotiklərin yerli istifadəsinə (uşaqlıq yoluna) üstünlük verilməlidir, çünki bu halda preparatın dölə təsiri qeyd olunmur.

- Hamiləlik dövründə uşaqlıq yoluna azol qrupundan olan preparatların istifadəsi tövsiyə olunur. Müalicənin müddəti 7 gündən artıq ola bilər **(A)** və aşağıdakı dərman preparatlarından biri ilə aparıla bilər:
  - ✓ Natamiysin – 100 mq 6 gün
  - ✓ 1%-li Klotrimazol krem – 5 q uşaqlıq yoluna 7-14 gün
  - ✓ Klotrimazol – 100 mq vaginal həb 7 gün
  - ✓ Omokonazol* – 150 mq 6 gün, 300 mq 3 gün, 900 mq bir dəfə
  - ✓ Mikonazol – 100 mq 7-14 gün, 1,2 q bir dəfə
  - ✓ İsokonazol – 600 mq 1-3 gün
  - ✓ Ekonazol – 50 mq 14 gün, 150 mq 3 gün

Pasiyenti yerli göbələk əleyhinə preparatların lateks kondomlarını zədələməsi barədə xəbərdar etmək lazımdır **(C)**.

Hospitalizasiya və izolyasiya – göstəriş yoxdur.

Profilaktika – mövcud deyil.

<u>Ümumi tövsiyələr:</u>

- Xarici cinsiyyət üzvləri nahiyəsinin təmiz və quru olması vacibdir. Sabundan istifadə etmək lazım deyil, yalnız su ilə yuyunmaq lazımdır
- CYYİ-yə yoluxmanın və CYYİ-nin yayılmasının qarşısının alınması məqsədilə cinsi əlaqə zamanı kondomlardan istifadə (vulvovaginal kandidoz fonunda uşaqlıq yolunun selikli qişası zədələndiyinə görə) etmək lazımdır
- Alt paltarın pambıq parçadan olması məsləhətdir
- Şəkərli diabet zamanı qanda şəkərin səviyyəsinə nəzarət etmək vacibdir

Cinsi partnyorların müayinəsi və müalicəsi aşağıdakı hallarda məsləhət görülür:

*Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitəsi

- Cinsi partnyorda kandidoz, balanopostit əlamətləri qeyd olunduqda
- Residivli vulvovaginal kandidozlu qadınların cinsi partnyorları

Hamiləliyin pozulması – göstəriş yoxdur.

Doğuş – təbii doğuş yolları ilə.

Döşlə əmizdirmə – əks göstəriş yoxdur.

TRİXOMONİAZ VƏ HAMİLƏLİK

ÜST-nin məlumatlarına əsasən Yer kürəsi əhalisinin 10%-i trixomoniaza yoluxmuşdur. Bir çox inkişaf etməkdə olan ölkələrdə qadınlar arasında trixomoniazın yayılması 15% təşkil edir. Ehtimal olunur ki, dünyada 25 milyon hamilə *Trichomonas vaginalis*-ə yoluxmuşdur.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

O98 Ananın digər rubrikalarda təsnif olunan, lakin hamiləlik, doğuş və zahılıq dövrünü ağırlaşdıran infeksion və parazitar xəstəlikləri

O98.3 Hamiləliyi, doğuşu və ya zahılıq dövrünü ağırlaşdıran, əsasən cinsi yolla ötürülən digər infeksiyalar

Törədici – *Trichomonas vaginalis.*

Ötürülmə yolları

Əksər yaşlı insanlarda infeksiya yalnız cinsi yolla ötürülür. *Trichomonas vaginalis* anadan uşağa ötürülə bilər və infeksiyalı qadınlardan doğulan uşaqların 5%-də təsadüf edilir.

Klinik mənzərə

Trichomonas vaginalis-lə yoluxmuş qadınların 25-50%-də xəstəliyin subyektiv əlamətləri qeyd olunmur. Bu qadınlarda vaginal mikrofloranın tərkibində və uşaqlıq yolu ekssudatının pH-nin səviyyəsində də dəyişiklik müşahidə olunmur.

Kəskin trixomonada vaginit/vulvovaginit zamanı aşağıdakı əlamətlər qeyd olunur:

- cinsiyyət yollarından çox miqdarda xoşagəlməz qoxulu sarı-yaşıl ifrazat
- uşaqlıq yolunun selikli qişasının hiperemiyası, ödemi, bəzi hallarda aralıq nahiyəsində eroziv elementlər
- qaşınma
- dizuriya
- dispareuniya
- bəzi hallarda qarının aşağı nahiyəsində ağrılar

Xronik trixomonada vaginit/vulvovaginit zamanı aşağıdakı əlamətlər qeyd olunur:

- selikli qişanın mülayim hiperemiyası

- xarici cinsiyyət üzvləri nahiyəsində qaşınma
- dispareuniya
- cinsiyyət yollarından cüzi selikli ifrazat

Epidemioloji baxımdan xronik trixomoniaz daha təhlükəlidir.

Hamiləliyin gedişinə və dölün/yenidoğulmuşun sağlamlığına təsiri

Trixomonada infeksiyasının hamiləliyin patologiyasında rolu barədə mövcud olan mülahizələr fərqlidir.

Diaqnostika

Nativ və/və ya boyanmış yaxmanın mikroskopik müayinəsi aparılır. Müayinə üçün material uşaqlıq yolunun arxa tağından götürülür **(B)**.

Mikroskopik diaqnostika yaxma götürüldükdən sonra mümkün qədər tez aparılmalıdır, belə ki, yaxma quruduqda *Trichomonas vaginalis*-in hərəkətliliyi azalır. Trixomoniaza şübhə olduqda, lakin mikroskopik müayinə ilə diaqnoz təsdiqlənmədikdə kultural müayinə tövsiyə olunur **(B)**. Trixomoniaz aşkar olunduqda qadının və onun partnyorunun digər cinsi yolla yoluxan xəstəliklərə skrininqinin aparılması tövsiyə olunur.

Rutin skrininq – simptomlar qeyd olunmadıqda aparılması tövsiyə olunmur **(A)**.

Müalicə

Trixomoniaz aşkar olunduqda mütləq müalicə təyin olunmalıdır **(A)**. Tövsiyə olunan müalicə sxemləri **(B)**:

- Metronidazol – 2 q birdəfəlik doza *per os* və ya
- Metronidazol – 400-500 mq gündə iki dəfə 7 gün *per os*
- Metronidazolla müalicənin effektivliyi 95% təşkil edir.

Aparılmış meta-analizlərdə metronidazolun I trimestrdə istifadəsi zamanı teratogen təsirə malik olması sübut olunmamışdır (A).

Müalicənin effektivliyinin dəyərləndirilməsi məqsədilə aparılan diaqnostik testlər (törədicinin aşkar olunmasına yönəldilmiş) yalnız o zaman aparılır ki, ya müalicədən sonra xəstəliyin simptomları saxlanılır, ya da müalicədən müəyyən müddət sonra simptomlar yenidən meydana çıxır **(C)**.

Birinci kurs müalicəyə cavab verməyən qadınlara standart müalicə təkrar təyin olunur.

Müalicə müddətində və müalicə sona çatdıqdan sonra ən azı 48 saat müddətinə pasientlərə alkoqol qəbulundan imtina etmək tövsiyə olunur.

Hospitalizasiya və izolyasiya – göstəriş yoxdur.

Profilaktika – təhlükəsiz seks məsələlərinə dair sanitar maarifi tədbirlərindən ibarətdir.

Cinsi partnyorun müayinəsi və müalicəsi

Cinsi partnyorlar CYYİ-nin tam spektrinə müayinə olunmalı və müayinələrin nəticələrindən asılı olmayaraq qadınla eyni vaxtda trixomoniazın müalicəsini almalıdırlar **(A)**.

Müalicə dövründə cinsi əlaqədən çəkinməyin və ya prezervativlərdən istifadə etməyin vacib olduğu barədə məlumat vermək lazımdır.

Hamiləliyin pozulması – göstəriş yoxdur.

Doğuş – təbii doğuş yolları ilə.

Döşlə əmizdirmə

Metronidazol ana südünə keçir və onun dadına təsir edir. Döşlə əmizdirən qadınlara yüksək dozada metronidazol təyini tövsiyə olunmur.

XLAMİDİYA İNFEKSİYASI VƏ HAMİLƏLİK

ÜST-nin statistikasına əsasən hər il dünyada 89 milyon yeni xlamidioz halı aşkar olunur. Xlamidiozla xəstələnmə tezliyi gənc insanlar arasında xüsusilə yüksəkdir. Populyasiyada infeksiyaya yoluxma tezliyi 5%-ə çatır, yeniyetmələr arasında isə 20% təşkil edir. ÜST-nin məlumatlarına görə hamilələrdə *Chlamydia trachomatis*-in aşkar olunma tezliyi 2-37% arasında tərəddüd edərək, orta hesabla 6-8% təşkil edir.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

A56.0 Sidik-cinsiyyət traktının aşağı şöbələrinin xlamidiya infeksiyası

A56.1 Kiçik çanaq üzvlərinin və digər sidik-cinsiyyət üzvlərinin xlamidiya infeksiyası

A56.2 Sidik-cinsiyyət traktının xlamidiya infeksiyası, dəqiqləşdirilməmiş

Törədici – *Chlamydia trachomatis*.

Ötürülmə yolları:

- Cinsi yol
- Hamiləlik və doğuş zamanı anadan uşağa ötürülmə

Məişətdə yoluxmaya nadir hallarda təsadüf edilir və əsasən uşaqlarda rast gəlinir.

Klinik mənzərə

Xəstəlik çox hallarda simptomsuz gedişata malik olur. Qadınlarda urogenital sistemin aşağı şöbələrinin xlamidiya infeksiyası selikli və ya selikli-irinli servikal (vaginal) ifrazat, qarının aşağı nahiyəsində ağrılarla təzahür edə bilər. *Chlamydia trachomatis* düz bağırsağın, ağız-udlaq və göz strukturlarının selikli qişasını zədələyə bilər. Bu halda xəstəlik, adətən, subyektiv olaraq simptomsuz keçir.

Hamiləliyin gedişinə və dölün/yenidoğulmuşun sağlamlığına təsiri

Urogenital xlamidioz vaxtından əvvəl doğuşların, dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axmasının və aşağı kütləli uşaqların doğulmasının səbəbi ola bilər. 60-70% hallarda yenidoğulmuşun infeksiyalaşması intranatal dövrdə baş verir. İnfeksiyaya yoluxmuş

uşaqların 20-50%-də həyatlarının ilk 2 həftəsində konyuktivit, 10-20%-də həyatlarının 1-3-cü aylarında xlamidiya mənşəli pnevmoniya inkişaf edir.

Diaqnostika

*Chlamydia trachomatis*i identifikasiya etmək məqsədilə müayinə üçün klinik material uretradan və servikal kanaldan götürülür **(B)**. Müayinə materialının tərkibində silindrik epitel olmalıdır. Uretradan klinik material sidik ifrazından ən azı 3 saat sonra götürülə bilər. Uretradan çox miqdarda ifrazat qeyd olunduqda klinik material sidik ifrazından 15-20 dəqiqə sonra götürülə bilər.

Sonuncu sidik ifrazından 2 saat sonra götürülən birinci sidik porsiyasının müayinəsini aparmaq olar **(B)**.

- İmmunoferment analizi:
  - ✓ *Chlamydia trachomatis*-ə dair İgA-nın aşkar olunması diaqnozun təsdiqlənməsinə əsas verir
  - ✓ *Chlamydia trachomatis*-ə dair İgG-nin yüksək titrdə belə aşkar olunması diaqnoz qoymağa əsas vermir.
- PZR-nin müsbət nəticəsi diaqnoz qoymaq üçün kifayətdir
- İmmunofluoressensiya metodunun müsbət nəticəsi digər diaqnostika metodları ilə təsdiq olunmalıdır
- Kultural metod – dəqiq hesab olunur, lakin bu metod texniki cəhətdən mürəkkəb və bahalıdır.

Testlərdən heç biri 100% həssaslığa malik deyil. Xlamidiya infeksiyalı hamilələr digər CYYİ-yə müayinə olunmalıdırlar.

Rutin skrininq tövsiyə olunmur.

Müalicə aşağıdakı dərman preparatlarından biri ilə aparılır:

- Eritromisin – 500 mq gündə 4 dəfə 7 gün *per os* və ya
- Amoksisillin – 500 mq gündə 3 dəfə 7 gün *per os* və ya
- Azitromisin – 1 q bir dəfə *per os*

Döşlə əmizdirməyən zahı qadınların müalicəsi:

- Azitromisin – 1 q bir dəfə *per os*
- Alternativ sxem: doksisiklin – 100 mq gündə 2 dəfə 7 gün *per os*

Hospitalizasiya və izolyasiya – göstəriş yoxdur.

Profilaktika:

- Baryer kontrasepsiyanın istifadəsi
- Cinsi partnyorların müayinəsi və müalicəsi
- Müalicə müddətində cinsi əlaqədən imtinaetmə və ya prezervativlərdən istifadə tövsiyə olunur.

Cinsi partnyorun müayinəsi və müalicəsi

Xlamidiya pozitiv qadınların cinsi partnyorları müayinədən keçməlidirlər **(C)**.

Partnyorun azitromisinlə (birdəfəlik doza 1,0q) empirik müalicəsi özünü doğrultmuşdur **(D)**.

Hamiləliyin pozulması – göstəriş yoxdur.

Doğuş – təbii doğuş yolları ilə.

Döşlə əmizdirmə – əksgöstəriş yoxdur.

LİSTERİOZ VƏ HAMİLƏLİK

Listerioz nadir təsadüf edilən ağır zoonoz infeksiyadır. Hamiləlik dövründə listerioz riski 20 dəfə yüksəlir. Listerioza yoluxma hallarının 1/3-i hamiləlik zamanı baş verir.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

A32 Listerioz
A32.7 Listerioz septisemiyası
A32.8 Listeriozun digər formaları
A32.9 Dəqiqləşdirilməmiş listerioz

Törədici: *Listeria monocytogenes*.

Ötürülmə yolları:

- alimentar (yoluxmuş qida)
- şaquli transmissiya (hamiləlik dövründə – cift və dölyanı maye vasitəsilə, doğuş zamanı – ananın qanı və uşaqlıq yolu ifrazatı vasitəsilə)

İnkubasiya dövrü – yaşlılarda 3-70 gün, uşaqlarda bir neçə gündən bir neçə həftəyə qədər tərəddüd edir.

Klinik mənzərə

Anada listerioz infeksiyası, adətən, retrospektiv olaraq müəyyən olunur. Belə ki, bir çox hallarda listerioz yüngül qrip əlamətləri və sidik yollarının infeksiyası əlamətləri ilə təzahür edir. İmmunitetin zəifliyi fonunda meningit, pnevmoniya və ensefalit inkişaf edə bilər.

Hamiləliyin gedişinə və dölün/yenidoğulmuşun sağlamlığına təsiri

Listerioz aşağıda qeyd olunan hallara gətirə bilər:

- Özbaşına abort
- Vaxtından əvvəl doğuş
- Dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması
- Dölün ölümü (hər 5 infeksiyalaşmış döldən biri ölü doğulur)
- Neonatal meningit (səbəblərin sırasında 3-cü yeri tutur)
- Neonatal ölüm (yüksək ölüm faizi: 10-50%, xüsusilə II və III trimestrlərdə yoluxma zamanı)
- Yenidoğulmuşun az kütləli olması
- Sepsis

- Dölün hamiləliyin gec dövrlərində anadan yoluxması daxili orqanların çoxsaylı zədələnmələrinə, dölün və ya yenidoğulmuşun ölümünə gətirə bilər.

Perinatal listerioz çox hallarda yetkinsizliklə əlaqəlidir və ildırımsürətli gedişata malikdir. Xəstəlik gec başlandıqda (həyatın 7-ci günündən 6-cı həftəsinə qədər) bir çox hallarda meningitlə müşayiət olunur.

Diaqnostika

Klinik təzahürlər çox müxtəlif olduğundan əsas əhəmiyyət laborator müayinələrin nəticələrinə verilir.

Bakterioloji müayinə

Müayinə materialı kimi burun-udlaqdan və əsnəkdən selik, gözdən ifrazat, uşaqlıq yolundan ifrazat və qan götürülür, xüsusi mühitlərdə əkilir.

Rutin skrininq – göstəriş yoxdur **(B)**.

Müalicə:

- Amoksisillin/ampisillin – 2-3 q gündə (4 dəfə qəbul) 14 gün *per os* və ya
- Amoksisillin/ampisillin – 4-5 q gündə v/d 14 gün və ya
- Eritromisin – 250 mq gündə 4 dəfə 10-14 gün *per os*
- Listerioz meningiti zamanı müalicə – 14-21 gün davam edir
- Penisillinə qarşı allergik reaksiya qeyd olunduqda 14 gün ərzində kotrimoksazol təyin olunur
- Listeriozun müalicəsində sefalosporinlər effektiv deyil

Hospitalizasiya və izolyasiyaya göstəriş

Nəzərə çarpan klinik təzahürlər qeyd olunması hospitalizasiyaya göstərişdir, lakin digər qadınlardan təcrid edilməyə ehtiyac yoxdur.

Profilaktika

- baytarlıq-sanitar və sanitar-gigiyenik tədbirlər
- çiy və istifadəyə hazır ərzaq məhsullarının ayrı-ayrı saxlanılması
- ət və süd məhsullarının mütləq qaydada ciddi termik işlənməsi

- qida bloklarının, aqrosənaye komplekslərinin, ət-süd kombinatlarının işçilərinin bakterioloji müayinəsi

Hamilələr və risk qrupuna daxil olan insanlar heyvanlara qulluqla əlaqəli işdən azad olunmalıdırlar.

Spesifik ***profilaktika*** metodları mövcud deyil.

Cinsi partnyorun müayinəsi və müalicəsi – tövsiyə olunmur.

Hamiləliyin pozulmasına göstəriş: generəlizə olunmuş listerioz hamiləliyin pozulmasına **göstərişdir**.

Doğuş – təbii doğuş yolları ilə.

Döşlə əmizdirmə – əks göstəriş yoxdur.

MALYARİYA VƏ HAMİLƏLİK

Malyariya – inkişaf etməkdə olan ölkələrdə yüksək xəstələnmə və letallıq səviyyəsi ilə səciyyələnən protozoy infeksiyasıdır. Hamiləlik dövründə malyariya infeksiyasına yüksək həssaslıq qeyd olunur **(B)**.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

B50 *Plasmodium falciparum* tərəfindən törədilən malyariya
O98.6 Hamiləliyi, doğuşu və ya zahılıq dövrünü ağırlaşdıran protozoy infeksiyaları

Törədici və ötürülmə yolları:

- *Plasmodium vivax, Plasmodium malarie, Plasmodium falciparum, Plasmodium ovale* parazitləri (birhüceyrəli ibtidai orqanizmlər)
- *Plasmodium falciparum* tərəfindən törədilən malyariya daha təhlükəli hesab olunur
- *Anopheles* cinsinə aid olan ağcaqanadların dişləməsi vasitəsilə ötürülür
- nadir hallarda plasenta vasitəsilə dölə ötürülür.

Klinik mənzərə

Hamiləlik dövründə malyariyanın gedişi daha ağır keçir.
Səciyyəvi klinik simptomlar:

- Qızdırma və üşümə
- Profuz tərləmə
- Baş ağrıları

Hamiləliyin gedişinə və dölün/yenidoğulmuşun sağlamlığına təsiri

Hamiləlik dövründə malyariya ananın və uşağın sağlamlığı üçün risk faktorudur **(C)** və aşağıda qeyd olunan halların səbəbi ola bilər:

- Anada anemiya
- Ana ölümü **(B)**
- Özbaşına abort **(B)**
- Vaxtından əvvəl doğuş **(B)**
- Dölün bətndaxili inkişafının ləngiməsi **(B)**
- Ölü döllə doğuş
- Neonatal ölüm

Gizli anadangəlmə malyariya uşaqlarda doğuşdan dərhal sonra və ya həyatın birinci həftəsində müşahidə oluna bilər **(C)**. Neonatal malyariyanın spesifik əlamətləri yoxdur, sepsis əlamətləri ilə təzahür edir.

Diaqnostika

- Mikroskopik analiz **(A)**
- Ekspress test

Gimza üsulu ilə boyanmış qan preparatlarında parazitin cinssiz eritrositar formalarının aşkar olunması malyariya diaqnozunu təsdiqləməyə imkan verir. Yaxmanın və qalın qan damcısının müayinəsi aparılır.

Qızdırmalı hamilələrdə 12-24 saat ərzində 3 dəfə qanın malyariyaya müayinəsi mənfi nəticə verərsə, malyariya diaqnozu istisna olunur.

Fəsadlaşmamış malyariya aşağıda qeyd edilən əlamətlərlə təyin olunur:

- *Plazmodium*larla yoluxmuş eritrositlərin səviyyəsi 2%-dən aşağıdır
- ağır simptomlar və fəsadlar qeyd olunmur.

Rutin skrininq aparılmır.

Müalicə

Kəskin malyariya simptomları qeyd edilən qadınlar risk qrupuna aid edilir. Hamiləlik dövründə mütləq malyariyanın müalicəsi aparılmalıdır **(B)**. Müalicə diaqnoz dəqiqləşdirildikdən dərhal sonra başlanmalıdır. Müalicə aşağıda qeyd edilənlərə əsasən seçilir:

- *Plazmodium*un növü
- dərman preparatlarına qarşı mümkün rezistentlik
- xəstəliyin ağırlığı

Optimal aparılma taktikasını müəyyən etmək üçün həkim-infeksionistin konsultasiyası vacibdir.

Törədicinin müəyyən edilməsinə qədər xininlə empirik müalicənin aparılması göstərişdir. Xinin* ən effektiv malyariya əleyhinə preparatdır **(A)** və hamiləliyin bütün trimestrlərində istifadə oluna bilər. Lakin hamiləliyin I trimestrindən sonra tətbiqi daha

*Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitəsi

məqsədəuyğun hesab olunur **(D)**. Hamilələrə xininin gündə 1 qramdan artıq dozada təyin edilməsi tövsiyə edilmir.

Xloroxin təhlükəsiz preparat olub qanında plasmodium ola bilən hamilələrin xemoprofilaktikasında istifadə oluna bilər **(B)**.

Hamilələrdə fəsadlaşmamış tropik malyariyanın müalicəsində mefloxin istifadə oluna bilər (I trimestr istisna olmaqla).

Hamiləliyin II və III trimestrlərində artemizinin derivatlarının tətbiqi sahəsində böyük təcrübə toplanmışdır **(A)**. Qızdırma zamanı antipiretiklərdən istifadə olunmalıdır **(B)**. Anemiyalı qadınlara müvafiq müalicə təyin edilməlidir **(A)**. Malyariya kəskin anemiya ilə müşayiət olunduqda eritrositar kütlə köçürülür (yavaş sürətlə).

Döşlə əmizdirən qadınlar tetrasiklin istisna olmaqla standart malyariya əleyhinə müalicə almalıdırlar. Müalicə alan hamilələrin qanında şəkərin və hemoqlobinin səviyyəsinə xüsusi diqqət verilməlidir **(B)**.

Müalicə zamanı fəsadlar

Xinin qəbulu ilə əlaqəli hipoqlikemiya – hər 4 saatdan bir qanda şəkərin səviyyəsini yoxlamaq və göstəriş olarsa hipoqlikemiyanın aparılma protokoluna müvafiq dekstroza məhlulundan istifadə etmək (50 ml 50%-li dekstroza məhlulu vena daxilinə, 5-10%-li dekstroza məhlulunun infuziyasına keçməklə) lazımdır.

Doğuşqabağı hamilə malyariya əleyhinə preparatlarla müalicə almışsa, sarılığın meydana çıxmasına nəzarət etmək lazımdır.

Hospitalizasiya və izolyasiyaya göstəriş

Qadını yalnız ağır vəziyyətdə hospitalizasiya etmək lazımdır. Qadının təcrid olunmasına ehtiyac yoxdur.

Profilaktika

Malyariyanın profilaktikası məqsədilə aparılan tədbirlər 100%-li effektivliyə malik deyil **(A)**.

- Hamilələrə malyariya üzrə endemik ərazilərə səyahətdən çəkinmək tövsiyə olunur **(C)**.
- Qadında səyahət müddətində və ya evə döndükdən sonra 1 il ərzində **(B)** qızdırma və ya qripəbənzər vəziyyət qeyd olunarsa, malyariyanı istisna etmək vacibdir. Lakin nəzərə almaq lazımdır ki, 1 ildən artıq müddət keçdikdən sonra da malyariya ehtimalı var. İnsektisidlərlə işlənmiş torların

infeksiyaya yoluxmanın qarşısının alınması məqsədilə istifadəsi tövsiyə olunur **(A)**.

- *Pl.falsiparum*un orta və yüksək ötürülmə səviyyəsi qeyd olunan ərazilərdə yaşayan hamilələrdə simptomsuz infeksiyanın profilaktikası məqsədilə intermittəedici (antenatal dövrdə hamiləliyin üç ayından sonra həkimə hər gəliş zamanı) profilaktik terapiyanın aparılması tövsiyə olunur.
- Ximioprofilaktika səyahətdən 2 həftə əvvəl başlanmalı və onun hamilə endemik ərazini tərk etdikdən sonra 4 həftə ərzində təyin olunması tövsiyə olunur **(B)**.
- İmmunprofilaktika mövcud deyil **(C)**.

Cinsi partnyorun müayinəsi və müalicəsi – göstəriş yoxdur.

Hamiləliyin pozulması – göstəriş yoxdur.

Doğuş – təbii doğuş yolları ilə.

Döşlə əmizdirmə – əks göstəriş yoxdur. Yenidoğulmuş anası ilə birgə ola bilər.

SİFİLİS VƏ HAMİLƏLİK

Sifilis selikli qişaların, dərinin, sinir və sümük-oynaq sisteminin, daxili orqanların (qaraciyər, ürək, ürək-damar sistemi) zədələnməsi ilə səciyyələnən infeksion xəstəlikdir.

ÜST-nin məlumatlarına görə dünyada hər il təxminən 15 milyon insan sifilisə yoluxur.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT:

A50	Anadangəlmə sifilis
A50.0	Aşkar əlamətlərlə müşahidə olunan erkən anadangəlmə sifilis
A50.1	Gizli formalı erkən anadangəlmə sifilis
A50.2	Dəqiqləşdirilməmiş anadangəlmə sifilis
A51	Erkən sifilis
A51.1	Cinsiyyət orqanlarının birincili sifilisi
A51.4	İkincili sifilisin digər formaları
A51.5	Erkən gizli sifilis
A51.9	Dəqiqləşdirilməmiş erkən sifilis
A52	Gecikmiş sifilis
A52.9	Dəqiqləşdirilməmiş gecikmiş sifilis
O98.1	Hamiləliyi, doğuşu və ya zahılıq dövrünü ağırlaşdıran sifilis (A50-A53 rubrikalarında təsnif olunan hallar)
Z22.4	Əsasən cinsi yolla ötürülən infeksion xəstəliklərin törədicisini gəzdirmə. Qonoreya törədicisini gəzdirmə. Sifilis törədicisini gəzdirmə

Törədici: *Treponema pallidum* (Solğun treponema).

Ötürülmə yolları:

- cinsi
- məişət
- transmissiv

Risk faktorları:

- Cinsi partnyorların sayının bir neçə olması
- Təzə qanın köçürülməsi
- Sifilitik şankrı olan insanla öpüş
- Gənc (yeniyetmə) yaş dövrü
- Aşağı sosial-iqtisadi durum

İnkubasiya dövrü – 3-90 gün arasında tərəddüd edir, orta hesabla 21 gün davam edir.

Klinik mənzərə

Birincili sifilis üçün orqanizmə solğun treponemaların daxil olduğu yerdə meydana çıxan aydın nəzərə çarpan kənarlı ağrısız xora (bərk şankr) səciyyəvidir. Bərk şankr infeksiyaya yoluxduqdan 2-3 həftə sonra meydana çıxır. Yoluxma tezliyi 90%-dir. 3-6 həftə ərzində bərk şankr iz qoymadan itir.

İkincili sifilis bərk şankr itdikdən 6-8 həftə sonra meydana çıxır. İkincili sifilis üçün ətraflarda ləkəli papulyoz səpki (ovuc və dabanlar), limfadenopatiya, baş ağrıları, zəiflik, kütlə itkisi səciyyəvidir.

Sifilisin latent mərhələsi seroloji müayinələr vasitəsilə müəyyən olunur.

Hamiləliyin gedişinə və dölün/yenidoğulmuşun sağlamlığına təsiri

Aktiv sifilisli qadınlardan doğulan körpələrin 75%-i ana bətnində infeksiyaya yoluxur. Hamiləliyin 16 həftəsinə qədər dölün yoluxmasına nadir hallarda təsadüf edilir və bu səbəbdən sifilis erkən düşüklərə səbəb olmur. Hamiləliyin daha gec dövrlərində infeksiyanın gedişatının kəskinlik səviyyəsindən asılı olaraq abort, ölü döllə doğuş, neonatal ölüm və neonatal dövrün xəstəlikləri qeyd oluna bilər. Anadangəlmə sifilisli yenidoğulmuşlarda rinit, əsasən ətraflarda, perioral və perianal nahiyələrdə meydana çıxan makulo-papulyoz, deskvamoz səpkilər müşahidə olunur. Uşaqlarda splenomeqaliya, anemiya, trombositopeniya, sarılıq qeyd oluna bilər. Uşaq ölümünün əsas səbəbi qaraciyər çatışmazlığı, kəskin pnevmoniya və ağciyər qanaxması, böyrəklərin zədələnməsidir. Bir çox hallarda generalizə olunmuş osteoxondrit və perixondrit müşahidə olunur.

Diaqnostika

Sifilis diaqnozu anamnestik məlumatlara, klinik əlamətlərə və laborator müayinələrin nəticələrinə əsaslanaraq qoyulur. Laborator müayinələrə törədicini aşkar etmək məqsədilə aparılan müayinələr və seroloji müayinələr aiddir. Diaqnozun aşağıdakı laborator müayinələrlə təsdiq olunması vacibdir:

1. Mikroskopik üsul (qaranlıq sahə mikroskopiyası)

2. Seroloji müayinə (qan və onurğa beyni mayesi)
3. PİF – pallidium immunoflyuoressent üsul. Müayinə üçün material eroziyanın səthindən, eroziv papuladan götürülür.
4. Morfoloji müayinə – biopsiya materialı

Seroloji diaqnostika 2 qrupa ayrılır: qeyri-treponem və treponem üsullar.

Qeyri-treponem üsullar: VDRL – test, sürətli plazma reagenləri testi (RPR).

Qeyri-treponem testlərin üstünlüyü texniki sadəlik və müayinənin nəticələrinin tez əldə olunmasıdır. Lakin yanlış-müsbət və yanlış-mənfi nəticələr alına bilər.

Treponem testlər qeyri-treponem testlərin nəticələrini təsdiq etmək üçün aparılır.

- passiv hemoaqqlyutinasiya reaksiyası
- *T.pallidium* mikrohemoaqqlyutinasiya metodu
- İFA
- absorbsiya ilə immunoflyuoressensiya reaksiyası

USM zamanı plasentomeqaliya, dölün bətndaxili inkişafının ləngiməsi, mikrosefaliya, hepatosplenomeqaliya, *hidrops fetalis* qeyd olunur. Hamiləliyin 20-ci həftəsinə qədər bütün ölü döllə düşük hallarında sifilisə müayinə tövsiyə olunur **(C)**.

Rutin skrininq

Hamilələrin sifilisə rutin müayinəsi antenatal qulluq müəssisələrinə ilk müraciət zamanı və hamiləliyin 34-36-cı həftəsində aparılmalıdır.

Müalicə olunmamış qadınların və profilaktik müalicə almayan qadınların körpələri sifilisə müayinə olunmalıdırlar.

Müalicə

Bütün solğun treponema daşıyıcılarının penisillinlə müaliceəsi aparılır **(C)**.

Hamiləliyin birinci yarısında spesifik müalicə

Diaqnoz: Birincili sifilis.

Müalicə aşağıdakı dərman preparatlarından biri ilə aparılır:

- ekstensillin və ya retarpen* – 2,4 mln. həftədə 1 dəfə, № 2

*Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitəsi

- bisillin-1 – 2,4 mln. TV 5 gündən bir, № 3
- bisillin-3 – 1,8 mln. TV həftədə 2 dəfə, № 5
- bisillin-5 – 1,5 mln. TV həftədə 2 dəfə, № 5
- prokain-penisillin – 1,2 mln. TV hər gün, № 10
- penisillinin novokain duzu – 600 000 TV gündə 2 dəfə, 10 gün
- penisillinin natrium duzu – 1 mln. TV gündə 4 dəfə 10 gün

Diaqnoz: İkincili sifilis, erkən gizli (müalicənin müddəti 6 aya qədər).

Müalicə aşağıdakı dərman preparatlarından biri ilə aparılır:

- ekstensillin və ya retarpen* – 2,4 mln. həftədə 1 dəfə, № 3
- bisillin-1 – 2,4 mln. TV 5 gündən bir, № 6
- bisillin-3 – 1,8 mln. TV həftədə 2 dəfə, № 10
- bisillin-5 – 1,5 mln. TV həftədə 2 dəfə, № 10
- prokain-penisillin – 1,2 mln. TV hər gün, № 20
- penisillinin novokain duzu – 600 000 TV, gündə 2 dəfə 20 gün
- penisillinin natrium duzu – 1 mln. TV gündə 4 dəfə 20 gün

Diaqnoz: İkincili sifilis residivli (gec residiv), erkən gizli (müalicənin müddəti 6 aydan artıq).

Müalicə aşağıdakı dərman preparatlarından biri ilə aparılır:

- prokain-penisillin – 1,2 mln. TV hər gün, № 20
- penisillinin novokain duzu – 600 000 TV gündə 2 dəfə, 20 gün
- penisillinin natrium duzu – 1 mln. TV gündə 4 dəfə, 20 gün.

<u>Hamiləliyin ikinci yarısında spesifik müalicə</u>

Diaqnoz: Birincili sifilis.

Müalicə aşağıdakı dərman preparatlarından biri ilə aparılır:

- prokain-penisillin – 1,2 mln. TV hər gün, № 10
- penisillinin novokain duzu – 600 000 TV gündə 2 dəfə, 10 gün
- penisillinin natrium duzu – 1 mln. TV gündə 4 dəfə, 10 gün

Diaqnoz: İkincili sifilis, erkən gizli (müalicənin müddəti 6 aya qədər).

Müalicə aşağıdakı dərman preparatlarından biri ilə aparılır:

- prokain-penisillin – 1,2 mln. TV hər gün, № 20
- penisillinin novokain duzu – 600 000 TV gündə 2 dəfə, 20 gün

- penisillinin natrium duzu – 1 mln. TV gündə 4 dəfə 20 gün

Penisillinə allergik reaksiya qeyd olunarsa, penisillinlə terapiyanın desensibilizəedici terapiya fonunda aparılması tövsiyə olunur **(B)**.

Hamilələrin profilaktik müalicəsi

Hamiləliyin 18-ci həftəsindən sonra aşağıdakı dərman preparatlarından biri ilə aparılır:

- prokain-penisillin – 1,2 mln. TV hər gün, № 10
- penisillinin novokain duzu – 600 000 TV gündə 2 dəfə, 10 gün
- penisillinin natrium duzu – 1 mln. TV gündə 4 dəfə, 10 gün

Pediatra anada hamiləlik dövründə sifilis olduğu barədə məlumat vermək lazımdır **(C)**.

Sifilisin müalicəsinə nəzarət

Nəzarət müalicədən sonra 2 il ərzində davam etməlidir **(D)**.

Qeyri-treponem testlər tətbiq edilir, belə ki, treponem testlər müalicədən sonra uzun müddət ərzində, bəzən ömür boyu müsbət olaraq qalır.

Hospitalizasiya və izolyasiyaya göstəriş

Sifilisə şübhə olarsa təxirəsalmadan dəri-zöhrəvi həkiminə müraciət etmək lazımdır. Doğuş fərdi doğuş zalında aparılır. Sifilis diaqnozu təsdiq olunmuş qadın doğuşdan sonra izolyatora yerləşdirilir.

Profilaktika – cinsi əlaqələrdən çəkinmək və prezervativlərdən istifadə etmək.

Cinsi partnyorun müayinəsi və müalicəsi

Qadının cinsi əlaqədə olduğu şəxsi/şəxsləri müəyyən etmək və müalicə aparmaq vacibdir.

Hamiləliyin pozulmasına göstəriş

Hamiləliyin davam etdirilməsi və ya pozulması qərarı qadının özü tərəfindən qəbul edilir.

Doğuş – təbii doğuş yolları ilə.

Döşlə əmizdirmə – əks göstəriş yoxdur.

QONOREYA VƏ HAMİLƏLİK

Qonoreya – ən geniş yayılmış cinsi yolla yoluxan infeksiyalardan biridir. Xəstəliyin qeydiyyatı mütləq aparılır.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT:

A54 Qonokok infeksiyası
A54.0 Sidik cinsiyyət aparatının aşağı şöbələrinin, periuretral və ya artım vəzilərinin abseslaşməsi olmadan qonokok infeksiyası
A54.1 Sidik cinsiyyət aparatının aşağı şöbələrinin, periuretral və ya artım vəzilərinin abseslaşməsi ilə müşayiət olunan qonokok infeksiyası
A54.9 Dəqiqləşdirilməmiş qonokok infeksiyası
O98.2 Hamiləliyi, doğuşu və ya zahılıq dövrünü ağırlaşdıran qonoreya (A54. rubrikalarında təsnif olunan hallar)
Z22.4 Əsasən cinsi yolla ötürülən infeksion xəstəliklərin törədicisini gəzdirmə. Qonoreya törədicisini gəzdirmə. Sifilis törədicisini gəzdirmə

Törədici: *Neisseria gonorrhoea*, qram-neqativ diplokoklar

Ötürülmə yolları

- Cinsi yol – əsas mənbə simptomsuz daşıyıcılardır
- Şaquli transmissiya

Risk faktorları

- Bir neçə cinsi partnyorun olması
- Gənc (yeniyetmə) yaş dövrü
- Aşağı sosial-iqtisadi durum

İnkubasiya dövrü – 3-14 gün (orta hesabla 6 gün).

Klinik mənzərə

Qadınlarda 80% hallarda qonoreya simptomsuz keçir. Digər 20%-də uşaqlıq yolundan ifrazat, sidik ifrazının ağrılı olması, qarının aşağı nahiyəsində ağrı və yüksək hərarət müşahidə olunur. *Neisseria gonorrhoea* kəskin servisit, proktit və faringitin səbəbi ola bilər.

Hamiləliyin gedişinə və dölün/yenidoğulmuşun sağlamlığına təsiri

Anada: Kəskin qonoreya zamanı özbaşına abort, dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması və vaxtından əvvəl doğuş riski artır. Hamiləliyin ikinci yarısında və ya doğuşdan sonra qonoreyaya

yoluxmuş qadınlarda qonoreya artritinin inkişafı riski yüksəkdir. Xronik qonoreya doğuşdan dərhal sonra kəskinləşə bilər. Bu halda qonoreya mənşəli sepsis riski yüksəkdir.

Döldə: Dölün yoluxması bətndaxili dövrdə və doğuş zamanı baş verə bilər. Bətndaxili infeksiya yenidoğulmuşda qonokok sepsisi ilə və xorioamnionitlə təzahür edir. Doğuş zamanı yoluxma qonokok mənşəli konyuktivitə, xarici otitə və vulvovaginitə gətirir.

Diaqnostika

Diaqnostika aşağıda qeyd olunan meyarlara əsaslanır:

- anamnez (xəstə şəxslə və ya yoluxmuş olduğu ehtimal olunan şəxslə cinsi əlaqə)
- laborator müayinələr zamanı qonokokların aşkar olunması

Laborator diaqnostika: mikroskopik müayinə və bakterioloji müayinə.

Müayinə üçün material uşaqlıq yolundan və uşaqlıq boynundan götürülür.

Qramm üsulu ilə boyanmış yaxmanın mikroskopik müayinəsində hüceyrədaxili yerləşmiş qram-mənfi diplokokların aşkar olunması əsasında qonoreya diaqnozu qoyulur. Lakin diaqnozu təsdiq etmək üçün Tayer-Martin mühitinə əkməklə bakterioloji müayinə aparılır.

Uretra, uşaqlıq boynu, uşaqlıq yolundan götürülmüş materialda DNT – hibridləşmə müayinəsi ilə qonokoku aşkar etmək mümkündür. Bu üsul eyni zamanda *Chlamidia trachomatis*i aşkar etməyə imkan verir. Sepsis zamanı qonokokları qanda, sinovial mayedə (irinli artrit zamanı), əsnəkdən, düz bağırsaqdan götürülmüş yaxmada, pustula möhtəviyyatında aşkar etmək mümkündür. Qonoreyanın diaqnostikasında seroloji metodlar istifadə olunmur.

Rutin skrininq qonoreya çox yayılmış bölgələrdə effektiv ola bilər.

Müalicə

Hamiləlik dövründə qonoreya aşkar olunursa, mütləq müalicə aparılmalıdır **(B)**.

Qonoreyanın fəsadlaşmamış formasında **(B)**:

- sefiksim – 400 mq (bir dəfə) *per os* və ya
- seftriakson – 125 mq əzələ daxili (bir dəfə)

Alternativ müalicə aşağıdakı dərman preparatlarından biri ilə aparılır:

- spektinomisin – 2,0 q əzələ daxili
- penisillin – 4,8 mln TV əzələ daxili

- amoksisillin – 3,0 q *per os*

Qonoreyanın bir çox hallarda xlamidiozla müştərək qeyd olunduğunu nəzərə alaraq yuxarıda sadalanan müalicə sxemlərinin azitromisinlə (1,0 *per os* bir dəfə) birlikdə təyin olunması məsləhət görülür.

Qonokok mənşəli uretrit, endoservisit, proktit və ya faringitli hamilələrə seftriakson 250 mq əzələ daxilinə bir dəfə təyin olunur.

- Qonokok mənşəli sepsis zamanı seftriakson 1 qram vena daxilinə gündə1 dəfə 7-10 gün təyin edilir.
- Beta-laktam antibiotiklərə allergiya qeyd olunarsa, spektinomisin təyin olunur, lakin yadda saxlamaq lazımdır ki, bu preparat dölə ototoksik təsir göstərə bilər.
- Yenidoğulmuşlarda qonokok konyunktivitinin profilaktikası məqsədilə eritromisin yerli təyin olunur.
- Qonoreyanın müalicəsi sona çatdıqdan 5-7 gün sonra təkrar bakterioloji müayinə aparılmalıdır.
- Ftorxinolonlar, tetrasiklinlər və aminoqlikozidlər hamiləlik dövründə və döşlə əmizdirən qadınlar üçün **əks göstərişdir**.
- Müalicə zamanı spirtli içkilərin qəbulundan imtina etmək və cinsi əlaqədən çəkinmək lazımdır.

Hospitalizasiya və izolyasiyaya göstəriş

Stasionar müalicəyə ehtiyac yoxdur. Müalicədən sonra təkrar bakterioloji müayinə aparmalı və xəstəliyin müalicə olunduğunu təsdiq etmək lazımdır.

Qadının təcrid olunmasına ehtiyac yoxdur.

Hamiləlik dövründə qonoreyanın profilaktikası

- Qorunmamış cinsi əlaqələrdən prezervativlərdən mütəmadi və düzgün istifadə etməklə çəkinməyin vacib olduğu barədə hamilələrə məlumat vermək.
- Döldə/yenodoğulmuşda qonoreyanın profilaktikası anada qonoreyanın vaxtında və adekvat müalicəsini aparmaqdan ibarətdir.

Cinsi partnyorların müayinəsi və müalicəsi vacibdir **(B)**.

Doğuş – təbii doğuş yolları ilə.

Döşlə əmizdirmə – əks göstəriş yoxdur. Yenidoğulmuş anası ilə birlikdə ola bilər.

B QRUP STREPTOKOK İNFEKSİYASI VƏ HAMİLƏLİK

B qrup streptokok - *Streptococcus agalactiae,* zahılıq dövrünün infeksiyasının və yenidoğulmuşların neonatal infeksiyalarının – neonatal sepsisin və meningitin əsas səbəblərindəndir. 1000 diridoğulmuşdan 1,8-3,2-də B qrup streptokok mənşəli neonatal sepsis qeyd olunur.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

A40 Streptokok septisemiyası
A40.1 B qrup streptokok ilə əlaqəli septisemiya
O98 Ananın digər rublikalarda təsnif olunan, lakin hamiləlik, doğuş və zahılıq dövrünü ağırlaşdıran infeksion və parazitar xəstəlikləri
O98.5 Hamiləliyi, doğuşu və ya zahılıq dövrünü ağırlaşdıran digər infeksion və parazitar xəstəliklər

Törədici

Şərti-patogen mikroorqanizm *Streptococcus agalactiae*. B qrup streptokok uşaqlıq yolunun normal mikroflorasının tərkibinə daxildir. Hamilələrin 5-35%-də aşkar olunur. Streptokok infeksiyasının əsas rezervuarı mədə-bağırsaq traktı, aralıq, uşaqlıq yolu və uretradır.

Ötürmə yolları

Döl B qrup streptokok infeksiyasına əsasən doğuş zamanı anadan yoluxur. Cinsiyyət yollarında B qrup streptokok olan anadan dölə infeksiyanın ötürülməsi riski 42-72% təşkil edir. Vertikal transmissiyanın səviyyəsinin yüksək olmasına baxmayaraq, infeksiyaya yoluxmuş 100 yenidoğulmuşun birində klinik təzahürlü infeksiya qeyd edilir. Ölü döllə doğuş qeyd oluna bilər. Doğum şöbəsinin tibb heyəti də yenidoğulmuş üçün potensial infeksiya mənbəyi ola bilər.

Klinik mənzərə

B qrup streptokok yaşlılarda sidik yollarının iltihabi xəstəliklərinə gətirir.

Klinik əlamətlər qeyri-spesifikdir: qızdırma, üşümə, qarının aşağı nahiyəsində ağrı, palpasiyada uşaqlığın ağrılı olması.

Neonatal dövrdə streptokok infeksiyasının 2 forması qeyd olunur:

- erkən sepsis

- gec sepsis (meningit əlamətləri ilə təzahür edir)

Hamiləliyin gedişinə və dölün/yenidoğulmuşun sağlamlığına təsiri

Sidik-cinsiyyət yollarının B qrup streptokokla kolonizasiyası, adətən, hamiləliyin gedişinə təsir göstərmir, lakin B qrup streptokokla infeksiyalaşma zamanı aşağıda göstərilən vəziyyətlər qeyd oluna bilər:

- sidik yollarının infeksiyası
- xorioamnionit, plasentit
- zahılıq dövründə endometrit
- doğuşda bakteriemiya
- endometrit, parametrit, zahılıq dövrünün septisemiyası
- dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması
- vaxtından əvvəl doğuş

Yenidoğulmuşlarda B qrup streptokok mənşəli infeksiya kəskin gedişata malik olur, letallıq 60%-ə çatır. Sağ qalmış uşaqların 50%-də mərkəzi sinir sisteminin patologiyası qeyd olunur.

Diaqnostika

Diaqnostika yalnız laborator müayinələrin nəticələrinə əsaslanır.

- Uşaqlıq yolunun, servikal kanalın ifrazatının bakterioloji müayinəsi
- Uşaqlıq yolu, aralıq nahiyəsi və düz bağırsaqdan yaxmanın bakterioloji müayinəsi
- Dölyanı mayenin bakterioloji müayinəsi

PZR daha dəqiq diaqnostika üsuludur.

Rutin skrininq

Hamiləliyin 35-37-ci həftəsində uşaqlıq yolundan, aralıqdan və düz bağırsaqdan götürülən yaxmanın bakterioloji müayinəsini aparmaqla rutin skrininq tövsiyə olunur.

Hamiləliyin 35-37-ci həftəsində doğuş fəaliyyəti başladığı halda B qrup streptokok aşkar etmək məqsədilə yaxmanın bakterioloji müayinəsi aparılır **(B)**.

Müalicə

Hamiləliyin aparılması

Anamnezində və hazırkı hamiləliyində mamalıq fəsadları qeyd olunmayan hamilələrə doğuşdan əvvəl antibiotiklərin təyin olunması

məsləhət deyil, belə ki, cinsi əlaqə zamanı rekolonizasiya baş verir. Bundan başqa düz bağırsaqda beta-laktamaza hasil edən mikroflora penisillinə məhvedici təsir göstərir.

Müalicə, adətən, hamiləliyin 35-37-ci həftəsindən başlayaraq təyin olunur. Mamalıq patologiyası (hamiləliyin pozulma təhlükəsi), bakteriuriya və ya pielonefrit qeyd olunduqda hamiləliyin daha erkən müddətində (12 həftədən sonra) müalicə təyin edilə bilər.

Dölün infeksiyaya yoluxmasının profilaktikası məqsədilə B qrup streptokoka skrininqin nəticəsi müsbət olan qadınlara hamiləliyin 35-37-ci həftəsində və doğuş zamanı müalicə təyin olunur **(A)**.

Bu məqsədlə əsasən intranatal antibiotikoterapiyanın 2 alternativ strategiyası tətbiq edilir:

1. risklərə əsaslanmış antibiotikoprofilaktika
2. skrininqə əsaslanmış antibiotikoprofilaktika

Risklərə əsaslanmış strategiya – doğuş zamanı anada aşağıda göstərilən faktorlardan biri və ya bir neçəsi qeyd olunarsa, antibiotikoprofilaktika təyin olunur:

- əvvəlki hamiləlikdən doğulmuş uşağında B qrup streptokok tərəfindən törədilmiş invaziv infeksiyanın olması
- hazırkı hamiləlikdə bakteriuriya
- 37 həftə başa çatana qədər vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi
- doğuş zamanı ananın urogenital traktında B qrup streptokokun yüksək titrdə olması
- döl qişalarının cırılması ilə doğuşun başa çatması arasında keçən müddətin 12 saat və daha artıq olması
- doğuş zamanı bədən hərarətinin 38^{o}C-dən yüksək olması

Skrininqin nəticəsinə əsaslanmış strategiya – hamiləliyin 35 və 37-ci həftələri arasında rekto-vaginal yaxmada B qrup streptokok aşkar olunarsa, antibiotikoprofilaktika tövsiyə olunur.

Skrininqin nəticələrindən asılı olmayaraq aşağıda qeyd olunan 3 əsas risk faktorundan biri qeyd olunduğu halda antibiotiklər təyin olunur:

- əvvəlki hamiləlikdən doğulan uşaqda B qrup streptokok tərəfindən törədilmiş invaziv infeksiya qeyd olunursa
- bakteriuriya

- vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi (35 və 37-ci həftələr arasında aparılan bakterioloji müayinədə B qrup streptokok aşkar olunmazsa, profilaktikaya ehtiyac yoxdur).

Seçim preparatları: ampisillin, yarımsintetik penisillinlər, I və II nəsil sefalosporinlər, eritromisin, klindamisin, vankomisin.

Təyin olunan antibiotiklərin dozaları və yeridilmə yolları:

- Doğuşda penisillin 5 mln TV vena daxilinə təyin olunur və sonra doğuş başa çatana qədər 4 saatdan bir 2,5 mln TV təkrar yeridilir **(A)** və ya ampisillin 2,0 q vena daxilinə təyin olunur və doğuş başa çatana qədər 4 saatdan bir 1,0 q vena daxilinə təkrar yeridilir **(A)**.
- Penisillinə qarşı reaksiya qeyd olunarsa, sefazolin 2,0 q vena daxilinə təyin olunur və doğuş başa çatana qədər 8 saatdan bir 1,0 q vena daxilinə təkrar yeridilir **(A)**.
- Penisillinə qarşı allergik reaksiya qeyd olunduğu halda eritromisin 500 mq vena daxilinə 6 saatdan bir və ya klindamisin* 900 mq vena daxilinə 8 saatdan bir təyin olunur **(B)**.
- Penisillinə qarşı allergik reaksiya, klindamisinə və eritromisinə davamlılıq qeyd olunarsa, vankomisin tövsiyə olunur – 1,0 q vena daxili 12 saatdan bir **(A)**.
- Əlavə göstəriş olmadığı halda zahılıq dövründə antibiotikoterapiyanı davam etdirməyə ehtiyac yoxdur **(D)**.
- B qrup streptokok (+) qadınlarda doğuşdan sonrakı dövrdə endomerit inkişaf etdikdə geniş spektrli antibiotiklərlə terapiya təyin edilməlidir.
- Bakterisid vasitələrin yerli istifadəsi (xlorheksidinlə uşaqlıq yolunun 6 saat intervalla yuyulması) səmərəsizdir.

Hospitalizasiya və izolyasiya – göstəriş yoxdur.

<u>Profilaktika</u>

B qrup streptokokun yenidoğulmuşa ötürülməsinin antibiotikoprofilaktikası aparılır. B qrup streptokok skrininqinin nəticəsi müsbət olan qadınlara hamiləliyin 35-37-ci həftəsində benzilpenisillin 5 mln TV vena daxilinə yeridilir və sonra 4 saatdan

*Azərbaycan Respublikasında dövlət qeydiyyatından keçməmiş dərman vasitəsi

bir 2,5 mln TV vena daxilinə yeridilməklə 5 gün ərzində təyin edilir və ya ampisillin 2,0 vena daxilinə yeridilir və sonra 4 saatdan bir 1,0 olmaqla 5 gün ərzində təyin edilir.

Vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi olduqda bakterioloji müayinə üçün rekto-vaginal yaxma götürülür və yuxarıda göstərilən sxem üzrə vena daxili penisillin təyin olunur. Bakterioloji müayinənin nəticəsi 48 saatdan sonra dəyərləndirilir. B qrup streptokok aşkar olunduqda müalicə 5 günədək davam etdirilir və doğuşun nə vaxt baş verməsindən asılı olmayaraq doğuş zamanı profilaktik məqsədlə antibiotiklərlə təkrar müalicə aparılır. Müayinənin nəticəsi mənfi olarsa, antibiotiklərldən istifadənin davam etdirilməsinə ehtiyac yoxdur.

Cinsi partnyorun müayinəsi və müalicəsi – ehtiyac yoxdur.

Hamiləliyin pozulması – göstəriş yoxdur.

Doğuş – təbii doğuş yolları ilə.

Döşlə əmizdirmə – əks göstəriş yoxdur.

HERPES İNFEKSİYASI VƏ HAMİLƏLİK

Herpes infeksiyası bətndaxili infeksiyalaşmalar, embriopatiya və fetopatiyalar kimi fəsadlar törədən ən geniş yayılmış xəstəliklərdən biridir (ÜST-nin nəticələrinə görə 60%). Anada hamiləlik dövründə birincili herpes infeksiyası olduqda yenidoğulmuşun yoluxma təhlükəsi 33-50% təşkil edir. Hamilədə genital herpesin residivi zamanı yenidoğulmuşların yoluxma təhlükəsi 1-3% təşkil edir.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

O98.5 Hamiləliyi, doğuşu və ya zahılıq dövrünü ağırlaşdıran digər virus xəstəlikləri

Törədici – I- və II-DNT tərkibli sadə herpes virusudur (SHV). SHV-II – orqanizmdə insanın bütün həyatı boyu persistensiya edir.

Ötürmə yolları:

- cinsi yol: partnyorda genital herpesin klinik əlamətlərinin olub-olmamasından asılı olmayaraq
- kontakt yolu: giriş qapısı – zədələnmiş dəri və zədələnməmiş selikli qişa
- Vertikal yol: anadan uşağa – antenatal (transplasentar) – 5% hallarda, intranatal (doğum yolları ilə) – 85% hallarda, postnatal (hava-damcı, təmas, ana südü) – 10% hallarda

Hamilə qadın genital herpesə doğuşdan bir qədər əvvəl yoluxarsa, yenidoğulmuşun yoluxma təhlükəsi daha yüksək olur.

Klinik mənzərə

Heç bir zaman özündə genital herpes əlamətlərini qeyd etməyən qadın infeksiyalı partnyor ilə cinsi əlaqədə olduqdan 3-9 gün sonra uşaqlıq yolu dəhlizində, uretranın xarici dəliyi nahiyəsində, cinsiyyət dodaqlarında, aralıqda, perianal nahiyədə, baldır və sağrıda qruplaşmış ağrılı qovuqcuqlar kimi əlamətləri müşahidə edəcəkdir. Yanaşı olaraq digər əlamətlərə də rast gəlinə bilər:

- qızdırma
- baş ağrısı
- ümumi halsızlıq
- intoksikasiya əlamətləri
- mialgiyalar

- dizurik əlamətlər
- ağrı
- qaşınma
- paresteziyalar
- uretradan ifrazat
- qasıq limfadeniti

Müalicə aparılmadığı hallarda xəstəlik 2-3 həftə davam edir. Hamiləlik zamanı genital herpes əsasən subklinik və ya simptomsuz gedişata malik olur. Nadir hallarda fizioloji immunsupressiya fonunda genital herpesin birincili epizodu ağır gedişatlı ola bilər. Hamilədə mövcud genital herpesin birincili klinik epizodu zamanı genital herpes virusunun hər hansı tipinə qarşı anticismlər qeyd olunur. Residivli gedişə malik olan genital herpes zədələnmiş tərəfdə vezikulyar səpgilər, onların erkən açılması və nəmlənən eroziyaların əmələ gəlməsi, güclü ağrıların olması, qasıq limfadeniti, ümumi intoksikasiya və s. əlamətlərlə xarakterizə olunur. Yadda saxlamaq lazımdır ki, genital herpesin residivi zamanı neonatal herpesin rast gəlinmə ehtimalı çox azdır (1-3%). Bu halda neonatal herpes ehtimalının aşağı olmasını və keysəriyyə əməliyyatının ana ücün təhlükəsini nəzərə almaqla doğuşun aparılmasına fərdi yanaşmaq lazımdır **(B)**.

Simptomsuz genital herpes – xəstəliyin klinik əlamətləri müşahidə edilmədən genital herpes virusunun reaktivasiyası ilə səciyyələnir.

Hamiləliyin gedişatına və dölün/yenidoğulmuşun sağlamlığına təsiri

GHV (*Genital herpes virusu)* teratogen təsir göstərə bilir və ya aşağıdakı pozulmaları törədir:

- erkən və gec düşüklər
- FPK pozulmalar
- az kütlə ilə doğulma
- vaxtından əvvəl doğuşlar
- dölün ölümü – ÜST-yə görə 60% təşkil edir
- yenidoğulmuşlarda anadangəlmə herpes və əlillik

Genital herpes infeksiyalı hamilənin müayinəsinə və aparılmasına dair tövsiyələr

1. Qadının anamnezində genital herpes olduqda hamiləliyin erkən müddətində müayinənin aparılması mütləqdir **(A)**.

2. Anamnezdə genital herpes infeksiyası qeyd olunmadıqda seroloji müayinələr aparılmır.
3. Anamnezində genital herpes olduqda, hamiləliyin ikinci yarısında seroloji müayinələrin aparılması tövsiyə olunur.
4. Hamiləliyin ikinci yarısında aparılan seroloji müayinələrin nəticəsi mənfi olduqda, doğuşdan 4 həftə əvvəl profilaktik asiklovir qəbulu başlanmalıdır.
5. Genital herpesin aktivləşməsi hamiləliyin 36 həftəsinə qədər təsadüf edirsə, müayinə və müalicə məqsədi ilə hospitalizasiya tövsiyə olunur.
6. Genital herpes hamiləliyin 36 həftəsindən yuxarı müddətində aktivləşdiyi halda antivirus terapiyası başlanmalıdır.
7. Genital herpes doğuş zamanı aktivləşdiyi halda cinsiyyət üzvlərində səpgi qeyd olunduqda cərrahi doğuş, səpgi qeyd olunmadıqda – vağinal doğuş tövsiyə olunur.

Rutin skrininq məsləhət görülmür **(C)**.

Müayinə aparılmasına göstəriş

Qadının anamnezində genital herpes qeyd olunursa, hamiləliyin erkən dövründə müayinə aparılmalıdır **(A)**. Su kisəsinin vaxtından əvvəl cırılması zamanı hestasiya dövrü ilə bağlı konsensus mövcud deyil, belə ki, vaxtından əvvəl doğuş təhlükəsi dölün infeksiyalaşmasını üstələyir **(C)**. Hamiləlik dövründə birincili genital herpes zamanı asiklovir ilə müalicəni nəzərdən keçirmək olar. Residivləşmiş genital herpes zamanı hamilələrə hestasiyanın 36-cı həftəsindən etibarən asiklovir və ya valsiklovirlə supressiya təklif olunmalıdır **(A)**.

Əvvəlki hamiləliyi zamanı birincili genital herpes əlamətləri olan hamilələrdə 36-cı həftədən etibarən asiklovir ilə supressiyanın tətbiqi məsləhət görülür **(B)**.

Xəstəliyin klinik əlamətləri qeyd olunduqda asiklovir təyin olunur:

- birincili GH klinik epizodu zamanı – 200 mq gündə 5 dəfə 7-14 gün *per os* **(A)**
- birincili sistem herpes zamanı – oral gəbuldan sonra vena daxili 2-7 gün **(C)**
- GH residivli formasında – 200 mq gündə 5 dəfə 5 gün *per os* **(B)**

Hamilədə doğuşa 6 həftə qalmış birincili herpes zədələnmələri inkişaf edərsə və qadın özü vaginal yolla doğuşa qərar verərsə, bu zaman su kisəsinin cırılmasından ehtiyat etməli **(C)** və invaziv prosedurlardan istifadə etməmək tövsiyə olunur **(C)**.

Doğuşa hazırlaşan bütün qadınlarda aralığın, uşaqlıq boynunun və uşaqlıq yolunun SHV-yə görə müayinəsi aparılmalıdır **(C)**. Yenidoğulmuşun baş dərisinə fetal elektrodların qoyulmasından çəkinmək məsləhətdir **(A)**.

Hospitalizasiya və izolyasiyaya göstəriş – klinik əlamətlər olmadıqda ehtiyac yoxdur. Fəsadlaşmış infeksiya (birincili və residivləşmiş genital herpes) hospitalizasiyaya göstərişdir **(D)**.

Döşlə əmizdirmə – əks göstəriş yoxdur.

Profilaktika

- Anamnezində genital herpes olmayan, lakin cinsi partnyorunda genital herpes olan hamiləyə ilk antenatal gəliş zamanı yoluxma ehtimalının yüksək təhlükəsi barədə məlumat verilməlidir **(C)**.
- Hamiləyə xəstəliyin təbiəti və virusun asimptomatik dövrdə cinsi yolla keçməsinin mümkünlüyü haqqında məlumat verilməlidir **(C)**.
- Asimptomatik dövrlərdə hamiləyə, prezervativdən istifadə etməklə **(C)**, qorunmamış cinsi əlaqədən yayınmaq, aktiv fazada isə ümumiyyətlə cinsi əlaqədə olmamaq tövsiyə edilir **(C)**.
- Tibb personalının və hamilənin əllərinin lazımi qaydada yuyulması vacib profilaktik sanitar-epidemiolojı tədbirlərdən biridir.
- Anada infeksiyanın vaxtında və adekvat diaqnostikası və müalicəsi dölün və yenidoğulmuşun disseminasiyasını və xəstələnmə ehtimalını azaldır **(B)**.

Hamiləliyin pozulmasına göstəriş - məqsədyönlü olması haqqında məlumat yoxdur.

Keysəriyyə əməliyyatına göstəriş

Doğuş zamanı və ya doğuşun güman olunan tarixinə 6 həftə qalmış genital herpesin birincili epizodu müşahidə olunan qadınlara keysəriyyə əməliyyatı məsləhət görülməlidir **(B)**.

Səpgilərlə müşahidə olunan residivləşmış GH və ya doğuşun başlanğıcında infeksiyanın prodromal əlamətləri olan qadınlarda keysəriyyə əməliyyatı mütləqdir **(A)**.

Hamiləliyin I və II trimestrində ilk dəfə rast gəlinən, həmçinin antenatal dövrdə residivləşən GH-si olan qadınlara keysəriyyə əməliyyatı əks göstərişdir **(B)**.

Anamnezində GH-si olan, lakin doğuş zamanı xəstəliyin aktiv simptomları olmayan hamilələrə keysəriyyə əməliyyatı tövsiyə olunmur **(C)**.

SİTOMEQALOVİRUS İNFEKSİYASI VƏ HAMİLƏLİK

Birincili sitomeqalovirus infeksiyası hamilələrin 0,7-4%-də qeyd olunur. İnfeksiyanın anadan dölə ötürülmə səviyyəsi orta hesabla 40% təşkil edir.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

B25 Sitomeqalovirus xəstəliyi
B25.0 Sitomeqalovirus pnevmaniyası
B25.1 Sitomeqalovirus hepatiti
B25.2 Sitomeqalovirus pankreatiti
B25.8 Digər sitomeqalovirus xəstəlikləri
B25.9 Dəqiqləşdirilməmiş sitomeqalovirus xəstəliyi
O98.5 Hamiləliyi, doğuşu və ya zahılıq dövrünü ağırlaşdıran digər virus xəstəlikləri

Törədici – herpes virus ailəsinin DNT tərkibli virusudur.

Sitomeqalovirus (SMV) qan, tüpürcək, sidik, likvor, uşaqlıq yolu möhtəviyyatı, sperma, amniotik maye, ana südü vasitəsilə yoluxur. 43-53% hallarda SMV mənbəyi – bir neçə il ərzində sidik və tüpürcəklə virus ifraz edən infeksiyalı uşaqlardır. İnfeksiyaya yoluxmuş 6 yaşa qədər uşaqların tüpürcək və sidikləri daha təhlükəlidir.

Sitomeqalovirus infeksiyasının diaqnostikasında İFA metodu vacib rol oynayır. İFA zamanı IgM anticisimlərin aşkar edilməsi kəskin infeksiyanın əlaməti; IgG anticisimlərin aşkar edilməsi isə sitomeqalovirus infeksiyasına immunitetin olmasının göstəricisidir. IgG anticisimlərin səviyyəsinin normal göstəricilərdən 4 dəfə artıq olması və avidlik[1] indeksinin 30%-dən aşağı olması ilkin infeksiyanı təsdiq edir.

Ötürmə yolları:

- cinsi yol
- infeksiyalı qanın köçürülməsi

[1]Avidlik indeksi – müvafiq antigenlər ilə xüsusi anticisimlər arasında möhkəmlik əlaqəsini xarakterizə edən göstəricidir.

- vertikal transmissiya: antenatal (transplasentar), intranatal (doğuş yollarından), postnatal (ana südü vasitəsilə)
- hava-damcı yolu ilə
- kontakt yolu ilə

Klinik mənzərə:

SMV infeksiyası anadangəlmə və qazanılmış ola bilər. *Birincili infeksiya*, adətən, az simptomlu və ya simptomsuz olur. *Latent və subklinik formalı SMV infeksiyası zamanı* qeyri-spesifik qripəbənzər əlamətlər müşahidə olunur. *Qazanılmış SMV infeksiyası* MSS-ni zədələmir və bir çox hallarda qızdırma, kataral əlamətlər, faringit, poliartrit, boyun və çənəaltı limfa düyünlərinin böyüməsi, qulaqdibi tüpürcək vəzilərinin ödemi və ağrılı olması, hepatosplenomeqaliya ilə müşayiət olunur.

Yenidoğulmuşlarda *anadangəlmə SMV infeksiyası* üçün sarılıq, hemorragik purpura, hepatosplenomeqaliya, xorioretinit, tənəffüs orqanlarının və MSS-nin zədələnməsi səciyyəvidir.

Hamiləliyin gedişinə və dölün/yenidoğulmuşun sağlamlığına təsiri

SMV-nin klinik təzahürləri yoluxmuş yenidoğulmuşların 9%-də müşahidə olunur **(A)**. Orqanizmin immunçatışmazlıq vəziyyətlərində və fizioloji cəhətdən yetkinləşməmiş yenidoğulmuşlar üçün infeksiya təhlükəli ola bilər. Yoluxma hamiləlik zamanı baş verərsə, dölün zədələnməsi hestasiya müddətindən asılıdır. Hamiləliyin özbaşına pozulması mümkündür.

Diaqnostika

Hal-hazırda dölün bətndaxili yoluxmasının müəyyən edilməsi, infeksiyanın anadan dölə yoluxmasının qarşısı alınması və anada infeksiyanın effektiv müalicə üsullarının mövcud olmadığından **laborator diaqnostikanın rutin şəkildə aparılması tövsiyə olunmur (B)**.

Zəruri hallarda anada birincili SMV infeksiyası diaqnozunun qoyulması aşağıdakılara əsaslana bilər **(B)**:

- hamiləlikdən öncə seroneqativ olan qadının qan zərdabında virus spesifik IgG anticisimlərin aşkarlanması
- qan zərdabında İgG-nin avidliyi aşağı olmaqla bərabər spesifik IgM anticisimlərin aşkarlanması.

Uşaq serebral iflicinin səbəbinin bir çox hallarda anadangəlmə SMV infeksiyası olduğunu nəzərə alaraq antenatal dövrdə USM zamanı aşağıdakı sonoqrafik əlamətlər kompleksinə diqqət yetirmək tövsiyə olunur:

- serebral ventrikulomeqaliya
- mikrosefaliya
- beyindaxili kalsifikatlar
- assit və dölün plevral boşluğunda maye
- dölün ödemi
- oliqo və ya polihidroamnion
- ciftdə hiperexogen əlavələr
- qaraciyərdə kalsifikatlar

Hamilə qadında qripəbənzər simptomlar qeyd olunduqda anadangəlmə SMV infeksiyasının aşkarlanması məqsədi ilə USM tövsiyə olunur **(B)**.

Müalicə – hal-hazırda infeksiyanın effektiv müalicə metodu mövcud deyil **(C)**.

Hospitalizasiya və izolyasiya – ehtiyac yoxdur.

Döşlə əmizdirmə – əks göstəriş yoxdur.

Profilaktika – müalicə və uşaq müəssisələrində sanitar-epidemioloji, şəxsi və ictimai gigiyena rejiminə riayət edilməsi, əllərin əsaslı yuyulmasıdır.

Cinsi partnyorun müayinə və müalicəsi – məqsədyönlü deyil.

Doğuş – təbii doğuş yolları ilə.

HEPATİT B VƏ HAMİLƏLİK

Hepatit B – qaraciyəri zədələyən virus infeksiyasıdır. ÜST-nin göstəricilərinə əsasən hepatit B virusu ilə 2 milyard insan yoluxmuş, 350 milyon insan isə xronik infeksiyalıdır.

Hepatit B virusu yüksək keçiriciliyinə görə invaziv prosedurlarda və cərrahi müdaxilələrdə iştirak edən tibb işçiləri üçün zərərli peşə faktorlarından biridir, belə ki hepatit B virusuna yoluxma təhlükəsi İİV-ə nisbətən 50-100 dəfə yüksəkdir.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

B16 Kəskin hepatit B virusu
O98.4 Hamiləliyi, doğuşu və ya zahılıq dövrünü ağırlaşdıran hepatit virusu
Z20.5 Xəstə ilə kontakt və hepatit virusu ilə yoluxma imkanı
Z22.5 Hepatit virusu törədicisini gəzdirmə. Hepatit virusunun səthi antigenini (HbsAg) gəzdirmə

Törədici və ötürmə yolları

Hepatit B virusu hepadnavirus ailəsinə aiddir. İnfeksiyalı insanlarda virus aşkar olunur:

- qanda
- tüpürcəkdə
- tərdə
- göz yaşı mayesində
- ana südündə
- spermada

Ötürmə yolları:

- anadan uşağa (antanatal, intranatal, postnatal)
- cinsi yolla
- infeksiyalı qanın və ya qan preparatlarının transfuziyası zaman
- steril olmayan iynə və şprislərdən istifadə, iynə sancılması zamanı və tatuaj etdikdə

Qadınların əksəriyyəti virusa hamiləlikdən əvvəl yoluxur. Hamiləlik dövründə hepatit B virusunun anadan dölə yoluxması baş verir:

- 10% hallarda – ana hamiləliyin I trimestrində yoluxubsa
- 80-90% hallarda – ana hamiləliyin III trimestrində yoluxubsa

Anada HBsAg aşkarlandıqda, dölün infeksiyalaşması 10-20% hallarda, HBsAg və HBeAg aşkar olunduqda isə 90% hallarda baş verir.

Klinik mənzərə

HBV kəskin və xronik infeksiya yaradır. Virusla ilk kontakt *kəskin hepatit B-nin* inkişafı ilə nəticələnir. Kəskin infeksiyanın ilkin mərhələsində zərdabda HBeAg, HBsAg və HBV DNT yüksək səviyyədə qeyd olunur, lakin qaraciyər xəstəliyinin simptomları olmur. Sonradan HBeAg və HBV DNT zərdabda azalır, lakin ALT-nin miqdarı yüksəlir və qaraciyərin iltihabi dəyişiklikləri artır. Qanda HbcAg-yə və HbeAg-yə qarşı anticismlər əmələ gəlir, HBV DNT-nin səviyyəsi azalır və zərdabda təyin olunmur. Anti-HBs əmələ gəlməsi xəstəliyin kəskin fazasının başa çatdığını göstərir. Kəskin HBV infeksiyası müalicə tələb etmir və böyüklərin 90-95%-də spontan sağalma ilə nəticələnir.

Kəskin infeksiyadan sonra immun sistemi hepatit B virusunu tam eliminasiya edə bilmirsə, bu halda 6 ay ərzində xronik hepatit B infeksiyası yaranır. İltihab və nekroz nəticəsində qaraciyərin hepatositləri fibroz toxuma ilə əvəz olunur. Fibroz kompensə olunmuş qara ciyər sirrozu ilə nəticələnir. Dekompensasiya zamanı klinik əlamətlər: sarılıq, anoreksiya, halsızlıq, ürəkbulanma və qarında ağrı. Terminal mərhələdə aşağıdakılar müşahidə edilə bilər: assit, qida borusu venaların varikoz genişlənməsi, qaraciyər çatışmazlığı, hepatosellyulyar karsinoma.

Hamiləliyin gedişatına və dölün/yenidoğulmuşun sağlamlığına təsiri

ÜST-nin tövsiyələrinə əsasən qaraciyərin sirrozu və qaraciyərdə aktiv proseslər qeyd olunmayan xronik hepatit B-li qadınlara hamiləlik əks göstəriş deyil. Hepatit B teratogen infeksiya deyil. Keçirilmiş hepatit B nəticəsində HBsAg daşıyıcılarında aşağıdakıların başvermə təhlükəsi yüksəkdir:

- düşük qorxusu
- vaxtından əvvəl doğuş
- dölyanı mayenin vaxtından əvvəl axması
- doğuş zəifliyi
- hamiləlik və doğuş zamanı qanaxma təhlükəsi

- dölün hipotrofiyası
- asfiksiya
- perinatal ölüm

Hamiləliyin II yarısında hepatit B virusu kəskin qaraciyər çatışmazlığı, ensefalopatiya və koma ilə ağırlaşa bilər. Hamiləliyin III trimestrində sarılıq və intoksikasiyanın artması, əksər hallarda dölün bətndaxili ölümünə və vaxtından əvvəl doğuşa gətirib çıxarır. Bu isə öz növbəsində ananın qaraciyərinin massiv nekrozu və qadının ölümü ilə nəticələnə bilər.

Diaqnostika

Hepatit B mütləq qeydə alınmalıdır. HBV infeksiyasının diaqnozu, adətən, virusun zülallarının və anticisimlərin seroloji identifikasiyasına əsaslanır.

HBsAg – kəskin HBV infeksiya zamanı qanda meydana çıxan ilk göstəricidir. HBsAg-nin 6 aydan artıq dövr etməsi hepatit B-nin xronik olmasını göstərir.

HBV DNT infeksiyalaşmadan 6 ay sonra qanda aşkar edilir və virusun replikasiya prosesinin aktivliyini göstərir. Həmçinin xronik infeksiya zamanı əlavə olaraq qaraciyər sınaqları təyin olunur: bu zaman aminotransferazalarının səviyyəsinin müəyyən qədər yüksəlməsi qeyd olunur (100 IU/l az). Digər qaraciyər fermentlərinin səviyyəsi norma daxilində olur. Yalnız qaraciyər zədələnməsinin ağır gecikmiş mərhələsində qaraciyər fermentləri və sınaqları nəzərə çarpacaq səviyyədə dəyişilmiş olur.

Rutin skrininq

Bütün hamilələrə ilk antenatal gəlişində səthi HBsAg-yə rutin skrininqin aparılması tövsiyə olunur **(A)**. Hamilələrin qadın məsləhətxanasına ilk müraciətində **(A)**, həmçinin hamiləliyin 34-36-cı həftəsində qanın plazmasında ekspress testlərlə HBsAg təyin olunmalıdır. Testlərin müsbət nəticəsi zamanı müvafiq olaraq HBeAg-nin ekspress-testi aparılır. Nəticə müsbət olarsa, plazma Respublika QİÇS-lə Mübarizə Mərkəzinə göndərilir. Hamilənin doğum evinə və ya müalicə müəssisəsinə müraciəti zamanı HBsAg statusu məlum deyilsə, onun təxirəsalınmaz təyini mütləqdir.

Müalicə

HBsAg-müsbət qadınların həkim-infeksionistin qəbuluna göndərilməsi tövsiyə olunur **(C)**. Kəskin hepatit B-nin xüsusi müalicəsi mövcud deyil, qadına yalnız köməkçi tədbirlər təklif olunmalıdır. Yüngül və sarılıqla müşayiət olunan (80%) orta ağırlıqlı kəskin hepatitli hamilənin çox miqdarda maye qəbul edərək, III səviyyəli stasionarda müalicəvi-qoruyucu rejimdə aparılması tövsiyə olunur **(B)**. Müalicə infeksionistlə birlikdə təyin olunur **(C)**.

Hospitalizasiya və izolyasiyaya göstəriş

İzolyasiyaya ehtiyac yoxdur. Qadının hospitalizasiyası onun vəziyyətinin ağırlığından asılıdır. Qusma, dehidratasiya və qaraciyərin dekompensasiyası əlamətləri ilə müşayiət olunan hepatit B-nin ağır formasında III səviyyəli stasionara hospitalizasiya tövsiyə edilir **(B)**. Hepatit B virusu daşıyıcısı/xəstə hamilənin doğuşu III səviyyəli stasionarda aparılmalıdır.

Profilaktika

Travmatizasiya təhlükəsi olduğundan hamilə və yenidoğulmuşda hər hansı bir invaziv manipulyasiyalardan qaçmaq tövsiyə olunur. Anada hepatit B virusu olduqda, doğuşdan sonra 12 saat ərzində yenidoğulmuşa 200 IU/əzələdaxili immunoqlobulin və hepatit B əleyhinə vaksinin istifadəsi ilə **(A)** kombinə olunmuş immunoprofilaktikanın aparılması zəruridir **(A)**. Bu vertikal transmissiyanı 90% azaldır.

Hepatit B antigeni müsbət olan yüksək infeksiyalaşmış analardan doğulmuş yenidoğulmuşlara hepatit B-yə qarşı immunoqlobulin təyin olunmalıdır **(C)**.

HBsAg statusu məlum olmayan anadan olmuş yenidoğulmuşlara doğuşdan sonra 12 saat ərzində hepatit B əleyhinə vaksin vurulmalıdır **(A)**. HBsAg statusu müsbət olan qadınların körpələrinə doğuşdan sonra 7 gün ərzində (bundan gec olmayaraq), imkan daxilində tez hepatit əleyhinə immunoqlobulin vurulmalıdır.

HBsAg müsbət olan hamilələrə məsləhətvermə və xüsusi tibbi yardım hepatit B infeksiyasına dair müvafiq müalicə sxeminə əsasən aparılmalıdır. Hepatit B virusunun cinsi partnyora yoluxmasının profilaktikası və peyvənd edilmiş yenidoğulmuşların ana südü ilə

qidalanmasının təhlükəsiz olması mütləq məsləhətvermədə əks olunmalıdır.

Hamiləlik başa çatdıqdan sonra hepatit B-nin inkişafı və zahının vəziyyətinin ağırlaşması qeyd olunur; müəyyən vaxtdan sonra isə fəsadlaşmaların meydana çıxması mümkündür **(C)**.

Hamiləlik zamanı peyvənd edilməyə əks göstəriş yoxdur **(C)**.

Cinsi partnyorun müayinə və müalicəsi – tövsiyə olunur.

Döşlə əmizdirmə – əks göstəriş yoxdur **(B)**.

Xronik hepatit B-si olan qadınların immunoqlobulin ilə passiv və vaksin ilə aktiv profilaktika almış körpələrinə ana südü ilə qidalanmaq əks göstəriş deyil **(A)**.

Doğuş

Hamilədə hepatit B virusunun olması keysəriyyə əməliyyatına göstəriş deyil.

Doğuşun vaxtı barədə qərar mama-ginekoloq, həkim-infeksionist və neonatoloqun iştirakı ilə kollegial şəkildə qəbul olunur. Doğuşun vaxtının təyin edilməsi üçün əsas meyar – dölün biofizik profili ilə təyin olunan vəziyyətidir (USM, KTQ, doppler).

Hamiləliyin pozulmasına göstəriş

Hepatit B-nin kəskin dövrü hamiləliyin pozulması üçün göstəriş deyil. Hamiləliyin pozulması hamilənin arzusu ilə və yalnız rekonvalessensiya dövründə mümkündür.

MƏXMƏRƏK VƏ HAMİLƏLİK

Məxmərək – hamiləlik zamanı dölün çoxsaylı anadangəlmə qüsurlarına səbəb olan yüksək dərəcədə yoluxucu virus infeksiyasıdır.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

B06 Məxmərək (alman qızılcası)
Z20.4 Xəstə ilə kontakt və məxmərəklə yoluxma imkanı

Törədici – toqavirus ailəsinin RNT tərkibli birzəncirli virusudur.

Ötürmə yolları:

- hava-damcı yolu
- birbaşa kontakt yolu
- anadan dölə

İnkubasiya dövrü: 2-4 həftədir. Virusun ifraz olunması uzun müddət davam edə bilər.

Klinik mənzərə

Yoluxma yolundan asılı olaraq xəstəliyin 2 forması ayırd edilir:

- anadangəlmə məxmərək
- qazanılmış məxmərək

50% uşaqlarda və böyüklərdə məxmərək əlamətləri çox zəif təzahür edir və ya xəstəlik simptomsuz keçir. İnfeksiya daşıyıcısı səpgilər əmələ gəldikdən 7 gün əvvəl və səpdikdən sonra 2 həftə ərzində virusu yoluxdurur.

Klinik əlamətlər:

- ümumi zəiflik
- mülayim ümumi intoksikasiya
- baş ağrıları
- konyunktivit
- oynaq ağrıları
- oynaqların iltihabı
- qulaqdibi, ənsə, boyun-arxa limfa düyünlərinin böyüməsi
- sifətdən başlayaraq bütün bədənə yayılan (ovuclardan başqa) diffuz ləkəli-papulyoz səpgilər.

Hamiləliyin gedişatına və dölün/yenidoğulmuşun sağlamlığına təsiri

Hamiləliyin 16-cı həftəsinə qədər baş verən məxmərək teratogen təsirə malik olub az kütləli döllə doğuş, katarakta, anadangəlmə inkişaf qüsurları, əqli inkişafın ləngiməsi, karlıq və ölüm ilə nəticələnir.

Cədvəl 1. Hamiləliyin müddətindən asılı olaraq döl üçün təhlükə.

Hamiləlikdən əvvəl keçirilən məxmərək	**Təhlükə**	**Şərhi**
Son aybaşıdan əvvəl səpmə	Təhlükə yoxdur	Səpgilərin xüsusiyyətləri qadının immunitetinə müvafiqdir. Döl qorunur.
Son aybaşıdan sonra 11 gün keçən müddətdə səpmə	Təhlükə yoxdur	Səpgilərin xüsusiyyətləri qadının immunitetinə müvafiqdir. Döl qorunur.
Birinci trimestr	**Təhlükə**	**Şərhi**
Simptomlu məxmərək	80%	Bir və ya bir neçə anadangəlmə inkişaf qüsuru
Simptomsuz məxmərək	Məlum deyil, 80%-dən az	Ürək və ya göz qüsurlarına daha tez-tez təsadüf olunur
Birinci trimestrdən sonra	**Təhlükə**	**Şərhi**
13-16 həftə	17%	Döl az zədələnir
17-20 həftə	6%	Retinopatiyalara daha tez-tez təsadüf olunur və zehni problemlər
20 həftədən yuxarı	2%	Retinopatiyalara daha tez-tez təsadüf olunur və zehni problemlər

Diaqnostika spesifik IgM və IgG anticisimlərin seroloji təyininə əsaslanır **(A)**.

Sübutlu kontaktı (məxmərəkli xəstə ilə bir otaqda 15 dəqiqə ərzində üz-üzə olmaq) və vaxtından asılı olmayaraq qeyri-vezikulyar səpgiləri olan hamilələr məxmərək virusuna müayinə olunmalıdırlar **(C)**.

Təsdiq olunmuş məxmərəkli hamilələrdə mütləq seroloji sınaqlar aparılmalıdır **(A)**.

Seroloji müayinənin nəticələri:

IgM(+), IgG(-) kəskin birincili infeksiyaya dəlalət edir. Döl üçün yüksək dərəcədə təhlükəlidir. 2 həftədən sonra müayinə təkrarlanmalıdır.

IgM(+), IgG(+) birincili infeksiyaya dəlalət edir. Avidlik testi ilə yoluxmanın müddəti təyin edilir.

IgM(-), IgG(+) immunitetin mövcudluğuna dəlalət edir. Hamiləni sakitləşdirmək lazımdır.

IgM(-), IgG(-) məxmərək statusunun məlum olmamasına dəlalət edir. 3-4 həftədən sonra IgM və IgG-yə müayinə təkrarlanmalıdır.

Rutin skrininq

Naməlum peyvənd edilmə tarixçəsi olan hamilələrə antenatal xidmət müəssisəsinə ilk gəlişdə məxmərəyə qarşı IgG anticismlərinin skrininqi təklif olunmalıdır **(A)**. Mənfi nəticə alındıqda, IgM anticismlərin təyini üçün əlavə testlər aparılmalıdır.

Müalicə

Spesifik müalicə mövcud olmadığından, yalnız simptomatik terapiya aparılır.

Hospitalizasiya və izolyasiya – məxmərəkli hamilə digər hamilələrdən təcrid olunmalıdır.

Profilaktika

Əsas profilaktik tədbir – peyvəndin edilməsidir. Hamiləliyi planlaşdıran qadınlar mütləq məsləhət almalı və onların anticisim statusu təyin olunmalı, lazım gələrsə peyvənd olunmalıdırlar **(A)**.

Hamilələr məxmərəyə qarşı peyvənd olunmamalıdırlar. Qadın peyvənd edilmədən sonra ilk 3 ay ərzində hamilə qalıbsa, ona xüsusi diqqət yetirilməlidir. Hamiləlikdən az əvvəl aparılmış peyvənd edilmədən sonra anadangəlmə məxmərək sindromunun yaranması

haqqında məlumat olmadığından hamiləliyin pozulması tövsiyə edilmir **(B)**.

Naməlum peyvənd edilmə tarixçəsi olan hamilələrə doğuşdan, düşükdən və ya abortdan sonra peyvənd edilmək təklif olunur, belə ki, yaxın 30 gündə onların hamilə qalmaq ehtimalı çox aşağıdır. Hamiləliyin erkən dövründə təsadüfən peyvənd edilmiş və ya peyvənd edilmədən dərhal sonra hamilə qalmış qadını sakitləşdirmək lazımdır. Təsvir edilən halda anadangəlmə məxmərək sindromunun inkişafı halları qeyd olunmayıb **(B)**.

Döşlə əmizdirmə – əks göstəriş yoxdur.

Hamiləliyin pozulmasına göstəriş

Qadında hamiləliyin 16-cı həftəsinə qədər infeksiya təyin olunduqda, ona hamiləliyin pozulması təklif olunmalıdır **(B)**. Qadına məxmərək infeksiyasının dölə təsiri haqqında dolğun məlumat verildikdən sonra yalnız qadının yazılı məlumatlı razılığı alındığı təqdirdə hamiləlik pozula bilər.

TOKSOPLAZMOZ VƏ HAMİLƏLİK

Toksoplazmoz – müxtəlif klinik təzahürlərlə səciyyələnən və dəqiq simptomları olmayan parazitar xəstəlikdir.

Hamilə qadınların 40-55%-i seroneqativdir. Hamiləlik zamanı toksopazma inyeksiyasına birincili yoluxma tezliyi Avropada 2,4-16/1000, ABŞ-da 2-6/1000 təşkil edir. Hamiləlik zamanı birincili infeksiya nəticəsində dölün anadangəlmə infeksiyası riski 20-50% arasında tərəddüd edir. Diri doğulmuşlarda anadangəlmə toksoplazmozun rastgəlinmə tezliyi 0,3/1000 təşkil edir.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

B58 Toksoplazmoz
B58.8 Digər orqanların zədələnməsi ilə gedən toksoplazmoz
B58.9 Dəqiqləşdirilməmiş toksoplazmoz
O98.8 Hamiləliyi, doğuşu və ya zahılıq dövrünü ağırlaşdıran digər infeksion və parazitar xəstəliklər

Törədici – *Toksoplazma gondii* - ibtidailərə aiddir.

Ötürmə yolları:

- *alimentar* - əsas mənbə**:** kifayət qədər bişirilməmiş ət (30-63%), yuyulmamış meyvə-tərəvəz, torpaqla təmas (6-17%), xəstə pişiklərin nəcisində olan oositlərlə çirklənmiş su və torpaq
- *vertikal*

Yalnız hamiləlik zamanı birincili infeksiya hallarında *Toksoplazma gondii* anadan dölə yoluxa bilər.

Klinik mənzərə

Anadagəlmə və qazanılmış toksoplazmoz ayırd edilir. Hamiləlik zamanı yalnız birincili toksoplazmoz əhəmiyyət kəsb edir. Birincili toksoplazmoz əsasən simptomsuz keçir, nadir hallarda qeyri-spesifik qripəbənzər əlamətlər müşahidə olunur. Birincili infeksiya epizodundan sonra parazit orqanizmdə latent sistlər şəklində qalır. Anadangəlmə toksoplazmozlu uşaq üçün aşağıdakı simptomlar triadası xasdır:

- kəllədaxili kalsifikatlar (15%)
- xorioretinit (15%)
- hidrosefaliya (yalnız 5% hallarda)

Hamiləlik zamanı toksoplazmozun törədicisi cift vasitəsilə keçərək, dölün bətndaxili ölümünə, bətndaxili inkişafının ləngiməsinə, əqli inkişafının ləngiməsinə, eşitmə qüsurlarına və korluğa səbəb olur. Sarılıq, trombositopeniya, spastik parezlər, mərkəzi iflic, epileptik tutmalar, gözün xorioretinitindən tutmuş, mikroftalmiya və göz almasının olmaması kimi kobud üzvi pozulmalarla müşahidə oluna bilər.

Hamiləliyin gedişatına və dölün/yenidoğulmuşun sağlamlığına təsiri

Hamiləlikdən əvvəl toksoplazmoza yoluxan qadınlarda (xronik və ya latent infeksiya) törədicinin dölə ötürülməsi sübut olunmayıb. Bu immun sistemin dölü yoluxmadan mühafizə etməsi ilə izah olunur. Birincili yoluxma təhlükəsi hestasiya müddətinin artması ilə yüksəlir (hamiləliyin 7-ci həftəsində – 6%, hamiləliyin 34-cü həftəsində – 93%). Anadangəlmə toksoplazmozun təhlükəsi və onun ağırlıq dərəcəsi hamilənin yoluxma vaxtından asılıdır: erkən yoluxma zamanı xəstələnmə riski aşağı olur, lakin onun əlamətləri özünü daha qabarıq birüzə verir. Yoluxma hestasiyanın ilk 13 həftəsində baş verdikdə (61%), xəstəliyin klinik əlamətləri daha qabarıq təzahür edir. Yoluxma hamiləliyin III trimestrində baş verdikdə, xəstəliyin simptomsuz formaları üstünlük təşkil edir. Hamiləliyin 36-cı həftəsində yoluxmada yalnız 9% hallarda klinik əlamətlər müşahidə olunur.

Keçirilmiş infeksiya gələcək hamiləliyə təsir göstərmir.

Diaqnostika

Toksoplazmozun diaqnostikası seroloji müayinənin nəticələrinə əsaslanır.

Hamiləliyin I trimestrində IgM(-), IgG(-) infeksiyasının olmamasını göstərir. Hamiləliyin 22-24-cü həftəsində və doğuşdan əvvəl müayinəni təkrarlamaq olar. Təkrar müayinələrdə serokonversiya qeyd olunduqda, dölün infeksiyaya yoluxmasını müəyyən etmək məqsədilə amniosentez və PZR müayinəsi aparılır və bundan sonra müalicə təyin olunur.

IgM(+), IgG(-) olduqda birincili infeksiya diaqnozu qoyulur. 2 həftədən sonra IgG təkrar yoxlanılır. Təkrar JgG müsbət olduğu təqdirdə müalicə təyin olunur. JgG-nin təkrar müayinəsinin nəticəsinin (-) olması IgM-nin yanlış-müsbət olduğuna dəlalət edir.

IgM(+), IgG(+) olduqda, IgM-in 3 aydan 2 ilədək müsbət qalması nəzərə alınaraq, yoluxmanın vaxtı avidlik testi ilə təyin olunur.

IgM(-), IgG(+) olması immunitetin mövcudluğunu göstərir. Müayinələrin davam edilməsinə və müalicəyə ehtiyac yoxdur **(B)**.

Rutin skrininq – tövsiyə olunmur **(B)**.

Müalicə

Birincili toksoplazmoz diaqnozu təsdiq olunmuş hamilələr və güman edilən və ya təsdiqlənən anadangəlmə toksoplazmozlu yenidoğulmuşlar müvafiq mütəxəssislərlə birgə aparılmalıdır **(B)**.

Hamiləlik zamanı baş verən toksoplazmozun müalicəsinin spiramisin ilə aparılması tövsiyə olunur. Qadın hamiləliyin III trimestrində yoluxarsa və ya dölün yoluxması hamiləliyin 18 həftəsindən yuxarı müddətə təsadüf edirsə, müalicənin pirimetamin, sulfadiazin və spiramisin kombinasiyası ilə aparılması tövsiyə olunur. Hamiləliyin 18 həftəsinə qədər pirimetaminin istifadəsi tövsiyə edilmir

Hospitalizasiya və izolyasiyaya göstəriş yoxdur.

Profilaktika

Antenatal xidmət müəssisəsinin tibb personalı hamiləyə şəxsi profilaktika barədə məlumat verməlidir:

- Qida tam bişirilməlidir
- Meyvə-tərəvəz diqqətlə yuyulub təmizlənməlidir
- Torpaq və qumla işlədikdə əlcək geyinilməlidir
- Torpaqla kontaktdan sonra, pişik ifrazatını təmizlədikdən və ya hər hansı kontaktdan sonra çirkli əllər ilə ağıza toxunulmamalıdır
- Əllər təmiz yuyulmalıdır
- Çiy və ya tam bişirilməmiş ət məhsulları qidada istifadə edilməməlidir
- Çiy və ya tam bişirilməmiş (qızardılmamış) ətlə kontaktdan sonra ağıza toxunulmamalıdır

Cinsi partnyorun müayinə və müalicəsi – tövsiyə olunmur.

Hamiləliyin pozulmasına göstəriş

I trimestrdə anadangəlmə toksoplazmozun inkişafı riskinin az olmasına baxmayaraq, dölün ağır zədələnmələri ehtimalı hamiləliyin pozulmasına göstərişdir. Anada birincili infeksiya təyin olunduqda və dölün yoluxması təsdiqləndikdə (amniosentez və USM zamanı dölün beynində pozğunluqların olması) hamiləliyin pozulması təklif olunur.

Doğuş – təbii doğuş yolları ilə.

Döşlə əmizdirmə – əks göstəriş yoxdur.

SİMPTOMSUZ BAKTERİURİYA VƏ HAMİLƏLİK

Simptomsuz bakteriuriya – infeksiyanın klinik mənzərəsi qeyd olunmadan həqiqi bakteriuriyaya müvafiq (ən azı 2 sınaqda götürülən sidiyin 1 ml-də 100000-dən çox bakteriya) olan bakteriuriyadır. Simptomsuz bakteriuriya sosial-iqtisadi durumundan asılı olaraq hamilələrin 6%-də (2-11%) qeyd olunur. Hamiləliyin erkən müddətində bakteriuriyanın müalicəsi 70-80% hallarda pielonefritin inkişafının, 5-10% hallarda hamiləliyin vaxtından əvvəl başa çatmasının qarşısını alır.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT

N39.8 Sidik-ifrazat sisteminin digər dəqiqləşdirilmiş xəstəlikləri

Törədici

80-95% hallarda *E.coli* aşkar olunur. Az hallarda isə:

- *Proteus mirabilis – 5%*
- *Klebsiella pneumonia – 5%*
- *Enterobacter species – 3 %*
- *B group streptococcus – 1-5%*
- *Staphylococcus saprophyticus – 2% aşkarlanır*

Hamiləlik zamanı infeksiyanın inkişafına gətirən amillər:

- sidik yollarının urodinamikasının pozulması
- sidik axarlarının tonusunun və peristaltikasının zəifləməsi nəticəsində onların şişməsi, genəlməsi
- sidik axarlarının sidik kisəsinə çəpinə yox, vertikal açılması
- böyümüş və sağa çevrilmiş uşaqlığın və genişlənmiş sağ yumurtalıq venasının sidik axarlarına, əsasən sağ sidik axarına təzyiqi

Klinik mənzərə

Əhəmiyyət kəsb edən klinik əlamətlər qeyd edilmir. Simptomsuz bakteriuriyanın sistit və pielonefrit kimi fəsadlaşmaları hamilədə aşağıdakı hallarla baş verə bilər:

- hamiləliyin pozulma təhlükəsi
- anemiya
- hipertenziv pozğunluqlar
- dölün bətndaxili inkişafının ləngiməsi
- dölün ölümü

Diaqnostika

Sidiyin ümumi analizi zamanı nitritlər və/və ya bakteriyalar aşkarlanarsa, sidiyin bakterioloji müayinəsi tövsiyə olunur. Diaqnoz – sidik yollarının iltihabi prosesinin klinik əlamətləri qeyd olunmadığı halda sidiyin 1 ml-də 10^5 koloniyadan çox miqdarda bakteriyaların olmasına əsaslanır. Sidik sınaqlarının 30%-ə qədəri uşaqlıq yolunun mikroflorası ilə çirkləndiyindən sidiyin düzgün yığılması tövsiyə olunur.

Simptomsuz bakteriuriya zamanı leykosituriya qeyd olunmur.

Rutin skrininq – hamiləliyin 12-15-ci həftəsində aparılması tövsiyə edilir.

Müalicə

Simptomsuz bakteriuriya qeyd olunduğu halda nefroloqun və ya terapevtin konsultasiyası məqsədəuyğundur.

Aşağıda göstərilən dərman vasitələrindən biri ilə müalicə tövsiyə olunur:

- Amoksisillin – 500 mq gündə 4 dəfə, 7 gün *per os*
- Nitrofurantoin – 100 mq gündə 3 dəfə, 7 gün *per os*
- Sefaleksin – 250-500 mq gündə 3-4 dəfə, 3-7 gün *per os*
- Amoksisillin/klavulonat turşusu 500 mq/125mq gündə 2 dəfə, 3 gün *per os*

Alternativ müalicə – hamiləliyin 37-ci həftəsinə qədər nitrofurantoin gündə 100 mq *per os*.

Müalicənin effektivliyinin qiymətləndirilməsi

Müalicədən 1-2 həftə sonra sidiyin bakterioloji müayinəsi təkrar aparılır və hamiləliyin sonuna qədər ayda 1 dəfə təkrarlanır. Persistensiya edən və ya rekurrent bakteriuriyada antibiotikoqrama əsasən 7-10 günlük müalicə kursu təyin olunur.

Profilaktika

Persistensiya edən simptomsuz bakteriuriya zamanı tövsiyə edilir:

- gigiyena qaydalarına riayət etmək (xarici cinsiyyət üzvlərinin düzgün istiqamətdə yuyulması, birdəfəlik dəsmalların və maye sabunun istifadəsi)

- 2-3 saatdan bir və mütləq yatmazdan əvvəl, cinsi əlaqədən əvvəl və sonra sidik ifrazı
- çox miqdarda maye qəbulu

Cinsi partnyorun müayinə və müalicəsi – tövsiyə olunmur.

Hamiləliyin pozulması – göstəriş yoxdur.

Doğuş – təbii doğuş yolları ilə.

Döşlə əmizdirmə – əks göstəriş yoxdur.

Ədəbiyyat:

1. Fizioloji hamiləliyi olan qadınlara antenatal qulluq üzrə klinik protokol. – B.: Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin TTTQBZ, 2008. – 20 səh.
2. Tağıyev N.Ə. Neonatologiya: dərslik / ATİ. – B.: Çaşıoğlu, 2008. – 536 səh.
3. Adler SP, Finney JW, Manganello AM, Best AM. Prevention of child-to-mother transmission of cytomegalovirus by changing behaviors: a randomized controlled trial // Pediatr Infect Dis J. - 1996; 15:240–6.
4. Adler SP, Finney JW, Manganello AM, Best AM. Prevention of child-to-mother transmission of cytomegalovirus among pregnant women // J Pediatr. - 2004; 145:485–91.
5. Adler SP, Nigro G, Pereira L. Recent advances in the prevention and treatment of congenital cytomegalovirus infections // Semin Perinatol. - 2007; 31:10–8.
6. Antenatal Syphilis screening in the UK: a systematic review and national options appraisal with recommendations (Report to the National Screening Committee) / Public Health Laboratory Service. – London. – 1998.
7. Artemisinin-based combination therapy for treating uncomplicated malaria: SOGC CLINICAL PRACTICE / Sinclair D, Zani B, Donegan S, et al // Cochrane Database Syst Rev. - 2009 Jul 8; (3):CD007483.
8. Benoist G, Salomon LJ, Mohlo M, Suarez B, Jacquemard F, Ville Y. Cytomegalovirus-related fetal brain lesions: comparison between targeted ultrasound examination and magnetic resonance imaging // Ultrasound Obstet Gynecol. – 2008. - Dec; 32(7): 900-5.
9. Bebear C, de Barbeyrac B. Genital Chlamydia trachomatis infections // Clin Microbiol Infect. - 2009 Jan; 15 (1):4-10.
10. Bodeus M, Hubinont C, Bernard P, Bouckaert A, Thomas K, Goubau P. Prenatal diagnosis of human cytomegalovirus by culture and polymerase chain reaction: 98 pregnancies leading to congenital infection // Prenat Diagn. - 1999; 19:314–7.

11. Brotman RM, Ghanem KG, Klebanoff MA, et al. The effect of vaginal douching cessation on bacterial vaginosis: a pilot study // Am J Obstet Gynecol. - 2008 Jun; 198 (6):628.e1-7. Epub 2008 Mar 4.
12. Connor N, Roberts J, Nicoll A. Strategic options for antenatal screening for syphilis in the United Kingdom: a cost effectiveness analysis // J Med Screen.- 2000; 7: 7-13.
13. Cradock-Watson JE. Laboratory diagnosis of rubella: past, present and future // Epidemiol Infect. 1991; 107: 1-15.
14. Chickenpox in pregnancy: Green-top Guideline No 13 / Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. - September 2007. – 11 p.
15. Cooke GS, Main J, Thursz MR. Treatment for hepatitis B // BMJ. -2010 Jan 5; 340:b5429.
16. Crino JP. Ultrasound and fetal diagnosis of perinatal infection // Clin Obstet Gynecol. - 1999; 42:71–80; quiz 174–5.
17. Caesarean section: NICE Clinical Guideline 13 / Developed by the National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. – London, 2004. - 40 p.
18. Cytomegalovirus Infection in Pregnancy: SOGC CLINICAL PRACTICE GUIDELINE. - No. 240. – Canada: SOGC, April 2010. – 7p.
19. Doherty L. et al Syphilis: old problem, new strategy // BMJ. - 2002; 325: 153-156.
20. Danforth's Obstetrics and Gynecology / Scott, James R., et al. - Ninth Ed. - Lippincott Williams & Wilkins Publishers. – August 2003. - Ch. 32. – 585 p.
21. Dienstag JL. Hepatitis B virus infection // N Engl J Med. – 2008. - Oct 2; 359(14):1486-500.
22. Demmler GJ. Screening for congenital cytomegalovirus infection: a tapestry of controversies // J Pediatr. - 2005; 146:162–4.
23. Egglestone SI, Turner AJL for the PHLS SypHilis Serology Working Group. Serological diagnosis of syphilis // Commun Dis Public Health. - 2000; 3(3): 158-62. – available at: http://www.hpa.org.uk/cdpH/issues/CDPHvol3/No3/guidelines.pdf (12.03.2012)

24. Epidemiology, Investigation and Control: Control of Communicable Diseases Manual / Heymann. D. ed.; American Public Health Association. - 18th Edition. - Washington, DC, 2004.
25. French P. SypHilis // BMJ. – 2007. - Jan 20; 334(7585):143-7.
26. Guidelines on Chickenpox - (Varicella): Immunoglobulin Handbook / Health Protection Agency. – 2008. – 7p.
27. Guidelines on Urological Infections / M. Grabe (Chairman), M.C. Bishop, T.E. Bjerklund-Johansen,H. Botto, M. Çek, B. Lobel, K.G. Naber, J. Palou, P. Tenke, F. Wagenlehner; European Association of Urology. - March 2009. – 110p.
28. Gleaves CA, Smith TF, Shuster EA, Pearson GR. Rapid detection of cytomegalovirus in MRC-5 cells inoculated with urine specimens by using low-speed centrifugation and monoclonal antibody to an early antigen // J Clin Microbiol. - 1984; 19:917–9.
29. Guidelines for malaria prevention in travellers from the United Kingdom / Health Protection Agency. – London, January 2007. – 106p.
30. Gupta R, Warren T, Wald A; Genital herpes // Lancet. -. 2007. - Dec 22; 370(9605): 2127-37.
31. Hurtig AK, Nicoll A, Carne C et al. SypHilis in pregnant women and their children in the United Kingdom: results from national clinician reporting surveys 1994-7 // BMJ. - 1998; 317: 1617-9.
32. Hohlfeld P, Vial Y, Maillard-Brignon C, Vaudaux B, Fawer CL. Cytomegalovirus fetal infection: prenatal diagnosis // Obstet Gynecol. - 1991;78:615– 8.
33. Hollier LM, Wendel GD; Third trimester antiviral propHylaxis for preventing maternal genital herpes simplex virus (HSV) recurrences and neonatal infection // Cochrane Database Syst Rev. – 2008. - Jan 23; (1):CD004946.
34. Infectious Diseases of the Female Genital Tract / Sweet, Richard L, et al. - Fourth Ed. - MD Gibbs By Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 2002. - Ch. 15. – 400 p.
35. Kansas Department of Health and Environment. Regulations Related to Infectious Disease [Electronic resource]. – Available at: http://www.kdheks.gov/epi/regulations.htm (12.03.2012)

36. Lipitz S, Achiron R, Zalel Y, Mendelson E, Tepperberg M, Gamzu R.Outcome of pregnancies with vertical transmission of primarycytomegalovirus infection // Obstet Gynecol. - 2002; 100: 428–33.
37. Lipitz S, Yagel S, Shalev E, Achiron R, Mashiach S, Schiff E. Prenatal diagnosis of fetal primary cytomegalovirus infection. - Obstet Gynecol. - 1997; 89: 763–7.
38. Lumbiganon P, Villar J, Laopaiboon M, et al. One-day compared with 7-day nitrofurantoin for asymptomatic bacteriuria // Obstet Gynecol. - 2009 Feb; 113(2 Pt 1): 339-45.
39. Liaw YF, Chu CM. Hepatitis B virus infection // Lancet. – 2009. - Feb 14; 373(9663): 582-92.
40. Lazzarotto T, Varani S, Gabrielli L, Spezzacatena P, Landini MP. New advances in the diagnosis of congenital cytomegalovirus infection // Intervirology. - 1999; 42:390–7.
41. Morgan-Capner P *et al*. Laboratory diagnosis of rubella // PHLS Microbiology Digest. - 1988; 5: 49-52.
42. Mehta NM, Thomas RM. Antenatal screening for rubella – infection or immunity //BMJ. - 2002; 325: 90-91.
43. Morgan-Capner P, Crowcroft NS. Guidelines on the management of, and exposure to, rash illness in pregnancy (including consideration of relevant antibody screening programmes in pregnancy) / on behalf of the PHLS Joint Working Party of the Advisory Committees of Virology and Vaccines and Immunisation // Commun Dis Public Health. - 2002; 5 (1): 59 - 71. – available at: http://www.hpa.org.uk/cdpH/issues/CDPHvol5/No1/rash_illness_guidelines.pdf (12.03.2012)
44. Manual for the surveillance of vaccine- preventable diseases / Centers for Disease Control and Prevention. - 5th Edition. – Atlanta, GA, 2012.-11p. – Available at: http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/surv-manual/default.htm (12.03.2012)
45. Management of the Viral Hepatitides A, B and C / British Association for Sexual Health & HIV.-2008. – 27p.
46. Malinger G, Lev D, Zahalka N, Ben Aroia Z, Watemberg N, Kidron D, et al. Fetal cytomegalovirus infection of the brain: the

spectrum of sonograpHic findings // AJNR Am J Neuroradiol. - 2003; 24:28–32.
47. McDonald HM, Brocklehurst P, Gordon A. Antibiotics for treating bacterial vaginosis in pregnancy // Cochrane Database Syst Rev. – 2007. - Jan 24; (1):CD000262.
48. Management of Chlamydia trachomatis genital tract infection / British Association for Sexual Health and HIV. – 2006. - 24p.
49. Management of genital herpes / British Association for Sexual Health and HIV. – 2007. – 26p.
50. Management of Genital Chlamydia trachomatis Infection / SIGN. – Edinburgh, March 2009. - 48p.
51. Management of Trichomonas vaginalis / British Association for Sexual Health & HIV. – 2007. - 8p.
52. Management of bacterial vaginosis / British Association for Sexual Health & HIV. – 2006. – 14p.
53. Management of genital herpes in pregnancy: Green-top Guideline No 13 / Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. – 2007. – 9 p.
54. Nicolini U, Kustermann A, Tassis B, Fogliani R, Galimberti A, Percivalle E, et al. Prenatal diagnosis of congenital human cytomegalovirus infection // Prenat Diagn. - 1994; 14:903–6.
55. Naessens A, Casteels A, Decatte L, Foulon W. A serologic strategy for detecting neonates at risk for congenital cytomegalovirus infection // J Pediatr. - 2005; 146:194–7.
56. Nigro G, Adler SP, La Torre R, Best AM. Passive immunization during pregnancy for congenital cytomegalovirus infection // N Engl J Med. - 2005; 353: 1350–62.
57. Ornoy A, Diav-Citrin O. Fetal effects of primary and secondary cytomegalovirus infection in pregnancy // Reprod Toxicol. - 2006; 21: 399–409.
58. Picone O, Simon I, Benachi A, Brunelle F, Sonigo P. Comparison between ultrasound and magnetic resonance imaging in assessment of fetal cytomegalovirus infection // Prenat Diagn . - 2008; 28: 753–8.
59. Rubella (German Measles), Including Congenital Rubella Syndrome: Investigation Guidelines version. - 03/2009. – 23 p. - available at: http://www.docstoc.com/docs/70137990/Rubella-

German-Measles-Including-Congenital-Rubella-Syndrome (12.03.2012)
60. Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Disease / Academy of Pediatrics. - 27th Edition. - 2006. – 992 p.
61. Revello MG, Gerna G. Pathogenesis and prenatal diagnosis of human cytomegalovirus infection // J Clin Virol. - 2004; 29:71–83.
62. Salisbury DM, Begg NT (ed). Immunisation against infectious disease / Department of Health; HMSO.-London. – 1996. – 10p. - available at: http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/07/31/32/04073132.pdf (12.03.2012)
63. Skendzel LP. Rubella immunity: defining the level of protective antibody // Am J Clin Pathol. - 1996; 102: 170-174.
64. Sexually Transmitted Diseases in Women / Faro, Sebastian. - Ch. 9. – Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 2003. - 213 p.
65. Sen P, Barton SE; Genital herpes and its management // BMJ. - 2007 May 19; 334 (7602):1048-52.
66. Sexually Transmitted Infections in Primary Care / Dr Neil Lazaro; RCGP Sex; Drugs and HIV Task Group; British Association for Sexual Health &HIV (BASHH). – London, 2006. – 80p.
67. Seow H-F. Hepatitis B and C in pregnancy // Curr Obstet Gynaecol. - 1999; 9: 216-223.
68. Screening of pregnant women for hepatitis B and immunisation of babies at risk / Health Service Circular. – 1998. -127p.
69. Schnarr J, Smaill F. Asymptomatic bacteriuria and symptomatic urinary tract infections in pregnancy // Eur J Clin Invest. - 2008 Oct; 38 Suppl 2:50-7.
70. The prevention of early-onset neonatal group B streptococcal disease: SOGC clinical practice guidline / Deborah M. Money, MD, FRCSC, Vancouver BC. - No. 149. - Canada: SOGC, September 2004. – 7p.
71. Tookey PA, Corina-Borja M, Peckham CS. Rubella susceptibility among pregnant women in North London, 1996-1999 // J Public Health Med. - 2002; 24: 211-216.

72. The Pink Book: Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases / Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention. - 12th Edition Second Printing May 2012. – 12 p. - Available at: http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/downloads/table-of-contents.pdf (12.03.2012)
73. The prevention of malaria in pregnancy: Green-top Guideline No. 54a / Royal College of Obstetricians and Gynaecologistsh RCOG Green-top. - APRIL 2010. – 14 p.
74. The diaqnosis and treatment of malaria in pregnancy: Green-top Guideline No. 54B / Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. - APRIL 2010. – 29 p.
75. UK malaria treatment guidelines / Lalloo DG, Shingadia D, Pasvol G, et al // J Infect. - 2007 Feb; 54 (2):111-21. - Epub 2007 Jan 9.
76. Vazquez JC, Villar J. Treatments for symptomatic urinary tract infections during pregnancy // Cochrane Database Syst Rev. - 2003; (4):CD002256.
77. Wald, A, Langengerg, A., Kexl E, Izu AE, Ashely R, and Corey L. "Condoms protect men and women against Herpes Simplex Virus Type 2: Abstract / 2002 National STD Prevention Conference.- San Diego, CA. - March 4-7. – 2002.
78. Williams Obstetrics / F. Gary Cunningham, et al. - Twenty-Second Ed. – Ch. 58. - New York. – 2005. – 689 p.
79. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task. Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care // CMAJ. - 2003; 169(3):207–8.
80. Young H. Syphilis: new diagnostic directions // Int J STD & AIDS. - 1992; 3: 391-413.

QEYDLƏR ÜÇÜN