

**METODIKA**

**VIRUSINĖ PERINATALINĖ INFEKCIJA**



LIETUVOS IR ŠVEICARIJOS  
BENDRADARBIAVIMO PROGRAMA

**METODIKOS DALYS**

- I. Metodikos aprašas
- II. Metodikos procedūrų aprašas
- III. Metodikos įdiegimo aprašas
- IV. Metodikos audito aprašas
- V. Informacija visuomenei

## PARENGĖ

V. Abraitis  
A. Arlauskienė  
L. Bagušytė  
E. Barčaitė  
D. Bartkevičienė  
T. Biržietis  
Ž. Bumbulienė  
E. Drejerienė  
D. Kačkauskienė  
D. Laužikienė  
E. Machtejevienė  
R. Mačiulevičienė  
L. Maleckienė  
G. Mečėjus  
I. Mockutė  
I. Poškienė  
D. Ramašauskaitė  
L. Rovas  
M. Šilkūnas  
G. Valkerienė  
J. Zakarevičienė

## RECENZENTAI

V. Abraitis  
L. Bagušytė  
E. Barčaitė  
A. Bartusevičius  
E. Benušienė  
T. Biržietis  
G. Drašutienė  
E. Drejerienė  
A. Gaurilčikas  
V. Gintautas  
K. Jarienė  
R. Jonkaitienė  
G. Jurkevičienė  
M. Kliučinskas  
J. Kondrackienė  
M. Minkauskienė  
I. Mockutė  
R. Mačiulevičienė  
L. Maleckienė  
R. Nadišauskienė  
D. Railaitė  
K. Rimaitis  
D. Simanavičiūtė  
R. Tamelienė  
A. Vitkauskienė  
D. Vėlyvytė  
D. Veličkienė  
D. Vaitkienė

2014 m. (2019 m. redakcija)

---

Metodikai pritarė Lietuvos akušerių ginekologų draugija  
Lietuvos akušerių sąjunga

2019 metų redakcija

PARENGĖ

V. Abraitis  
A. Arlauskienė  
L. Bagušytė  
E. Bartusevičienė  
T. Biržietis  
J. Celiešiūtė  
M. Francaitė-Daugėlienė  
V. Gintautas  
K. Jarienė  
M. Kliučinskas  
D. Laužikienė  
G. Naskauskienė  
E. Machtejevienė  
R. Mačiulevičienė  
L. Maleckienė  
M. Minkauskienė  
D. Ramašauskaitė  
K. Rimaitis  
M. Šilkūnas  
J. Voločovič  
J. Zakarevičienė

RECENZENTAI

V. Abraitis  
A. Arlauskienė  
L. Bagušytė  
E. Bartusevičienė  
E. Benušienė  
G. Domža  
G. Drąsutienė  
D. Gasiūnaitė  
G. Jurkevičienė  
M. Kliučinskas  
D. Laužikienė  
R. Mameniškienė  
L. Maleckienė  
M. Minkauskienė  
V. Mizarienė  
R. Nadišauskienė  
V. Paliulytė  
D. Ramašauskaitė  
G. Ramonienė  
D. Vaitkienė  
R. Vansevičiūtė – Petkevičienė  
D. Veličkienė  
Ž. Visockienė  
J. Voločovič  
J. Zakarevičienė  
B. Žaliūnas

## TURINYS

I. Metodikos aprašas .....	5
Bendroji dalis .....	6
Priedai .....	28
Literatūros sąrašas .....	29
II. Metodikos procedūrų aprašas .....	31
III. Metodikos įdiegimo aprašas .....	33
IV. Metodikos audito aprašas .....	36
V. Informacija visuomenei .....	38

**METODIKA**  
**VIRUSINĖ PERINATALINĖ INFEKCIJA**

**I. METODIKOS APRAŠAS**

## 1. BENDROJI DALIS

Metodikos „Virusinė perinatalinė infekcija“ tikslas– pateikti mokslo įrodymais pagrįstas dažniausiai nėštumo metu pasitaikančių virusinių infekcinių ligų diagnostikos, gydymo ir profilaktikos rekomendacijas bei nėštumo ir gimdymo priežiūros ypatumus. Metodikoje nagrinėjami keli klausimai.

- Žmogaus imunodeficito virusų (ŽIV) sukeltos infekcinės ligos diagnostika, gydymas ir perinatalinės transmisijos profilaktika.
- Gripas nėštumo metu ir profilaktika.
- Vėjaraupiai nėštumo metu ir naujagimių infekcijos profilaktika.
- Hepatito B diagnostika nėštumo metu ir naujagimių infekcijos profilaktika.
- Lyties organų *Herpes simplex* sukeltos infekcinės ligos diagnostika ir gydymas nėštumo bei gimdymo metu, naujagimių infekcijos profilaktika.
- Raudonukės virusų ir citomegalo virusų infekcija nėštumo metu.

Metodika „Virusinė perinatalinė infekcija“ parengta remiantis Jungtinės Karalystės Karališkosios akušerių ir ginekologų kolegijos (angl. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, RCOG), Amerikos akušerių ginekologų kolegijos (angl. *American Congress of Obstetricians and Gynecologists*, ACOG), Jungtinės Karalystės ŽIV asociacijos, Kanados akušerių ginekologų draugijos (angl. *The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, SOGC), Pasaulio Sveikatos Organizacijos (PSO) ir Lietuvos Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro (ULAC) rekomendacijomis.

### Santrumpos

ŽIV – žmogaus imunodeficito virusas  
ART – antiretrovirusinė terapija  
ARV – antiretrovirusiniai vaistai  
ITS – intensyviosios terapijos skyrius  
FDA – maisto ir vaistų administracija  
PSO – Pasaulio sveikatos organizacija  
VZV – *Varicella zoster* virusai  
VZIG – *Varicella zoster* imunoglobulinas  
CMV – citomegalo virusas  
HSV – *Herpes simplex* virusas  
HBV – Hepatito B virusas

## 1. ŽMOGAUS IMUNODEFICITO VIRUSO (ŽIV) INFEKCIJA

ŽIV yra retrovirusas, pažeidžiantis T limfocitus ir sukeliantis imuninės sistemos nepakankamumą. Nustatyti du ŽIV tipai: ŽIV-1 ir ŽIV-2, labiausiai paplitęs ŽIV-1 tipas. Didžiausia ŽIV koncentracija randama kraujyje, makšties išskyrose, spermoje, motinos piene.

### Kodas pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją TLK 10

Z21 - besimptomis užkrėstumas žmogaus imunodeficito virusu (ŽIV)

B20–B24 - žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) sukelta liga

#### 1.1. ŽIV plitimo būdai

- 1.1.1. *Lytinis kelias*. ŽIV gali plisti per visų rūšių lytinius santykius: heteroseksualius ar homoseksualius (vaginalinius, oralinius ir analinius), jeigu vienas iš partnerių yra užsikrėtęs.
- 1.1.2. *Parenterinis (per kraują)*. Dalijantis kitų naudotais manikiūro, pedikiūro, tatuiruočių ar kitais instrumentais, užkrėstais švirkštais ar adatomis (pvz., vartojant narkotikų), perpilant kraują.
- 1.1.3. *Perinatalinis (vertikali transmisija)*. ŽIV infekuota motina gali užkrėsti savo vaiką nėštumo, gimdymo metu arba maitindama krūtimi. ŽIV perdavimo rizika iš motinos vaikui yra 25–30 proc. nemaitinant krūtimi ir 40 proc. žindant naujagimį. Taikant optimalią nėštumo ir gimdymo priežiūrą bei antiretrovirusinę terapiją (ART), ŽIV vertikali transmisija galima < 2 proc. atvejų [1].

#### 1.2. Diagnostika

- 1.2.1. ŽIV antikūnų randama praėjus 3–4 savaitėms ar net 6 mėnesiams nuo užsikrėtimo.
- 1.2.2. ŽIV infekcijos diagnostikai dažniausiai taikomi imunofermentiniai (ELISA) atrankiniai tyrimo metodai. Jei atrankinio tyrimo rezultatas teigiamas, atliekamas ŽIV infekciją patvirtinantis tyrimas kita metodika (dažniausiai *Western blot* arba ŽIV nukleorūgščių nustatymo ar ŽIV p24 antigeno nustatymo neutralizacijos metodu).
- 1.2.3. Patvirtinamąjį ŽIV infekcijos tyrimą atlieka Nacionalinė visuomenės sveikatos priežiūros laboratorija (toliau – NVSPL) Vilniuje.
- 1.2.4. Visų siunčiamų bandinių ir jų tyrimo rezultatai privalo būti konfidencialūs.
- 1.2.5. Nėščiajai suteikiama konsultacinė pagalba prieš tyrimą ir gavus tyrimo rezultatus.
- 1.2.6. Visos nėščiosios tiriamos dėl ŽIV infekcijos 2 kartus: pirmojo apsilankymo metu (žr. Metodika antenatalinė priežiūra) ir nuo 32 iki 35 nėštumo savaitės;

- 1.2.7. Jei moteris atvyksta prasidėjus gimdymui ir jos serologinė būklė dėl ŽIV nežinoma, arba tyrimas buvo atliktas vieną kartą (iki 13+6 nėštumo savaitės) atliekamas greitasis ŽIV antikūnų tyrimas.
- 1.2.8. Atlikus nėščiajai atrankinį greitąjį tyrimą dėl ŽIV ir gavus teigiamą rezultatą, ėminys nedelsiant siunčiamas ŽIV laboratorinei diagnozei patvirtinti į NVSPL. NVSPL, gavusi nurodytą ėminį, patvirtinamąjį laboratorinį tyrimą dėl ŽIV atlieka skubos tvarka.
- 1.2.9. Visos ŽIV užsikrėtusios nėščiosios tiriamos dėl kitų lytiniu keliu plintančių infekcijų, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V-384 „Dėl Žmogaus imunodeficito viruso ligos diagnostikos ir gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, tvarkos aprašo patvirtinimo“ (chlamidinės infekcijos, gonokokinės infekcijos, trichomonozės, lyties organų herpes virusinės infekcijos ir prireikus skiriamas gydymas).

### **1.3. ŽIV užsikrėtusios nėščiosios gydymas ir gimdymo plano sudarymas**

- 1.3.1. ŽIV užsikrėtusiai nėščiajai antiretrovirusinė terapija (toliau – ART) skiriama vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V-384 „Dėl Žmogaus imunodeficito viruso ligos diagnostikos ir gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- 1.3.2. Visos ŽIV užsikrėtusios nėščiosios siunčiamos prenatalinės diagnostikos genetiniam ištyrimui. ŽIV užsikrėtusioms ir ART vartojančioms nėščiosioms dažniau gali pasitaikyti klaidingai teigiami trigubo ir dvigubo testų atsakymai. Invazinis tyrimas (amniocentezė) gali būti atliekamas, jei, įvertinus biocheminių, serologinių ir ultragarsinių tyrimų duomenis, manoma, jog vaisiaus ligos (trisomijos, infekcijos ar pan.) statistinė rizika didesnė, nei pačios procedūros. Svarbu atidėti invazinį tyrimą iki tol, kol ART sumažina ŽIV kopijų skaičių nėščiosios kraujyje (ne daugiau kaip 50 ŽIV ribonukleino rūgšties (toliau – RNR) kopijų/ml). Esant skubiai invazinio tyrimo būtinybei iki kol nepasiekta visiška viruso supresija, nėščiajai reikia paskirti ART su raltegraviru ir 2–4 valandas prieš procedūrą papildomai taikyti vienkartinę nevirapino dozę.
- 1.3.3. Išorinis vaisiaus apgręžimas galimas, jei planuojama gimdyti natūraliais takais ir yra ne daugiau kaip 50 ŽIV RNR kopijų / ml.
- 1.3.4. ŽIV užsikrėtusios nėščiosios siunčiamos į VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikas, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninę Kauno klinikas, VšĮ Klaipėdos universitetinę ligoninę gimdymo planui sudaryti ir sprendimui dėl gimdymo būdo priimti 36 nėštumo savaitę.
- 1.3.5. Planinė cezario pjūvio operacija (neprasidėjus gimdymo veiklai ir neplyšus amniono dangalams) 38 nėštumo savaitę rekomenduojama:
  - 1.3.5.1. jei ŽIV RNR prieš gimdymą (34–36 savaitę) yra 50 kopijų / ml ir daugiau arba paskutines 4 savaites iki gimdymo ŽIV RNR tyrimo rezultatai nežinomi;
  - 1.3.5.2. jei nėštumo metu gydyta vien zidovudinu arba ART nėštumo metu nevartota;
  - 1.3.5.3. ŽIV užsikrėtusioms nėščiosioms, sergančioms ir virusiniu hepatitu C.
- 1.3.6. Gimdymas natūraliu būdu turėtų būti siūlomas:
  - 1.3.6.1. moterims, kurioms nėštumo metu taikoma kombinuotoji ART ir kurioms paskutines 4 savaites iki gimdymo ŽIV RNR ne daugiau kaip 50 kopijų / ml.



- 1.3.7. Nutekėjus vaisiaus vandenims po 34 sav. ar prasidėjus spontaniniam gimdymui po 34 sav.:
  - 1.3.7.1. jei ŽIV RNR mažiau nei 50 kopijų / ml pastarąsias 4 savaites, iš karto pradamas gimdymo sužadinimas;
  - 1.3.7.2. jei ŽIV RNR yra 1000 kopijų / ml ir daugiau pastarąsias 4 savaites ar nežinomas, arba nėštumo metu ART nevertota, atliekama skubi cezario pjūvio operacija;
  - 1.3.7.3. jei ŽIV RNR 50–1000 kopijų / ml pastarąsias 4 savaites, gimdymo taktika individuali, įvertinus nėštumo ir ŽIV perdavimo rizikos veiksnius ir atsižvelgiant į gimdyvės pasirinkimą. Esant palankių veiksnių (vartojama ART, prognozuojamas neužsitęsęs gimdymas), pirmenybė teikiama natūraliam gimdymo būdui. Kai bevandenis laikotarpis ilgesnis nei 4 val. ir dar neprasidėjusi aktyvi gimdymo fazė arba yra kraujavimas, pirmenybė teikiama cezario pjūvio operacijai;
- 1.3.8. Nutekėjus vaisiaus vandenims ir (arba) prasidėjus gimdymui iki 34 sav., nėštumo ir gimdymo priežiūros taktika individuali. Skiriama steroidų vaisiaus plaučiams brandinti.
- 1.3.9. ŽIV užsikrėtusioms moterims nerekomenduojama naujagimį maitinti žindant, nepriklausomai nuo ART vaistų vartojimo.
- 1.3.10. Priklausomai nuo nėštumo rizikos veiksnių ŽIV užsikrėtusi nėščioji siunčiama gimdyti į VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikas, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninę Kauno klinikas, VšĮ Klaipėdos universitetinę ligoninę. Jeigu nėščioji nesutinka vykti į vieną iš šiame papunktyje nurodytų ASPĮ, savo atsisakymą ji turi patvirtinti raštu.
- 1.3.11. Jeigu nėra galimybės ŽIV užsikrėtusios nėščiosios siųsti ar pervežti gimdyti į vieną iš nurodytų ASPĮ arba pacientė nesutinka vykti, ASPĮ, į kurią nėščioji atvyko gimdyti, esant galimybei, skubiai atsiveža ART reikalingų vaistinių preparatų iš jų rezervą privalančių turėti VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikų, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninę Kauno klinikų, VšĮ Klaipėdos universitetinę ligoninės. Po gimdymo motina ir naujagimis pervežami į vaistinius preparatus iš rezervo davusią ASPĮ.

#### **1.4. Naujagimio priežiūra**

- 1.4.1. Užsikrėtusios ŽIV gimdyvės arba gimdyvės, kuri nėštumo metu nebuvo tirta arba tirta dėl ŽIV infekcijos vieną kartą (iki 12 – 14 nėštumo savaitės) ir kurios atrankinis greitas tyrimas dėl ŽIV teigiamas, naujagimiui ART skiriama vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V-384 „Dėl Žmogaus imunodeficito viruso ligos diagnostikos ir gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- 1.4.2. Visi ŽIV užsikrėtusios motinos naujagimiai iš karto po gimimo turi būti nuprausti, dar prieš sušvirkščiant vitaminą K.
- 1.4.3. Naujagimis dėl ŽIV tiriamas vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V-384 „Dėl Žmogaus imunodeficito viruso ligos diagnostikos ir gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- 1.4.4. Už profilaktinės ART paskyrimą naujagimiui yra atsakingas gydytojas neonatologas.
- 1.4.5. Gydytojas neonatologas teikia duomenis (priedas) apie ŽIV užsikrėtusios motinos naujagimį Vaikų ŽIV ir kitų retų infekcinių ligų kompetencijos centrui. Informacija, laikantis konfidencialumo, teikiama ne vėliau, kaip per 7 darbo dienas, gavus pirmą naujagimio ŽIV RNR tyrimo rezultata.

- 1.4.6. Išrašius ŽIV užsikrėtusios motinos naujagimį iš gimdymo stacionaro už tinkamą tolimesnį vaiko ištyrimą dėl ŽIV atsako vaiką prižiūrintis šeimos ar vaikų ligų gydytojas. Tolimesniems tyrimams dėl galimos įgimtos ŽIV infekcijos vaikas siunčiamas į Vaikų ŽIV ir kitų retų infekcinių ligų kompetencijos centrą; būtina išankstinė registracija priede nurodytu telefonu.
- 1.4.7. Tėvams pageidaujant ir esant galimybei ŽIV RNR tyrimus atlikti pagal gyvenamąją vietą, vaikas dėl galimos įgimtos ŽIV infekcijos gali būti tiriamas pagal gyvenamąją vietą, tačiau gydantis gydytojas privalo apie tai informuoti Vaikų ŽIV ir kitų retų infekcinių ligų kompetencijos centrą telefonu, o gavęs visų ŽIV RNR tyrimų rezultatus – raštu, nurodant paciento vardą, pavardę, gimimo datą, ŽIV RNR tyrimo atlikimo datas ir rezultatus.
- 1.4.8. Jei vaiko įstatyminiai atstovai ar gydantis gydytojas per tris mėnesius nuo vaiko gimimo dienos nesikreipia į Vaikų ŽIV ir kitų retų infekcinių ligų kompetencijos centrą, Vaikų ŽIV ir kitų retų infekcinių ligų kompetencijos centras informuoja Valstybės vaiko teisių apsaugos ir įvaikinimo tarnybą ar jos įgaliotą teritorinį skyrių.
- 1.4.9. VšĮ Vilniaus universiteto ligoninės Santaros klinikos, Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninę Kauno klinikos, VšĮ Klaipėdos universitetinę ligoninę. rezerve privalo turėti bent po 1 pakuotę vaistinių preparatų *Sol. Zidovudine 10 mg/ml 20 ml N 5, Zidovudine Oral solution 10 mg/ml 200 ml, Lamivudine Oral solution 10 mg/ml 240 ml, bei Nevirapine Oral solution 10 mg/ml 240 ml* naujagimio ŽIV infekcijos profilaktikai.
- 1.4.10. Gydytojas, diagnozavęs ŽIV infekciją, atvejį registruoja ir teikia duomenis apie jį vadovaudamasis Lytiškai plintančių infekcijų, ŽIV nešiojimo ir ŽIV ligos epidemiologinės priežiūros tvarka asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose, patvirtinta Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2003 m. vasario 25 d. įsakymu Nr. V-117 „Dėl Lytiškai plintančių infekcijų, ŽIV nešiojimo ir ŽIV ligos epidemiologinės priežiūros tvarkos asmens ir visuomenės sveikatos priežiūros įstaigose patvirtinimo“.
- 1.4.11. Gydytojas, paskyręs pacientui ART, užpildo pranešimą apie pradėtą ART ir laikydamasis konfidencialumo teikia duomenis, vadovaudamasis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V-384 „Dėl Žmogaus imunodeficito viruso ligos diagnostikos ir gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, tvarkos aprašo patvirtinimo“.
- 1.4.12. ASPĮ pateikia Ataskaitą apie įstaigoje per metus antiretrovirusiniais vaistais gydytus pacientus ir Ataskaitą apie ŽIV užsikrėtusias nėščiąsias ir naujagimius, kuriems per metus buvo taikoma perinatalinio ŽIV perdavimo profilaktika, vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 3 d. įsakymu Nr. V-384 „Dėl Žmogaus imunodeficito viruso ligos diagnostikos ir gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, tvarkos aprašo patvirtinimo“.

## 2. GRIPAS

### Kodas pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją TLK 10

O99.5 Kvėpavimo sistemos ligos, komplikuojančios nėštumą, gimdymą ir laikotarpį po gimdymo  
J09 - Gripas, sukeltas nustatyto paukščių gripo viruso

Gripas, kurį sukėlė gripo virusas, kuriuo įprastai užsikrečia tik paukščiai ir rečiau – kiti

gyvūnai.

J10 - Gripas, sukeltas kitų nustatytų gripo virusų

J10.0 - Gripas su pneumonija, nustatytas kitas gripo virusas

J10.1 - Gripas su kitais kvėpavimo takų pažeidimais, nustatytas kitas gripo virusas

J10.8 - Gripas su kitais pažeidimais, nustatytas kitas gripo virusas

J11 - Gripas, virusas nenustatytas

J11.0 - Gripas su pneumonija, virusas nenustatytas

J11.1 - Gripas su kitais kvėpavimo takų pažeidimais, virusas nenustatytas

J11.82 - Gripas su kitais pažeidimais, virusas nenustatytas gripo

Gripas – tai dažniausiai epidemijomis pasireiškianti ūminė kvėpavimo takų infekcinė liga. Infekcija plinta oro lašeliniu būdu. Gripo virusai priklauso *Orthomyxoviridae* šeimai, kuri turi tris gentis: *Influenzavirus A*, *B* ir *C*. Gripo A virusai patogeniški žmonėms, sukelia pandemiją ir epidemiją. Gripo B virusai kas kelerius metus sukelia epidemiją, gripo C virusai sukelia tik pavienius susirgimus. Gripo sezonas Lietuvoje – žiemos ir pavasario mėnesiai (nuo 40 iki 20 metų savaitės).

Transplacentinis gripo virusų perdavimas labai retas, bet galimas. Gripo virusai nepasižymi tiesioginiu teratogeniniu poveikiu, bet vaisiui pavojingas infekcijos sukeltas motinos karščiavimas. Hipertermija pirmaisiais nėštumo mėnesiais gali sukelti vaisiaus nervinio vamzdelio vystymosi trūkumą, tačiau tvirtų įrodymų, kad gripo virusai sukelia vaisiaus apsigimimus, nėra. Gripo sukeltas karščiavimas gimdymo metu padidina naujagimių traukulių, encefalopatijos, paralyžiaus ir mirties riziką. Nėščiajai susirgus gripu, padidėja savaiminio persileidimo, priešlaikinio gimdymo rizika, mažo naujagimio svorio, naujagimio mirties rizika. Nėščiosios nėra imlesnės gripui nei bendra populiacija, tačiau jų gripo eiga dažniau būna sunki ir komplikuoata. Nėščiosios dažniau guldomos į ligoninę ir dažniau gydamos intensyviosios terapijos skyriuose, negu nesilaukiančios vaisingo amžiaus moterys. Nėščiosioms, ypač sergančioms kitomis ligomis (cukriniu diabetu, mažakraujyste, širdies, plaučių ar inkstų ligomis, ŽIV infekcine liga), daug dažniau atsiranda gripo komplikacijų (pneumonija). Gripo komplikacija – ūminis respiracinio distreso sindromas – gali tapti mirties priežastimi. Gripas labai pavojingas naujagimiams (ypač neišnešiotiems) ir mažesniems kaip 6 mėn. kūdikiams.

## 2.1. Klinika

2.1.1. Inkubacinis periodas trunka 1–4 dienų (vidutiniškai 2 dienas). Klinikiniai nėščiųjų moterų gripo požymiai tokie patys kaip ir visos populiacijos. Būdingi gripo simptomai:

2.1.1.1. Staigi ligos pradžia.

2.1.1.2. Didesnė kaip 38 °C temperatūra.

2.1.1.3. Šaltkrėtis.

2.1.1.4. Sausas kosulys.

2.1.1.5. Gerklės skausmas.

2.1.1.6. Raumenų, sąnarių ir (ar) galvos skausmas.

2.1.1.7. Akių obuolių skausmas, šviesos baimė.

2.1.1.8. Didelis bendras silpnumas, nuovargis.

2.1.1.9. Nosies užgulimas, sloga.

- 2.1.1.10. Rečiau – pilvo skausmas, pykinimas, vėmimas, viduriavimas.
- 2.1.2. Kartais gripo klinika gali skirtis nuo įprastinės šios ligos klinikos. Gali būti respiracinių simptomų be karščiavimo arba tik sunkių sisteminių intoksikacijos požymių be respiracinių simptomų.
- 2.1.3. Gripas – susirgimas, atitinkantis klinikinį gripo apibūdinimą: ūmi ligos pradžia ir nors vienas šių bendrųjų simptomų: didelė (didesnė kaip 38 °C) temperatūra, šaltkrėtis, bendras silpnumas, galvos, raumenų skausmas ir nors vienas kvėpavimo takų sistemos simptomų: kosulys, gerklės skausmas, dusulys.
- 2.1.4. Patvirtintas gripo atvejis – gripo klinikinį apibūdinimą atitinkantis atvejis, patvirtintas laboratoriniais tyrimais.

## 2.2. Gripo komplikacijos

- 2.2.1. Pneumonija (pirminė virusinė, antrinė bakterinė arba mišrioji).
- 2.2.1.1. Pirminė virusinė pneumonija (būdinga aukšta temperatūra, dispnėja, cianozė, rentgenu nustatyta abipusė intersticinė infiltracija).
- 2.2.1.2. Antrinė bakterinė pneumonija. Po pirminio pagerėjimo atsiranda karščiavimas ir respiracinių simptomų (kosulys, skrepliavimas, rentgenu nustatyta infiltracija). Dažniausi sukėlėjai yra *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenza*.
- 2.2.1.3. Mišri virusinė ir bakterinė pneumonija.
- 2.2.2. Miozitas ir rabdomiolizė.
- 2.2.3. CNS pažeidimas (encefalopatija, encefalitas, skersinis mielitas, aseptinis meningitas, *Guillain-Barre* sindromas).
- 2.2.4. Miokarditas, perikarditas.
- 2.2.5. Toksinio šoko sindromas (dažniausiai esant *Staphylococcus aureus* superinfekcijai B tipo gripo infekcijos metu).

## 2.3. Gripo diagnostika

- 2.3.1. Gripas dažniausiai diagnozuojamas epidemijų metu atsižvelgiant į nusiskundimus ir epidemiologinius duomenis.
- 2.3.2. Pagrindinis laboratorinis gripo tyrimo metodas – gripo viruso nukleorūgštis nustatymas gerklės ir nosies sekrete PGR metodu. Šis tyrimas Lietuvoje atliekamas Nacionalinių tyrimų laboratorijoje Vilniuje. Tiriamoji medžiaga (gerklės ir nosies sekretas) turi būti paimta per 72 val. nuo simptomų pradžios.
- 2.3.3. Greitas antigeno testas yra atrankinis metodas, tačiau Lietuvoje kol kas netaikomas.

## 2.4. Gripo gydymas

- 2.4.1. Gripo simptomus turinti nėščioji ar gimdyvė turi būti izoliuojama.
- 2.4.2. Nėščiąją, kuriai laboratoriskai nustatomas gripas arba yra klinikinį simptomų, kiek galima greičiau reikia pradėti gydyti antivirusiniais vaistais [I-C]. Kadangi nėščiosioms labai svarbu kuo greičiau pradėti specifinį antivirusinį gydymą, jis skiriamas atsižvelgus į klinikinius ir

epidemiologinius požymius, nelaukiant laboratorinio patvirtinimo, net jei nėščioji buvo skiepyta nuo gripo. Anksti (iki 48 val. nuo simptomų pradžios) pradėtas gydymas yra efektyvesnis, negu pradėtas vėliau, tačiau antivirusinių vaistų reikia skirti ir vėliau negu po dviejų dienų nuo simptomų pradžios, ypač jei nėščiosios būklė yra sunki.

- 2.4.3. Antivirusinių medikamentų skiriama ir gimdyvėms, susirgusioms gripu iki 2 savaičių po gimdymo, taip pat 2 savaičių laikotarpiu po savaiminio persileidimo.
- 2.4.4. Skiriama neuraminidazės inhibitorių (oseltamiviro ar zanamiviro), kurie pagal FDA vaistų saugumo nėštumo metu klasifikaciją priklauso C kategorijai. Oseltamiviro skiriama vartoti po 75 mg du kartus dienoje 5 paras. Zanamiviras gali sukelti bronchospazmą, todėl jo negalima vartoti astma sergančioms moterims. Labai svarbu sunormalinti nėščiosios temperatūrą (skirti acetaminofeno). Būtina, kad moteris vartotų reikiamą skysčių kiekį.

## 2.5. Gripo profilaktika

- 2.5.1. Vakcinacija yra pati efektyviausia priemonė, apsauganti nuo gripo ir jo sukeltamų komplikacijų.
- 2.5.2. PSO nuo 2005 m. rekomenduoja skiepyti visas nėščiąsias bet kuriuo nėštumo laikotarpiu [I-A]. 5.3. Imuninė reakcija atsiranda po 2 savaičių, todėl naudingiausia skiepyti prieš gripo sezono pradžią.
- 2.5.3. Skiepyti inaktyvuota gripo vakcina.
- 2.5.4. Imunogeninis gripo vakcinės poveikis nėščioms moterims nesiskiria nuo poveikio atitinkamo amžiaus nenėščioms moterims.
- 2.5.5. Inaktyvuotos gripo vakcinės yra saugios ir nesukelia šalutinių poveikių besilaukiančioms nei jų vaisiui.
- 2.5.6. Dažniausiai Europoje vartojamų inaktyvuotų gripo vakcinų sudėtyje nėra nei tiomersalio nei adjuvantų.
- 2.5.7. Lietuvoje nėščiosios nuo gripo skiepijamos valstybės lėšomis.
- 2.5.8. Nėščiųjų vakcinacija dėl transplacentinio antikūnų perdavimo apsaugo nuo gripo naujagimius ir kūdikius, o taip pat sumažina nėštumo komplikacijų riziką.
- 2.5.9. Nuo gripo paskiepytos nėščiosios 36 proc. rečiau susergera infekcinėmis kvėpavimo takų ligomis, o jų kūdikiai – 63 proc. rečiau susergera laboratoriškai patvirtintu gripu. 2014 m. atliktos sisteminės apžvalgos ir kohortinių studijų meta-analizės duomenimis, H1N1 ir sezoninio gripo vakcinės respiracinių ligų dažnį nėščiosioms sumažino atitinkamai 89 proc. ir 24 proc.
- 2.5.10. Išimtiniais atvejais, jeigu neskiepyta nėščia moteris turi glaudų kontaktą su sergančiuoju gripu, gali būti skiriama poekspozicinė chemoprofilaktika zanamiviru (po 10 mg 1 kartą per dieną 10 d.) [2-C].
- 2.5.11. Gripu sergančios gimdyvės pagimdytas sveikas naujagimis turi būti izoliuojamas:
  - 2.5.11.1. iki 48 val. nuo motinos antivirusinių vaistų vartojimo pradžios;
  - 2.5.11.2. iki tol, kol motina nebekarščiuoja be antipiretikų 24 val.;
  - 2.5.11.3. motina pajėgi laikytis kosulio ir čiaudėjimo higienos.
- 2.5.12. Žiemos metu nėščiosios daug laiko praleidžia uždaroje patalpoje, kur yra puikios sąlygos plisti gripo virusams. Rekomenduojama:
  - 2.5.12.1. dažnai plauti rankas;

- 2.5.12.2. vengti sąlyčio su sergančiais asmenimis;
- 2.5.12.3. vengti masinio žmonių susibūrimo vietų;
- 2.5.12.4. kosint ir čiaudint prisidengti burną;
- 2.5.12.5. neplautomis rankomis stengtis neliesti akių, nosies ir burnos;
- 2.5.12.6. gerai vėdinti patalpas, gerti daug skysčių;
- 2.5.12.7. susirgus kreiptis į sveikatos priežiūros įstaigą.

### 3. VĖJARAUPIAI

#### **Kodas pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją TLK 10**

O98.5 - Kitos virusinės ligos, komplikuojančios nėštumą, gimdymą ir laikotarpį po gimdymo

B01 - Vėjaraupiai

- B01.0 - Vėjaraupių sukeltas meningitis
- B01.1 - Vėjaraupių sukeltas encefalitas
- B01.2 - Vėjaraupių sukelta pneumonija
- B01.8 - Vėjaraupiai su kitomis komplikacijomis
- B01.9 - Vėjaraupiai be komplikacijų

Vėjaraupiai – tai ūminė virusinė liga, kurią sukelia *Varicella zoster* virusai (VZV), priskiriami *Herpes* virusų šeimai. Virusas sparčiai plinta per orą ir tiesioginio kontakto būdu. Apie 80-90 proc. suaugusių žmonių turi imunitetą vėjaraupiams. Po kontakto su vėjaraupiais sergančiu ligoniu 60 – 95 proc. neturinčių imuniteto asmenų suserga šia infekcine liga. Vėjaraupiai nėštumo metu yra reta liga, diagnozuojama 0,7 – 3 iš 1000 nėščių moterų. Susirgus vėjaraupiais pirmuoju nėštumo laikotarpiu persileidimo rizika nepadidėja.

#### **3.1. Vėjaraupių klinika**

- 3.1.1. Inkubacinis periodas yra 10 – 20 dienų, po to atsiranda makulopapulinis ir pūslelinis pereinantis išbėrimas, gali būti karščiavimas, bendrasis silpnumas.
- 3.1.2. Vėjaraupiais galima užkrėsti kitą asmenį likus 1 – 2 dienoms iki išbėrimo atsiradimo ir iki tol, kol vietoj pūslelių atsiranda šašai (paprastai per 3 – 7 dienas).
- 3.1.3. VZV nėščiajai gali sukelti pneumoniją, encefalitą, hepatitą. Nėštumo metu 5 – 10 proc. atvejų pasireiškia vėjaraupių komplikacija pneumonija. Dažniausiai pneumonija atsiranda jei vėjaraupiais susergama trečiuoju nėštumo laikotarpiu, ypač jei nėščioji serga lėtine obstrukcine plaučių ar kita liga, rūko, vartoja imuninę sistemą slopinančių vaistų ar jei vėjaraupių išbėrimo elementų odoje daugiau nei 100. Trečiuoju nėštumo laikotarpiu mirties nuo komplikacijų rizika taip pat yra didesnė negu antruoju laikotarpiu. Mirštamumas, kol nebuvo vartojama antivirusinių vaistų, buvo 20 – 45 proc., taikant antivirusinį gydymą sumažėjo iki 3 – 14 proc.
- 3.1.4. Vaisius VZV nėštumo metu užkrečiamas transplacentiniu (hematogeniniu) keliu.
- 3.1.5. VZV gali sukelti įgimtą vaisiaus vėjaraupių sindromą. Įgimtam vaisiaus vėjaraupių sindromui būdinga odos randai, mikroftalmija, chorioretinitas, katarakta, galūnių hipoplazija, augimo atsilikimas, nervų sistemos pažeidimas (kortikalinė atrofija,

mikrocefalija, protinis atsilikimas). Įgimtas vėjaraupių sindromas yra reta patologija. Pirmuoju nėštumo laikotarpiu susirgus vėjaraupiais, įgimto vaisiaus vėjaraupių sindromo rizika yra 0,5 proc. Jei motina vėjaraupiais susirgo 13 – 28 nėštumo savaitę, įgimto vaisiaus vėjaraupių sindromas nustatomas 1 – 2 proc. naujagimių. Užsikrėtus vėjaraupiais po 28 nėštumo savaitės, įgimto vaisiaus vėjaraupių sindromo nėra aprašyta.

- 3.1.6. Didžiausia naujagimių vėjaraupių rizika tada, kai motina serga vėjaraupiais likus 5 – 7 dienoms iki gimdymo ir po jo. Naujagimiai transplacentiniu arba tiesioginio kontakto būdu užsikrečia VZV, todėl pasireiškia diseminuota infekcija, mirštamumas – 25 – 30 proc.

### **3.2. Vėjaraupių diagnostika**

- 3.2.1. Vėjaraupiai dažniausiai diagnozuojami remiantis klinikiniais simptomais.
- 3.2.2. Infekciją galima patvirtinti laboratoriniais tyrimais: pūslytėse ir vaisiaus vandenyse PGR būdu galima nustatyti viruso DNR, rečiau išskiriant ląstelių kultūroje ar nustatant viruso antigeną imunofluorescenciniu būdu.
- 3.2.3. Retrospektyviai diagnozė gali būti nustatoma, jeigu buvusiai seronegatyviai moteriai nustatoma VZV IgG antikūnų.
- 3.2.4. Praėjus 5 savaitėms po infekcinės ligos, turėtų būti atliekamas išsamus vaisiaus ultragarsinis tyrimas.

### **3.3. Vėjaraupių gydymas**

- 3.3.1. Gydymas simptominis, labai svarbi asmens higiena.
- 3.3.2. Jei nėščioji suserga vėjaraupiais po 20 nėštumo savaitės, rekomenduojama gydyti acikloviru (pageidautina pradėti per 24 val. nuo simptomų pradžios). Šis preparatas pagal FDA vaistų saugumo nėštumo metu klasifikaciją priskiriamas B kategorijai. Acikloviras prasiskverbia per placentą ir patenka į vaisiaus audinius, virkštelės kraują, vaisiaus vandenį. Jis inhibuoja viruso replikaciją, taip sumažina viremiją, todėl sumažėja transplacentinis viruso patekimas į vaisių. Acikloviro profilaktiškai nėščioms moterims, turėjusioms kontaktą su sergančiuoju vėjaraupiais, neskiriama. Geriamojo acikloviro dozė – 800 mg 5 kartus per dieną 7 dienas, į veną – 10 – 20 mg/kg kūno svorio kas 8 val. Ar acikloviro dėl galimo teratogeninio poveikio galima vartoti pirmuoju nėštumo laikotarpiu, sprendžiama individualiai.
- 3.3.3. Jei nėščioji sirgo vėjaraupiais likus 7 dienoms iki gimdymo ir 7 dienų laikotarpiu po jo, naujagimiui turi būti skiriama 125 TV *Varicella zoster* imunoglobulino (VZIG) [B].
- 3.3.4. Nėščią moterį susirgusią vėjaraupiais, reikia atskirti nuo kitų nėščiųjų bei naujagimių ir kitų asmenų, neturinčių imuniteto šiai infekcijai, ir laikyti palatoje su neigiamu slėgiu (palata su mažesniu, palyginti su gretimų patalpų, oro slėgiu), jei nėra galimybės – vienvietėje palatoje su atskiru sanitariniu mazgu. Palatos durys visą laiką turi būti uždarytos. Jeigu pacientė išvedama ar išvežama iš palatos, jai uždedama medicininė kaukė. Po gimimo naujagimio nuo motinos izoliuoti nėra būtina.

### 3.4. Vėjaraupių profilaktika

- 3.4.1. Nėščios moterys turi vengti kontakto su asmenimis sergančiais vėjaraupiais.
- 3.4.2. Jeigu moteris, turėjo artimą kontaktą (*face to face*) su sergančiuoju 5 min. ar buvo vienoje patalpoje su juo daugiau nei 15 min., reikėtų iširti, ar nėra VZV antikūnų, jei nerandama – kiek įmanoma greičiau (96 val. laikotarpiu) reikia paskirti VZIG [C]. Į raumenis injekuojama 125 TV/10 kg kūno svorio, maksimali dozė – 625 TV. Jeigu po kontakto VZIG nepaskirta, nėščiąją 3 savaites reikia stebėti, ar nėra infekcijos ir atsiradus jos požymių gydyti acikloviru.
- 3.4.3. Rekomenduojama aktyvi imunizacija (vakcinacija) iki nėštumo moterims, kurios nėra sirgusios ar nežino, ar sirgo vėjaraupiais. Tokioms moterims rekomenduojama atlikti VZV IgG tyrimą ir jeigu antikūnų nerandama, rekomenduojama vakcinacija. Skiepijama 2 dozėmis (antroji dozė suleidžiama po 6 – 10 savaičių). Po vakcinacijos serokonversija 97 proc., imunitetas išlieka apie 20 metų. Po vakcinacijos rekomenduojama 1 – 3 mėn. nepastoti. Netyčia paskiepijus nėščią moterį, nėštumo nutraukti nereikia.

## 4. HEPATITAS B

### Kodas pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją TLK 10

O98.4 - Virusinis hepatitas, komplikuojantis nėštumą, gimdymą ir laikotarpį po gimdymo  
B16 – Ūminis hepatitas B

B16.0 - Ūminis hepatitas B su delta veiksnium (lydinčia infekcija) su hepatine koma

B16.1 - Ūminis hepatitas B su delta veiksnium (lydinčia infekcija) be hepatinės komos

B16.2 - Ūminis hepatitas B be delta veiksnio su hepatine koma

B16.9 - Ūminis hepatitas B be delta veiksnio ir be hepatinės komos

B18 – Lėtinis virusinis hepatitas

B18.0 – Lėtinis virusinis hepatitas B su delta veiksnium

B18.1 - Lėtinis virusinis hepatitas B be delta veiksnio

B18.9 - Lėtinis virusinis hepatitas, nepatikslintas

B19 – Nepatikslintas virusinis hepatitas

B19.0 – Nepatikslintas virusinis hepatitas su hepatine koma

B19.9 - Nepatikslintas virusinis hepatitas be hepatinės komos

Hepatitas B (HB) – tai hepatito B viruso sukeltas ūminis arba lėtinis kepenų uždegimas. Hepatito B sukėlėjas priklauso *Hepadnaviridae* šeimai ir yra sudarytas iš dviejų DNR grandžių.

Lietuva pagal HB infekcijos paplitimą priskiriama vidutinio endemiškumo zonai, apie 2 – 7 proc. gyventojų turi HB infekcijos žymenų. Susirgusiųjų ūminiu HB 5 – 10 proc. ne pasveiksta, bet susergera lėtine šios ligos forma. Ūminiu HB susergera 1 – 2 iš 1000 nėščiųjų, lėtiniu sergera 5 – 10 iš 1000 nėščiųjų. Sergančiųjų HB 80 proc. yra HBeAg(–).

HB rizikos veiksniai:

- daug lytinių partnerių;
- profesiniai veiksniai (ypač darbas hemodializės skyriuje);



- intraveninių narkotikų vartojimas;
- buvęs kraujo perpylimas.

HBV perdavimo būdai:

- parenterinis (susilietus su užkrėstu krauju, tatuiruojant, veriant auskarus, leidžiantis narkotikus užkrėstomis adatomis, švirkštais ir kt.);
- lytinis;
- perinatalinis.

Perinataliniu laikotarpiu HBV dažniausiai perduodamas vertikaliuoju būdu (dažniausiai – gimdant, rečiau – nėštumo metu). Jei ūmiu hepatitu susergama pirmuoju ar antruoju nėštumo trečdaliu, perinatalinio HBV infekcijos perdavimo rizika yra 10 proc., trečiuoju – 75 proc.

Lėtinio hepatito B atveju infekcijos perdavimo dažnis neskiepytiems naujagimiams labai įvairus (95 – 5 proc.) ir labiausiai priklauso nuo motinos HBV DNR koncentracijos ir HBV antigenų:

- kai motina HBsAg ir HBeAg nešiojoja, vertikalaus infekcijos perdavimo rizika – 65 – 90 proc.
- kai motina yra tik HBsAg nešiojoja, o HBeAg neaptinkama, HBV infekcijos perdavimo naujagimiui rizika žymiai mažesnė – apie 10 – 40 proc.

Naujagimiai, užsikrėtę nuo motinos perinataliniu laikotarpiu dažniausiai serga besimptome forma ir turi 82 proc. lėtinės infekcijos riziką. Apie 90 proc. neskiepytų naujagimių, užsikrėtę HBV, tampa viruso nešiotojais.

Nei ūminės HBV infekcijos atveju, nei lėtiniu hepatitu sergančioms nėščiosioms, jei nėra cirozės ir kepenų veiklos sutrikimo požymių, nėštumo nutraukti nereikia. HBV teratogeninio poveikio neturi.

Visas nėščiasias ūminės ir lėtinės HBV infekcijos atveju reikia siųsti pas infekcinių ligų gydytoją konsultuotis.

#### **4.1. Patogenezė**

HBV per kraują patenka į kepenis ir dauginasi hepatocituose. Virusas tiesiogiai kepenų ląstelių nepažeidžia. Kepenis pažeidžia imuninė reakcija: citotoksiniai T limfocitai ardo infekuotus hepatocitus ir sunaikina virusus. Virusus taip pat inaktyvina pasigaminę antikūnai, kurie su HBV sudaro imuninius kompleksus, galinčius pažeisti hepatocitų membranas, kraujagyslių endotelį, sąnarius, odą. Nuo imuninės reakcijos priklauso HB klinika.

#### **4.2. Klinika**

4.2.1. HB eiga gali būti ūminė ir lėtinė.

4.2.2. 50 – 60 proc. užsikrėtusiųjų HBV infekcija nusiskundimų neturi.

4.2.3. Klinikiniai simptomai dažniausiai pasireiškia praėjus 2 – 6 mėnesiams po užsikrėtimo. Dažniausi simptomai: didelis bendrasis silpnumas, sąnarių skausmas, apetito stoka, pykinimas, kartumas burnoje, karščiavimas, patamsėjęs šlapimas (alaus spalvos), skausmas ar diskomfortas dešinėje pašonėje, akių ir odos pageltimas.

4.2.4. Jei ūminis HB yra simptominis, dėl geltos ir intoksikacijos vaisius gali žūti, gali prasidėti gimdymas.

4.2.5. Antroje nėštumo pusėje HB gali komplikuo­ti: pasireiškia ūminis kepenų nepakankamumas, didelė kepenų nekrozė, encefalopatija, koma, nėščioji gali mirti.

### **4.3. Diagnostika**

4.3.1. HB diagnostika patvirtinama serologiniais tyrimais nustatant specifinius antigenus ir antikūnus.

4.3.2. Ūminės infekcinės ligos pradžioje serume randama daug HBsAg, HBeAg ir HBV DNR, bei prieš HbcAg ir HBeAg antikūnų. HBsAg antikūnų atsiradimas rodo ūminės ligos fazės pabaigą.

4.3.3. HBsAg persistencija ilgiau nei 6 mėnesius rodo, kad yra lėtinė HBV infekcinė liga.

4.3.4. Papildomi tyrimai: aminotransferazių ir kitų kepenų fermentų tyrimai, bendro bilirubino, jo frakcijų bei albuminų koncentracija, baltymų frakcinis tyrimas, kreatinino ir šlapalo koncentracija, protrombino indeksas, alfafetoproteinas, pilvo organų ultragarsinis tyrimas.

### **4.4. Gydy­mas**

4.4.1. Nėščiosios, sergančios lengvo ir vidutinio sunkumo ūminiu HB, gali būti gydomos ambulatoriškai. Rekomenduojama vartoti daug skysčių. Sunkios eigos atveju (jei vemiamas, yra dehidratacija arba atsiranda kepenų nepakankamumo požymių) guldama į specializuotą skyrių. Ligonės izoliuoti nereikia.

4.4.2. Pacientės, sergančios lėtiniu HB, gydomos atsižvelgiant į tris pagrindinius kriterijus: serumo HBV DNR koncentraciją, aminotransferazių kiekį ir histologinį aktyvumą bei fibrozės stadiją. Jei lėtinį HB imuninė sistema toleruoja, liga mažai aktyvi ar neaktyvi, rekomenduojamas tik stebėjimas.

4.4.3. Specifinis antivirusinis gydymas gali būti skiriamas, jei virusų yra daug. Gali būti skiriama ir kitų antivirusinių vaistų. Vieningų specifinio gydymo nėštumo metu rekomendacijų nėra, kiekvienu atveju reikėtų spręsti individualiai.

4.4.4. Lėtinis virusinis HB, neišgydomas, tačiau liga gali būti kontroliuojama.

### **4.5. Profilaktika**

4.5.1. Vakcinacija yra patikimas apsaugos nuo HBV infekcijos būdas. Vakcina nuo HB užtikrina ilgalaikį imunitetą, o jei paskiepytojo organizme liaujasi cirkuliu­vę antikūnai, organizmo apsaugą užtikrina imuninės atminties mechanizmai.

4.5.2. Visų nėščiųjų patikra dėl HBsAg pirmojo antenatalinio apsilankymo metu. Nėščiąją rekomenduojama tirti nepriklausomai nuo atliktos vakcinacijos ir būtinai kiekvieno nėštumo metu. Reikėtų tirti ir tais atvejais, jei anksčiau HBsAg aptikta nebuvo. Visuotinė patikra, efektyvi naujagimio imunoprofilaktika padeda išvengti infekcijos perdavimo naujagimiui [A].

4.5.3. Jei nėščioji turi HB rizikos veiksnių, rekomenduojama HBsAg tyrimą pakartoti trečiuoju nėštumo laikotarpiu.

4.5.4. Patikros metu nustatčius HBsAg antigeną, nėščioji siunčiama infektologo konsultacijai, kuris atlieka tyrimus, padedančiu įvertinti perinatalinės transmisijos riziką: HBeAg, anti-HBc,

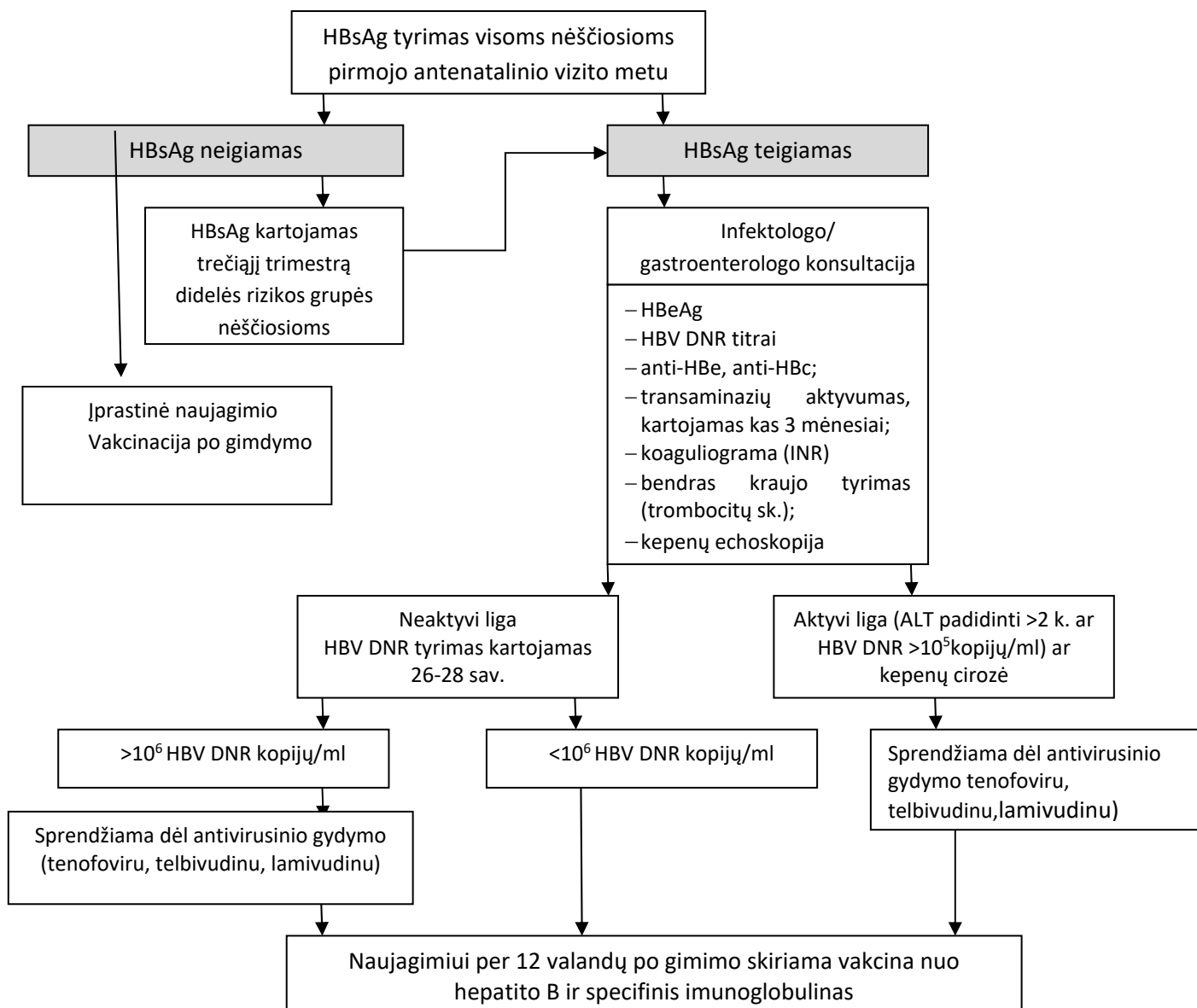
HBV-DNR, ALT, AST tyrimai, koagulograma, kepenų echoskopija), radus HBV-DNR – tyrimas kartojamas 26 – 28 nėštumo savaitę (tiria infektologai).

- 4.5.5. Intrauterinės ir perinatalinės HBV infekcijos prevencijai, kai motinos HBV DNR koncentracija kraujyje yra  $>10^6$  kopijų/ml, kartu su aktyvia ir pasyvia naujagimio imunizacija, nėščiajai nuo 28 – 32 sav. gali būti skiriami lamivudinas, telbivudinas ar tenofoviras (skiria infektologai) [B].
- 4.5.6. Jei nėščioji yra HBsAg(+), rekomenduojama iširti buitinius kontaktus ir lytinius partnerius (ar nėra HB), neimunizuotus ir nesergančius – vakcinuoti.
- 4.5.7. Vakcinacija nėštumo metu siūloma, jei yra didelė HB rizika. Jei nėščioji turėjo galimybę užsikrėsti HBV, reikia iširti HBsAg antikūnus. Jei imuniteto neturi (anti-HBs  $< 10$  TV/ml), reikia skiepyti HB vakcina ir injekuoti HB 400 TV imunoglobulino per 72 val. (geriausia per 24 val.) nuo galimo kontakto. HB vakcina ir HB imunoglobulinas gali būti vartojamas nėštumo ir žindymo metu. HB vakcina neturi gyvų virusų. Jokio šalutinio poveikio vaisiui, jei skiepijama nėštumo metu. Toliau vakcina skiriama po 1 ir 6 mėn. Jei užsikrėtimas įvyko lytiniu keliu, nevartoti HBV imunoglobulino praėjus 2 savaitėms po lytinio kontakto.
- 4.5.8. Amniocentezė ir choriono gaurelių biopsija nedidina vertikalaus perdavimo rizikos. Tačiau manoma, kad amniocentezė yra saugesnė procedūra nei choriono gaurelių biopsija. Jei galima, ir amniocentezės reikėtų vengti.
- 4.5.9. Cezario pjūvio operacija HBV infekuotai gimdyvei dėl infekcijos perdavimo prevencijos nerekomenduojama. Gimdymo metu rekomenduojama vengti kraujo tyrimo iš pirmeigės vaisiaus dalies, tiesioginės kardiografijos, ilgo bevandenio laikotarpio ir ilgo gimdymo (ypač jei yra nustatyta didelė HBV DNR koncentracija).
- 4.5.10. Naujagimiai, kurių motinos infekuotos HBV, po gimimo per 12 valandų turi būti vakcinuoti nuo hepatito B ir suleista specifinio imunoglobulino. Jei motina netirta dėl HBV, vakcina turi būti suleista per 12 val., o imunoglobulinas – jei nustatoma, kad motina infekuota, ne vėliau kaip iki 7 paros.
- 4.5.11. Hepatito B viruso transmisijos riziką veiksmingai mažina tik kartu paskirta vakcina ir imunoglobulinas, o vien vakcina ar imunoglobulinas pasižymi daug mažesniu veiksmingumu. Vien tik vakcinės veiksmingumas yra dukart mažesnis nei vakcinės ir imunoglobulino derinys.
- 4.5.12. Jei naujagimiui laiku ir tinkamai skirta HB vakcina ir HB imunoglobulinas, įrodymų, kad cezario pjūvio operacija sumažintų viruso perdavimo riziką, nepakanka.

## **4.6. Žindymas**

- 4.6.1. Sergančios HB moterys žindyti gali, jei naujagimiui tinkamai skirta vakcina ir imunoglobulinas.

#### 4.7. Priežiūros algoritmas



### 5. LYTINIŲ ORGANŲ *HERPES SIMPLEX* INFEKCIJA

**Kodas pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją TLK 10**

O98.3 - Kita dažniausiai lytiniu keliu plintanti infekcija, komplikuojanti nėštumą, gimdymą ir laikotarpį po gimdymo

A60 - Išangės ir lyties organų (anogenitalinės) pūslelinės virusų [herpes simplex] sukeltos infekcijos

A60.0 - Pūslelinės (herpes) virusų sukelta lyties organų bei šlapimo ir lytinių takų infekcija

A60.1 - Pūslelinės (herpes) virusų sukelta išangės (perianalinės) odos ir tiesiosios žarnos infekcija

A60.9 - Pūslelinės (herpes) virusų sukelta išangės ir lyties organų infekcija, nepatikslinta

N77.0 - Vulvos išopėjimas sergant infekcinėmis ir parazitinėmis ligomis, klasifikuojamomis kitur

N77.1 - Vaginitas, vulvitas ir vulvovaginitas sergant infekcinėmis ir parazitinėmis ligomis, klasifikuojamomis kitur

Lytines organų *Herpes simplex* virusinę (HSV) infekciją sukelia dviejų tipų virusai HSV-1 ir HSV-2, priklausantys *Herpes viridae* šeimai. Lytinių organų infekciją dažniau sukelia HSV-2. HSV infekcija yra labiausiai paplitusi lytiniu keliu perduodama infekcija. HSV antikūnų turi 98 – 99 proc. suaugusiųjų žmonių. Viena iš penkių moterų turi serologinių HSV-2 žymenų. 0,5 – 2 proc. moterų HSV-1 arba HSV-2 užsikrečia nėštumo metu.

Rizikos veiksniai:

- daug lytinių partnerių;
- nesaugūs lytiniai santykiai;
- kitos lytiniu keliu plintančios infekcijos turėjimas;
- lytiniai santykiai su HSV(+) partneriu.

Perdavimo būdai:

- lytinis;
- tiesioginis kontaktas;
- perinatalinis.

Perinataliniu būdu pirminės lyties organų HSV infekcijos atveju rizika perduoti infekciją naujagimiui yra 30–50 proc. Pasikartojančios lyties organų pūslelinės atvejais perdavimo rizika naujagimiui yra 1–3 proc. Vaisius gali užsikrėsti gimdoje (5 proc.), gimdymo metu (85 proc.) ir po gimimo (10 proc.). Naujagimių užkrėtimo HSV dažnumas pasaulyje įvairuoja: vienur užkrečiamas vienas naujagimis iš trijų tūkstančių, kitur – vienas iš šimto tūkstančių. Naujagimių infekciją 70 proc. sukelia HSV-2, 30 proc. – HSV-1. Dauguma HSV infekuotų naujagimių gimsta motinoms, nežinančioms kad turi šią infekciją.

Užsikrėtus virusas organizme lieka visą gyvenimą. Daugumai užkrėstųjų per visą gyvenimą liga praeina be simptomų, kadangi vienu metu su pažeidimu žmogaus organizmas pradeda gaminti antikūnus, kurie neleidžia virusui aktyviai daugintis. Virusas organizmo ląstelėse tūno nepastebimas ir neaktyvus. Jo reaktyvacija gali pasireikšti būdingais simptomais, tačiau dažniau praeina be jokių klinikinių simptomų. Dažnai viruso reaktyvacija įvyksta spontaniškai, be jokių provokuojamųjų veiksnių. Kliniškai pasireiškianti reaktyvacija gali būti susijusi su fiziniu ar emociniu stresu, ultravioletinių spindulių poveikiu, staigiu aplinkos temperatūros pokyčiu, audinių pažeidimu ar imunine supresija. Lyties organų HSV recidyvai dažniausiai nėra asimptominiai, tačiau dažniau yra tiesiog neatpažįstami ir nediagnozuojami.

## 5.1. Patogenezė

Užsikrėtimo metu nuo infekuoto žmogaus didelis virusų kiekis patenka ant sveiko žmogaus gleivinės arba odos. Virusas prilimpa prie epitelio ląstelių, patenka į ląstelės branduolį ir priverčia ląstelę gaminti viruso DNR. Iš epitelinės ląstelės virusai patenka į kraują ir yra išnešiojami. Inkubacinis periodas trunka iki 2 savaičių. HSV būdinga apsigyventi nervinėse ląstelėse (pasireiškia neurotropizmas). Per juntamuosius nervus HSV patenka į nervinius ganglijus, kur ir gyvena daugelį metų visiškai nepasireikšdami. Aktyvuotas virusas iš nervinio mazgo juntamaisiais nervais plinta į atitinkamai inervuojamą odos paviršių, kuriame ima daugintis ir iš naujo pažeidžia odą. Po 12 – 24 valandų atsiranda būdingų grupinių pūslelių. Per 2 – 4 dienas jos susilieja ir po poros savaičių išnyksta.

## 5.2. Klinika

5.2.1. Lyties organų HCV infekcija skirstoma į tris grupes.

5.2.1.1. Pirmasis pirminės infekcijos epizodas (užsikrėtimo metu nėščioji neturi serologinių HSV žymenų).

5.2.1.2. Pirmasis nepirminės infekcijos epizodas (užsikrėtimo metu nėščioji jau turi vieną iš viruso tipų antikūnų, užsikrėtimas įvyko kito tipo virusu).

5.2.1.3. Infekcijos recidyvas (motina turi antikūnų to viruso, kuris ir yra išskiriamas iš pažeidimo vietos).

5.2.2. Pirmasis lyties organų HSV infekcijos epizodas turi aiškius klinikinius simptomus: po 3 – 9 dienų po lytinio kontakto su infekuotu partneriu atsiranda skausmingų, grupinių pūslelių makšties įeigoje, aplink šlaplės angą, tarpvietėje, išangės srityje. Gali būti karščiavimas, galvos skausmas, bendrasis negalavimas, raumenų skausmas, šlapinimosi sutrikimas, niežėjimas, išskyros iš šlaplės, kirkšnies limfadenitas. Ligos trukmė 2 – 3 savaitės.

5.2.3. Atsinaujinusi HSV būdingas pūslelinis išbėrimas lyties organuose, simptomų trukmė iki vienos savaitės.

5.2.4. Galimos nėštumo komplikacijos – savaiminis persileidimas, prieššlaikinis gimdymas, vaisiaus augimo sulėtėjimas ar žuvimas.

## 5.3. Diagnostika

5.3.1. HSV infekcija diagnozuojama remiantis klinikiniais simptomais.

5.3.2. Diagnozė gali būti tikslinama virusologiniais ir serologiniais tyrimais, nustatant specifinius imunoglobulinus:

5.3.2.1. jei IgM(+), IgG (-) – pirminė infekcija;

5.3.2.2. jei IgM(+), IgG (+) – pirminė infekcija, reikia atlikti avidiškumo testą;

5.3.2.3. jei IgM(-), IgG (+) – atsinaujinusi infekcija;

5.3.3. Visuotinė nėščiųjų patikra dėl HSV nerekomenduojama [C].

## 5.4. Gydyimas

- 5.4.1. Gydoma antivirusiniais vaistais: acikloviru, famcikloviru, valacikloviru. Acikloviras ir valacikloviras yra saugūs medikamentai. Duomenų dėl saugaus famcikloviro vartojimo nėštumo metu nepakanka. Gali būti skiriamas vietinis simptominis skausmą malšinantis gydymas.
- 5.4.2. Jei HSV infekcija yra diseminuota arba sunkios eigos, į veną kas 8 val. 5 – 7 dienas leidžiama 5 – 10 mg/kg kūno svorio acikloviro, kol pasiekiamas kliniškinis pagerėjimas. Po to skiriama peroralinė terapija, iš viso gydoma 10 dienų.
- 5.4.3. Rekomenduojamų vaistų dozės, vartojimo būdas ir gydymo trukmė pateikiami 1 priede.

## 5.5. Profilaktika

- 5.5.1. Asmeninė ir lytinė higiena: kruopščiai plauti rankas, vengti nesaugių lytinių santykių.
- 5.5.2. Naujagimio HSV infekcijos profilaktikos rekomendacijos:
  - 5.5.2.1. Visas nėščiąsias paklausti, ar yra sirgusios lyties organų HSV infekcine liga, ar sirgo lytinis partneris.
  - 5.5.2.2. Atsiradus HSV bėrimams lytiniuose organuose bet kuriuo nėštumo laikotarpiu, nepriklausomai nuo to ar tai pirminė ar ne pirminė ar rekurentinė infekcija, rekomenduojamas antivirusinis supresinis gydymas nuo 36 nėštumo savaitės iki gimdymo (acikloviro po 400 mg x3/d p/o) [AI].
  - 5.5.2.3. Jei pirminė infekcija pasireiškė trečiuoju nėštumo laikotarpiu (po 28 nėštumo savaitės, ypač likus 6 savaitėms iki gimdymo), rekomenduojamas cezario pjūvis [BII], nes tokia operacija sumažina infekcijos perdavimo naujagimiui riziką.
  - 5.5.2.4. Jei HSV pažeidimas yra lytinių organų srityje, rekomenduojama nėštumą užbaigti CPO [BIII].
  - 5.5.2.5. Aktyvi HSV infekcija ne lyties organų srityje nėra CPO indikacija.
  - 5.5.2.6. Pakankamai įrodymų, kad HSV pažeidimas tarpvietės srityje sukeltų vaisiaus infekcinę ligą, jei nuteka vaisiaus vandenys, nėra.

## 5.6. Žindymas

- 5.6.1. Žindyti susirgus lyties organų HSV infekcine liga galima, išskyrus tuos atvejus, kai yra krūtų spenelio pažeidimas.
- 5.6.2. Acikloviro ir valacikloviro žindymo metu vartoti galima, piene šių medikamentų koncentracija būna maža.

## 6. RAUDONUKĖ

### Kodas pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją TLK 10

O35.3 - Gimdyvės priežiūra dėl (įtariamo) vaisiaus pažeidimo motinai sergant virusine liga  
Gimdyvės priežiūra dėl (įtariamo) vaisiaus pažeidimo motinai sergant:  
citomegalovirusine infekcija

raudonuke

O98.5 Kitos virusinės ligos, komplikuojančios nėštumą, gimdymą ir laikotarpį po gimdymo  
B06 – Raudonukė

B06.0 - Raudonukė su neurologinėmis komplikacijomis

B06.8 - Raudonukė su kitomis komplikacijomis

B06.9 - Raudonukė be komplikacijų

Raudonukės sukėlėjas yra vienos grandies RNR virusas, priklausantis *Togavirus* šeimai.

Raudonuke vaikystėje būna persirgusios 75–85 proc. vaisingo amžiaus moterų.

Raudonukė yra labai užkrečiama virusinė infekcija. Perdavimo būdai:

- tiesioginis kontaktas;
- oro lašelinis būdas;

Incubacinis periodas yra 12 – 23 dienos, vidutiniškai 18 dienų. Infekcinis laikotarpis prasideda prieš 7 dienas iki išbėrimo ir tęsiasi 4 dienas po jo.

Vaisius užsikrečia hematogeniniu keliu. Naujagimis, turintis įgimtą raudonukę, virusą skleidžia metus ir ilgiau po gimimo.

## 6.1. Klinika

6.1.1. Praėjus savaitei po kontakto, atsiranda karščiavimas, bendrasis silpnumas, galvos, sąnarių, raumenų skausmas, konjunktyvitas, kaklo, užausinių limfmazgių padidėjimas. Po 5 – 10 dienų atsiranda difuzinis makulopapulinis išbėrimas, prasideda veide ir išplinta po visą kūną (išskyrus delnus). Išbėrimas trunka 1 – 3 dienas. Apie 50 proc. atvejų raudonukė nėštumo metu būna subklinikinės arba besimptomės formos.

6.1.2. Raudonukės virusas gali sukelti įvairių dauginių vaisiaus apsigimimų. Įgimtam raudonukės sindromui būdinga:

6.1.2.1. regos pakitimai: katarakta (75 proc.), glaukoma, pigmentinė retinopatija, mikroftalmija;

6.1.2.2. klausos pakitimai: klausos pažeidimas, kurtumas (50 proc.);

6.1.2.3. širdies ydos (50 proc.);

6.1.2.4. neurologiniai pakitimai: mikrocefalija, meningoencefalitas, protinis atsilikimas, elgesio sutrikimai;

6.1.2.5. kitų organų ir sistemų pažeidimas.

6.1.3. Užsikrėtus pirmuoju nėštumo laikotarpiu, vaisius pažeidžiamas 80 proc. atvejų. Jei raudonuke sergama 16 – 20 nėštumo savaitę, yra nedidelė įgimto kurtumo rizika. Po 20 savaitės vaisiaus pažeidimo rizika ypač maža (2 proc.), gali būti kurtumas ir retinopatija.

6.1.4. Kadangi raudonukės viruso sukeltų pakitimų pobūdis ir dažnis priklauso nuo nėštumo laiko, būtina žinoti, kuriuo nėštumo laikotarpiu užsikrėsta [II -3A].

6.1.5. Jeigu nėščioji turėjo kontaktą su žmogumi sergančiu raudonuke, arba atsiranda panašių į raudonukę simptomų, rekomenduojama įvertinti imunologinę būklę ir galimą įgimto raudonukės sindromo riziką [AIII].

6.1.6. Visas nėščiąsias, įtarus, kad yra raudonukė, turi konsultuoti infekcinių ligų gydytojas.



## 6.2. Diagnostika

- 6.2.1. Raudonukės diagnozė patvirtinama virusologiniu ir serologiniu tyrimu, nustatčius specifinius antikūnus IgM ir IgG. Serologinius tyrimus reikia kartoti praėjus 7–10 dienų po išbėrimo atsiradimo ir praėjus 2 – 3 savaitėms. Motinos raudonukės diagnozė turi būti patvirtinta serologiniu tyrimu [II-2A].
- 6.2.2. Serologiniai raudonukės žymenys:
  - 6.2.2.1. pirminė infekcija diagnozuojama, jei IgM(+), IgG (-);
  - 6.2.2.2. jei IgM(+), IgG (+) – pirminė infekcija, reikia stebėti titro augimą arba atlikti avidiškumo testą;
  - 6.2.2.3. jei IgM(-), IgG (+), yra imunitetas.

## 6.3. Gydymas

Specifinio raudonukės gydymo nėra. Gali būti skiriamas simptominis gydymas.

## 6.4. Profilaktika

- 6.4.1. Moterį, vaikystėje nesirgusią raudonuke ir planuojančią pastoti, rekomenduojama ištirti, ar yra raudonukės IgG ir IgM antikūnų. Jei tyrimo rezultatai neigiami, rekomenduojama vakcinacija [IA]. Po vakcinacijos patariama 28 dienas nepastoti.
- 6.4.2. Jei nėščia moteris buvo paskiepyta nėštumo pradžioje, arba pastojo iškart po skiepų, įgimto raudonukės sindromo rizikos nėra [BIII]. Pastojus šiuo laikotarpiu, nėštumo nutraukti nerekomenduojama.
- 6.4.3. Jei raudonuke susergama per pirmąsias 16 nėštumo savaitių, nėštumą reikėtų nutraukti.
- 6.4.4. Nėščiosioms, neturinčioms imuniteto, patariama vengti kontakto su raudonuke sergančiais asmenimis mažiausiai 7 dienas po išbėrimo, apriboti kontaktus su sergančiais ir galimai sergančiais asmenimis 6 savaites.
- 6.4.5. Vakcina nuo raudonukės yra gyva vakcina. Skiepyti nėštumo metu negalima, rekomenduojama pasiskiepyti po gimdymo [BIII].

## 6.5. Žindymas

Žindymas nėra vakcinacijos kontraindikacija.

# 7. CITOMEGALO VIRUSO INFEKCIJA

## Kodas pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją TLK 10

O35.3 - Gimdyvės priežiūra dėl (įtariamo) vaisiaus pažeidimo motinai sergant virusine liga

Gimdyvės priežiūra dėl (įtariamo) vaisiaus pažeidimo motinai sergant:

citomegalovirusine infekcija

raudonuke

O98.5 Kitos virusinės ligos, komplikuojančios nėštumą, gimdymą ir laikotarpį po gimdymo

B25 - Citomegalo viruso sukelta liga

B25.0 - Citomegalo virusų sukeltas pneumonitas

B25.1 - Citomegalo virusų sukeltas hepatitas

B25.2 - Citomegalo virusų sukeltas pankreatitas

B25.8 - Kitos citomegalo virusų sukeltos ligos

B25.9 - Citomegalo virusų sukelta liga, nepatikslinta

Citomegalo virusas (CMV) yra dviejų grandžių DNR virusas, priklausantis *Herpes viridae* šeimai.

Išsivysčiusiose šalyse 50 – 80 proc. vaisingo amžiaus moterų turi CMV antikūnų.

CMV yra vienas dažniausių mikroorganizmų, galinčių sukelti įgimtą infekciją, kurios paplitimas yra 0,2 – 2,2 proc. iš visų gyvų gimusių naujagimių.

Įgimta CMV infekcija randasi, kai nėščioji susergera CMV infekcine liga.

Pirminė infekcija – jei moteris iki nėštumo nebuvo užsikrėtusi CMV. Po persirgtos ligos virusas organizme pasilieka latentinės būklės visą gyvenimą.

Antrinė (atsinaujinanti) infekcija – jei įvyksta latentinės infekcijos aktyvacija anksčiau CMV antikūnų turėjusiai moteriai.

Reinfekcija – tai pakartotinis užsikrėtimas nauja CMV paderme anksčiau CMV antikūnų turėjusiai moteriai.

Serokonversija įvyksta 1 – 4 proc. nėščiųjų.

CMV užsikrečiama tiesioginio kontakto su organizmo skysčiais – seilėmis, šlapimu, motinos pienu, lytinių santykių metu. Galima užsikrėsti persodinus organus, perpylus kraują. Nėščiosios dažniausiai užsikrečia lytinių santykių metu ir nuo ikimokyklinio amžiaus vaikų. Pirminė infekcine liga susirgę vaikai virusą gali išskirti keletą mėnesių, infekuoti naujagimiai – 5 – 6 metus.

Virusai į vaisiaus arba naujagimio organizmą gali patekti per placentą, gimdymo metu arba pogimdyminiu laikotarpiu per motinos pieną. Pirminės infekcijos atveju intrauterinės transmisijos ir vaisiaus infekcijos rizika yra 30 – 40 proc., po gimimo komplikacijų rizika 20 – 25 proc. [II-2A].

Vaisiaus užsikrėtimo rizika, esant nėščiosios antrinei infekcijai, yra 1 proc.

Didžiausia tikimybė vaisiui perduoti CMV yra trečiuoju nėštumo laikotarpiu, kai nėščioji susergera pirmine CMV infekcine liga, tačiau rizika naujagimiui yra nedidelė. Tuo tarpu susirgus iki 20 nėštumo savaitės sunkios vaisiaus ir naujagimio infekcijos rizika yra didžiausia.

## 7.1. Klinika

7.1.1. Pirminė infekcija nėščioms moterims dažniausiai yra besimptomė. Retai gali būti nespecifinių simptomų, primenančių gripą ar infekcinę mononukleozę (karščiavimas, gerklės skausmas, poliartritas, padidėję kaklo ir pažandiniai limfmazgiai). Nėštumas ligos sunkumui įtakos neturi.

7.1.2. Reinfekcija kito potipio virusu ar pasikartojanti infekcija klinikinių simptomų dažniausiai nesukelia.

7.1.3. Įgimta naujagimio CMV infekcija gali pasireikšti keletu klinikinių simptomų ir požymių, nes CMV infekuoja ir dauginasi visose organizmo ląstelėse. Tiriant infekuotus CMV vaisius, nustatomi nekrozės židiniai kasoje, kepenyse, širdyje, inkstuose. Pažeidimai yra grįžtamieji, nes šie organai turi savybę regeneruoti. Tuo tarpu smegenų pažeidimai dažnai būna negrįžtamieji. Be įgimtos CMV infekcijos simptomų ir požymių gimsta 85 – 90 proc.

naujagimių, bet 5 – 15 proc. šių vaikų po gimimo per kelerius metus gali atsirasti psichomotorinės raidos, klausos ir regos sutrikimų.

7.1.4. Įgimtos CMV infekcijos atvejais 10 proc. naujagimių jau gimimo metu nustatomi klinikiniai požymiai:

- 7.1.4.1. intrauterinio augimo sulėtėjimas;
- 7.1.4.2. mikrocefalija;
- 7.1.4.3. hepatosplenomegalija;
- 7.1.4.4. petechinis išbėrimas;
- 7.1.4.5. gelta;
- 7.1.4.6. chorioretinitas;
- 7.1.4.7. trombocitopenija;
- 7.1.4.8. anemija.

## **7.2. Diagnostika**

7.2.1. Visuotinė nėščiųjų patikra dėl CMV nerekomenduojama [III-B].

7.2.2. Serologinis CMV tyrimas gali būti atliekamas nėščiosioms, jei atsiranda į gripą panašių simptomų arba ultragarsinio tyrimo metu randama vaisiaus pakitimų, leidžiančių įtarti, kad yra CMV infekcija [III-B].

7.2.3. Seronegatyvioms sveikatos apsaugos ir vaikų priežiūros įstaigų darbuotojoms gali būti pasiūlyta serologinė patikra nėštumo metu. Tokia patikra gali būti pasiūlyta ir seronegatyvioms nėščiosioms, prižiūrinčioms mažamečius vaikus [III-B].

7.2.4. CMV infekcijos diagnozė patvirtinama virusologiniu ir serologiniu tyrimu, nustatant specifinius antikūnus IgG ir IgM. Pirminės CMV infekcijos diagnozė nustatoma aptikus kraujyje specifinių IgG anksčiau seronegatyviai nėščiajai arba IgM, kai yra mažas IgG avidiškumas [II-2A]. Antrinė infekcija diagnozuojama, jei daugiau nei keturis kartus didėja IgG arba yra didelis IgG avidiškumas.

7.2.5. Vaisiaus CMV infekcija diagnozuojama nustatant viruso DNR vaisiaus vandenyse PGR metodu. Amniocentezė turėtų būti atliekama ne anksčiau kaip praėjus 7 savaitėms po motinos užsikrėtimo, ir po 21 nėštumo savaitės. Nustatyta, kad praėjus 5 – 7 savaitėms po vaisiaus užsikrėtimo CMV (viruso replikacija vyksta vaisiaus inkstuose) amniono vandenyse būna pakankamas virusų kiekis, kurį galima nustatyti PGR metodu [II-2A]. CMV DNR kiekio nustatymas padeda prognozuoti tolesnę vaisiaus raidą.

7.2.6. Ultragarsiniu tyrimu nustatomi vaisiaus CMV infekcijos požymiai:

- 7.2.6.1. vaisiaus augimo sulėtėjimas;
- 7.2.6.2. mikrocefalija;
- 7.2.6.3. ventrikulomegalija;
- 7.2.6.4. intrakranialinė kalcifikacija;
- 7.2.6.5. ascitas, skystis pleuros ertmėje;
- 7.2.6.6. vaisiaus vandenė;
- 7.2.6.7. oligohidramnionas, polihidramnionas;
- 7.2.6.8. žarnyno hiperechogeniškumas;
- 7.2.6.9. kepenų kalcifikacija.

- 7.2.7. Nustačiu CMV infekciją, vaisiaus ultragarsinį tyrimą reikia kartoti kas 2 – 4 savaites. Nustatyti pokyčiai padeda numatyti ligos prognozę. Net tais atvejais, kai nerandama jokių pokyčių, palanki baigtis negarantuojama.
- 7.2.8. Optimaliausias naujagimio įgimtos infekcijos diagnozavimo būdas yra CMV DNR išskyrimas iš šlapimo arba seilių PGR metodu per pirmąsias tris gyvenimo savaites (geriausiai per pirmąją gyvenimo savaitę).

### 7.3. Gydymas

Specifinio CMV infekcinės ligos gydymo nėra. Gali būti skiriamas simptominis gydymas.

### 7.4. Žindymas

CMV seropozityvioms gimdyvėms žindyti galima.

### 7.5. Profilaktika

Nėščiosioms patariama laikytis asmeninės higienos, vengti sąlyčio su kitų žmonių kūno skysčiais, ypač dirbančioms sveikatos priežiūros ir vaikų priežiūros įstaigose, laikytis lytinės higienos taisyklių.

## 2.PRIEDAI

1 priedas. Vaistai, dozės ir gydymo trukmė lyties organų HSV infekcijos atveju

*1 priedas. Vaistai, dozės ir gydymo trukmė lyties organų HSV infekcijos atveju*

Klinikinė forma	Vaisto dozė ir vartojimo būdas	Gydymo trukmė
Pirmasis lokalis infekcijos epizodas	400 mg acikloviro 3 k./d. (gerti)	7 – 10 dienų
	1 g valacicloviro 2 k./d.	
Lokalus infekcijos recidyvas	400 mg acikloviro 3 k./d. arba 800 mg 2 k./d. (gerti)	5 dienos
	500 mg valacicloviro 2 k./d. arba 1 g 1 k./d. (gerti)	
Supresinė terapija	400 mg acikloviro 3 k./d. (gerti)	Nuo 36 savaičių iki gimdymo
	500 mg valacicloviro 2 k./d (gerti)	

### 3. LITERATŪROS SĄRAŠAS

1. British Columbia guidelines for the care of HIV positive pregnant women and interventions to reduce perinatal transmission, July 23, 2013. Available from: [http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/docs/guidelines/BC\\_HIV\\_in\\_pregnancy\\_guidelines.pdf](http://www.cfenet.ubc.ca/sites/default/files/uploads/docs/guidelines/BC_HIV_in_pregnancy_guidelines.pdf)
2. HIV/AIDS Programme. Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Programmatic update WHO, 2012. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO\\_HIV\\_2012.6\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2012/WHO_HIV_2012.6_eng.pdf)
3. British HIV Association guidelines for the management of HIV infection in pregnant women 2012. *HIV Medicine* (2012), 13 (Suppl. 2), 87–157. Available at: [http://www.bhiva.org/documents/Guidelines/Pregnancy/2012/hiv1030\\_6.pdf](http://www.bhiva.org/documents/Guidelines/Pregnancy/2012/hiv1030_6.pdf)
4. ACOG Committee Opinion No. 751: Labor and Delivery Management of Women With Human Immunodeficiency Virus Infection. Committee on Obstetric Practice, HIV Expert Work Group *Obstet Gynecol.* 2018;132(3):e131.
5. Department of Health and Human Services (HHS) Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/3/perinatal-guidelines/0/> (Accessed on December 07, 2018).
6. British HIV Association guidelines for the management of HIV in pregnancy and postpartum 2018. <https://www.bhiva.org/file/5bfd30be95deb/BHIVA-guidelines-for-the-management-of-HIV-in-pregnancy.pdf> (Accessed on January 04, 2019).
7. European AIDS Clinical Society Guidelines, version 8.2, January 2017. [http://www.eacsociety.org/files/guidelines\\_8.2-english.pdf](http://www.eacsociety.org/files/guidelines_8.2-english.pdf) (Accessed on September 20, 2017).
8. ACOG Committee Opinion No. 732: Influenza Vaccination During Pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2018;131(4):e109.
9. European Centre For Disease Prevention And Control. Special report. The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe. A review of the experience. Available at: [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101108\\_SPR\\_pandemic\\_experience.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/101108_SPR_pandemic_experience.pdf). Accessed November 2010.
10. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Vaccinating Pregnant women. Available at: <http://www.cdc.gov/vaccines/pubs/preg-guide.htm#hpv>. Accessed April 2013.
11. ACOG Committee Opinion No. 753: Assessment and Treatment of Pregnant Women With Suspected or Confirmed Influenza. *Obstet Gynecol.* 2018;132(4):e169.
12. Meijer WJ, van Noortwijk AG, Bruinse HW, Wensing AM. Influenza virus infection in pregnancy: a review. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015 Aug;94(8):797-819. Epub 2015 Jun 13.
13. Lėtinis virusinis hepatitas B: klinikos ir gydymo ypatumai (25 metų patirtis). D. Speičienė, D. Stanislovaitytė, J. Valantinas. *Medicinos teorija ir praktika* 2012 - T. 18 (Nr. 3); p. 2842– 93.
14. Management of Hepatitis B in Pregnancy. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. *C-Obs* 50, 2013
15. Hepatitis B in pregnancy screening, treatment, and prevention of vertical transmission. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), Dionne-Odom J, Tita AT, Silverman NS *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214(1):6.

16. Visvanathan K, Dusheiko G, Giles M, Wong ML, Phung N, Walker S et al. Managing HBV in pregnancy. Prevention, prophylaxis, treatment and follow-up: position paper produced by Australian, UK and New Zealand key opinion leaders. *Gut*. 2016 Feb;65(2):340-50. Epub 2015 Oct 17.
17. Current management of herpes simplex infection in pregnant women and their newborn infants. Canadian Paediatric Society, Jan 2010
18. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Genital Herpes in Pregnancy, October 2014.  
<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/management-genital-herpes.pdf>  
(Accessed on May 23, 2016).
19. Straface G, Selmin A, Panardo V, De Santis M, Ercoli A, Scambia G. Herpes Simplex Virus Infection in Pregnancy. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*; Vol. 2012, Article ID 385697, 6 pages.
20. Rubella in pregnancy. Section B. Clinical Guidelines King Edward Memorial Hospital Perth Western Australia: Obstetrics and midwifery guidelines Apr 2012.
20. Rubella in Pregnancy. SOGC clinical practice guidelines. No. 203, February 2008
21. Cytomegalovirus Infection in Pregnancy. SOGC Clinical practice guideline. No. 240, April 2010.
22. Cytomegalovirus (CMV) and Congenital CMV Infection. Centers for disease control and prevention. Nov 2013.
23. Davis NL, King CC, Kourtis AP. Cytomegalovirus infection in pregnancy. *Birth Defects Res*. 2017;109(5):336.
24. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), Hughes BL, Gyamfi-Bannerman C. Diagnosis and antenatal management of congenital cytomegalovirus infection. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Jun;214(6):B5-B11. Epub 2016 Feb 20.
25. Ellington SR, Clarke KE, Kourtis AP. Cytomegalovirus Infection in Human Immunodeficiency Virus (HIV)-Exposed and HIV-Infected Infants: A Systematic Review. *J Infect Dis*. 2016;213(6):891.
26. Walker SP, Palma-Dias R, Wood EM, Shekleton P, Giles ML. Cytomegalovirus in pregnancy: to screen or not to screen. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:96. Epub 2013 Apr 18.
27. American College of Obstetricians and Gynecologists Practice bulletin no. 151: Cytomegalovirus, parvovirus B19, varicella zoster, and toxoplasmosis in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2015;125(6):1510.
28. Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2012-10-19 įsakymas Nr. V-946 „Dėl Lietuvos higienos normos HN 47-1:2012 „Sveikatos priežiūros įstaigos. Infekcijų kontrolės reikalavimai“ patvirtinimo“.
29. Barčaitė E., Bartusevičius A, Biržietis T. ir kt. Perinatalinė infekcija. 2016; LSMU leidybos namai.

**METODIKA**  
**VIRUSINĖ PERINATALINĖ INFEKCIJA**

**II. METODIKOS PROCEDŪRŲ APRAŠAS**

**Metodikos procedūrų aprašas šiai metodikai netaikomas**



**METODIKA**  
**VIRUSINĖ PERINATALINĖ INFEKCIJA**

**III. METODIKOS ĮDIEGIMO APRAŠAS**

## **1. Būtinų resursų (medicininės įrangos, žmogiškųjų ir kt.) aprašymas**

- 1.1. Žmogiškieji resursai: ambulatorines nėščiųjų sveikatos priežiūros paslaugas teikia šeimos gydytojas, akušeris ginekologas arba akušeris.
- 1.2. Nėščiajai nustačius virusinę infekciją ambulatorinės sveikatos priežiūros paslaugos gali būti teikiamos pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugas teikiančiose įstaigose.
- 1.3. Teikiant pirminio lygio paslaugas, nustačius virusinę infekciją ir su ja susijusių nėštumo komplikacijų (nepakankamą vaisiaus augimą, vaisiaus sklaidos ydas, polihidramnioną, oligohidramnioną ir kt.), nėščiosios siunčiamos konsultuotis į antrinio B ar tretinio lygio paslaugas teikiančias įstaigas. Nėščios moterys, turinčios ŽIV ir AIDS, taip pat siunčiamos konsultuotis į antrinio B lygio paslaugas teikiančias įstaigas. Jeigu diagnozuojama ar įtariama, kad yra patologija komplikuojanti nėštumą, konsultantų nurodymu, nėščioji siunčiama konsultuotis į tretinio lygio paslaugas teikiančias įstaigas.
- 1.4. Gimdyti į antrinio B lygio paslaugas teikiančias įstaigas siunčiamos virusine infekcine liga sergančios nėščiosios, jei nustatytas oligohidramnionas, polihidramnionas ar vaisiaus patologija, ŽIV ir AIDS turinčios nėščiosios, jeigu konsultavę specialistai nenurodė, kad būtina tretinio lygio specializuota pagalba.
- 1.5. Darbo organizavimo reikalavimus ambulatorines akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugas teikiančiose įstaigose reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013-09-09 įsakymas Nr. V - 527 „Dėl ambulatorinių akušerijos ir ginekologijos asmens sveikatos priežiūros paslaugų teikimo reikalavimų“.
- 1.6. Darbo organizavimo pirminio, antrinio ir tretinio lygio paslaugas teikiančiose įstaigose tvarką reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2013-09-23 įsakymas Nr. V- 900 „Dėl nėščiųjų, gimdyvių ir naujagimių sveikatos priežiūros tvarkos aprašo patvirtinimo“ (Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2018 m. liepos 27 d. įsakymo Nr. V-865 redakcija).
- 1.7. Nėščiųjų sveikatos priežiūra teikiama vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos įsakymais: įsakymu Nr. V – 1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“, 2014-11-25 įsakymu Nr. V-1220 „Dėl medicinos normos MN 40:2014 „Akušeris. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ ir 2018 m. gegužės 10 d. įsakymu Nr. V-572 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 64:2018 „Gydytojas akušeris ginekologas“ patvirtinimo“.

## **2. Rekomenduojami dokumentai (direktoriaus įsakymai, tvarkos aprašai), metodikos įdiegimo gydymo įstaigoje**

Gydymo įstaigos direktoriaus įsakymas dėl virusine perinataline infekcine liga sergančių nėščiųjų priežiūros tvarkos ir dokumentavimo.

## **3. Svarbiausių metodikos įgyvendinimo įgūdžių aprašymas**

Nėščiųjų sveikatos priežiūra teikiama vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos įsakymais: įsakymu Nr. V – 1013 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 14:2005 „Šeimos

gydytojas. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė” patvirtinimo”, 2014-11-25 įsakymu Nr. V-1220, „Dėl medicinos normos MN 40:2014 „Akušeris. Teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė“ patvirtinimo“ ir 2018 m. gegužės 10 d. įsakymu Nr. V-572 „Dėl Lietuvos medicinos normos MN 64:2018 „Gydytojas akušeris ginekologas“ patvirtinimo“.

**METODIKA**  
**VIRUSINĖ PERINATALINĖ INFEKCIJA**

**IV. METODIKOS AUDITO APRAŠAS**

## Įdiegtos metodikos efekto įstaigoje audito aprašas

Žemiau apraše pateikta informacija ir auditavimo instrumentai yra rekomendacinio pobūdžio, sveikatos priežiūros įstaiga pati nustato metodikos auditavimo dažnį, audito kriterijus ir priemones.

1. Audito uždaviniai.

- Vieną kartą per 12 mėn. analizuojami tuo laikotarpiu diagnozuotų virusinių perinatalinių infekcinių ligų atvejai.
- Paskiriama analizės audito grupė.

2. Audito metu naudojama Nėštumo ir gimdymo istorija ir nėščiosios ambulatorinės priežiūros kortelė.

3. Audito metu vertinama:

- ar teisingai vykdyta ŽIV perinatalinės transmisijos profilaktika (antiretrovirusinis gydymas, gimdymo priežiūra);
- ar teisingai vykdyta naujagimių hepatito B profilaktika, t. y. paskirta vakcina ir specifinis imunoglobulinas 12 val. po gimdymo laikotarpiu;
- nėščiųjų gripo komplikacijų skaičius;
- vėjaraupių atvejų nėštumo ir gimdymo metu skaičius;
- cezario pjūvių dėl genitalijų herpetinės infekcijos skaičius.

4. Pokalbis su administracija, pateikiant audito rezultatus ir sprendžiant problemas.

**Svarbiausių kriterijų, kuriuos įtraukus į informacinę sistemą būtų galima daryti įdiegtos metodikos efektyvumo nacionaliniu mastu analizę, sąrašas**

Eil.Nr.	
1.	ŽIV infekuotoms nėščiosioms skirtas gydymas nėštumo metu (proc.)
2.	ŽIV infekuotoms nėščiosioms skirtas gydymas gimdymo metu (proc.)
3.	Cezario pjūvių dėl genitalijų herpetinės infekcijos skaičius (proc.)
4.	Nėščiųjų HBsAg tyrimų skaičius

**METODIKA**  
**VIRUSINĖ PERINATALINĖ INFEKCIJA**

**V. INFORMACIJA VISUOMENEI**

## CITOMEGALO VIRUSO SUKELTA INFEKcinė LIGA IR NėŠTUMAS

### **Kas yra citomegalo viruso sukelta infekcinė liga?**

Citomegalo viruso sukelta infekcinė liga yra dažna žmonių virusinė liga. Apie 50 procentų žmonių yra infekuoti šiuo virusu. Dažniausiai sveiki vaikai ir suaugę žmonės niekuo nesiskundžia ir net nežino, kad yra užsikrėtę citomegalo virusu. Kiti, ypač kai nusilpęs imunitetas, gali jausti lengvus simptomus, panašius į gripą ar infekcinę mononukleozę. Citomegalo virusas ypač pavojingas vaisiui, naujagimiui ir žmonėms, sergantiesiems piktybinėmis ligomis, AIDS, esant sunkiam įgimtam imunodeficitui, ligoniams, kuriems perpiltas kraujas arba atlikta organų persodinimo operacija.

### **Kas sukelia ligą?**

Citomegalo virusas priklauso *Herpes* virusų šeimai. Šiai grupei dar priklauso Herpes virusas, *Varicella-zoster* virusas (sukelia juostinę pūslelinę ir vėjaraupius) ir *Epstein-Baro* virusas (sukelia infekcinę mononukleozę). Virusas, patekęs į organizmą, jame lieka visą gyvenimą.

### **Kaip užsikrečiama citomegalo virusu?**

Infekcijos šaltinis yra citomegalo virusu užsikrėtęs žmogus. Nėščiosios dažniausiai užsikrečia lytinių santykių metu ir nuo ikimokyklinio amžiaus vaikų. Šiuo virusu galima užsikrėsti:

- po ilgo ar glaudaus bendravimo su užsikrėtusiu žmogumi (plinta per seiles, šlapimą, prakaitą);
- perpilant viruso nešiotjo kraujo;
- transplantuojant organus;
- lytinių santykių metu (plinta su sperma, gimdos kaklelio gleivėmis);
- virusu užsikrėtusi nėščioji užkrečia vaisių nėštumo, gimdymo metu ar naujagimį maitindama motinos pienu.

Apie 1 procentas moterų, užsikrėtusių iki pastojimo, perduoda virusą vaisiui. Susirgus nėštumo metu (pirminė infekcinė liga), perdavimo rizika vaisiui yra 30 – 40 procentų.

### **Kokia yra citomegalo viruso sukeltos infekcinės ligos klinika?**

Citomegalo virusas gali užkrėsti ir daugintis visose organizmo ląstelėse. Citomegalo viruso sukelta infekcinė liga pasireiškia po 3 – 8 savaičių po užsikrėtimo ir trunka 2 – 6 savaites. Simptomai dažniausiai būna nedideli arba jų visai nebūna. Gali pasireikšti į mononukleozę panašūs simptomai (karščiavimas iki 38 – 40°C, karščiavimo trukmė – nuo 9 iki 35 dienų, didelis nuovargis ir silpnumas, gerklės skausmas, padidėję skausmingi limfmazgiai, sąnarių, plaučių, širdies raumens, smegenų uždegimas, kepenų ir blužnies padidėjimas ir skausmas). Infekcija kelia pavojų gyvybei, jeigu imuninė sistema susilpnėjusi arba jei serga neišnešiotas naujagimis.

## **Kaip pakenkiama vaisiui?**

Įgimta naujagimio CMV infekcija gali pasireikšti keletu klinikinių simptomų ir požymių, nes CMV infekuoja ir dauginasi visose organizmo ląstelėse. Tiriant infekuotus CMV vaisius, nustatomi nekrozės židiniai kasoje, kepenyse, širdyje, inkstuose. Pažeidimai yra grįžtamieji, nes šie organai turi savybę regeneruoti. Tuo tarpu smegenų pažeidimai dažnai būna negrįžtamieji. Be įgimtos CMV infekcijos simptomų ir požymių gimsta 85–90 proc. naujagimių, bet 5–15 proc. tokių vaikų po gimimo per kelerius metus gali atsirasti psichomotorinės raidos, klausos ir regos sutrikimų.

Įgimtos CMV infekcijos atvejais 10 proc. naujagimių jau gimimo metu nustatomi tokie pokyčiai:

- vaisiaus augimo sulėtėjimas;
- mikrocefalija (per maža kaukolė ir per mažos galvos smegenys);
- hepatosplenomegalija (blužnies ir kepenų padidėjimas);
- petechinis išbėrimas (taškelių dydžio kraujosruvos odoje) ;
- gelta;
- chorioretinitas (akies gyslainės ir tinklainės uždegimas);
- trombocitopenija (trombocitų sumažėjimas kraujyje);
- mažakraujystė.

## **Kaip diagnozuojama citomegalo viruso infekcija?**

Infekcijos diagnozei pagrįsti neužtenka vadovautis tik klinikiniais simptomais. Ji turi būti patvirtinama laboratoriniais tyrimais. Specifiniais tyrimais nustatomas pats virusas (ryklės sekrete, šlapime, kraujyje, bronchų išplovose, audiniuose) ar specifiniai jo baltymai (kraujo serume). Tirti visų nėščiųjų, ar nėra užsikrėtusios citomegalo virusu, nerekomenduojame.

Ar užsikrėtęs vaisius? Ultragarsniu tyrimu gali būti nustatomi būdingi CMV infekcijai vaisiaus pažeidimai. Gali būti atlikta amniocentezė (vaisiaus vandens mėginio ėmimas ir citomegalo viruso antikūnų ieškojimas).

## **Kaip gydoma citomegalo viruso infekcinė liga?**

Saugių medikamentų nėra.

## **Ar galima skiepytis nuo citomegalo viruso infekcijos?**

Kol kas vakcina nesukurta.

## **Kaip apsisaugoti nuo citomegalo viruso infekcijos nėštumo metu?**

Nėščiosioms patariama dažnai plauti rankas su muilu ir šiltu vandeniu mažiausiai 15 – 20 sekundžių, vengti sąlyčio su kitų žmonių kūno skysčiais, ypač dirbančioms sveikatos priežiūros ir vaikų priežiūros įstaigose, laikytis lytinės higienos taisyklių:



- Vengti nesaugių lytinių santykių;
- Nesinaudoti indais, iš kurių valgo ar geria vaikai;
- Nekišti į burną vaikų čiulptukų;
- Nesidalyti dantų šepetėliu;
- Dažnai plauti žaislus, namų daiktų paviršių, ypač ten, kur patenka šlapimo ir seilių.

## **GRIPAS IR NĖŠTUMAS**

### **Kas yra gripas?**

Gripas yra ūminė virusinė kvėpavimo takų infekcinė liga, kuriai būdinga staigi pradžia, karščiavimas, sausas kosulys, gerklės, galvos ir raumenų skausmas, nuovargis, silpnumas. Tai viena dažniausiai epidemiją sukeliančių ligų.

### **Kas sukelia gripą?**

Sukelia gripo virusas, priklausantis *Orthomyxo viridae* šeimai. Virusai skirstomi į tris gentis: A, B, C. A tipo gripo virusas pavojingas žmonėms, sukelia pandemiją (pasaulį apimanti gripo epidemija) ir epidemijas. B tipo virusų infekcija sukelia epidemiją. C tipo virusai dažniausiai sukelia pavienius susirgimus ir nedidelius protrūkius. Svarbiausios gripo viruso savybės yra užkrečiamumas ir gebėjimas kisti. Ypač dažnai kinta (mutuoja) gripo A virusas.

### **Kaip plinta gripo virusas?**

Infekcijos šaltinis yra sergantis žmogus. Epidemijos metu būna ir sveikų viruso nešiotų. Virusas plinta oro lašeline būdu. Greičiau plinta ankštose, blogai vėdinamose, dulkėtose, drėgnose patalpose.

### **Kaip diagnozuojamas gripas?**

Gripas dažniausiai diagnozuojamas remiantis nusiskundimais ir epidemiologinių tyrimų duomenimis. Inkubacijos periodas trunka nuo 24 iki 72 valandų. Gripo infekcijai būdinga:

- ūmi pradžia;
- karščiavimas (daugiau kaip 38°C), šalčio krėtimas;
- sausas kosulys;
- gerklės skausmas;
- raumenų, sąnarių ir(ar) galvos skausmas;
- akių obuolių skausmas, šviesos baimė;

- ryškus bendras silpnumas, nuovargis;
- gali būti nosies užgulimas, sloga;
- rečiau būna pilvo skausmas, pykinimas, vėmimas, viduriavimas(3-5 metų vaikams).

Pagrindinis gripo viruso diagnostikos metodas yra jo išskyrimas iš ryklės ir nosies sekreto.

### **Kaip gripo virusas pakenkia nėštumo metu?**

Gripo virusai nepasižymi tiesioginiu teratogeniniu (t. y. sukeliančiu vaisiaus vystymosi ydų) poveikiu, bet vaisiui pavojingas motinos karščiavimas. Dėl infekcinio karščiavimo pirmaisiais nėštumo mėnesiais gali atsirasti vaisiaus vystymosi ydų, o antroje nėštumo pusėje galimas vaisiaus smegenų pažeidimas, kuris gali tapti cerebrinio paralyžiaus ir kitų nervų sistemos pažeidimų priežastimi. Nėštumo metu sergant gripu didėja savaiminio persileidimo ir priešlaikinio gimdymo rizika. Gripas nėščiajai ypač pavojingas dėl galimų komplikacijų. Nėštumo metu esantys kvėpavimo ir širdies sistemos pokyčiai (didesnis deguonies poreikis, pasikeitusi plaučių padėtis, dažnesni širdies susitraukimai) ir silpnesnė imuninė sistema lemia, jog nėščiosioms dažniau dėl gripo atsiranda sunkių komplikacijų (pneumonija ir kitos ligos), galinčios tapti mirties priežastimi.

### **Kaip gydomas gripas?**

Gripo gydymas dažniausiai yra simptominis, t. y. gulimas režimas, pakankamas skysčių vartojimas, karščiavimą mažinantys vaistai. Kai kuriais atvejais, ypač nėščiosioms, kurioms yra didesnė komplikacijų rizika, gali būti skiriama antivirusinių vaistų. Lietuvoje dažniausiai vartojamas rimantadinas, zanamiviras, oseltamiviras. Gydymas turi būti pradedamas nevēliau kaip po 48 valandų nuo ligos pradžios.

### **Kaip apsisaugoti nuo gripo viruso?**

- Vengti kontakto su sergančiais žmonėmis;
- Dažnai plauti rankas;
- Gerai vėdinti patalpas;
- Vengti liesti akis, nosį, burną (virusai dažniausiai plinta, kai žmogus paliečia gripo virusu infekuotą daiktą ir po to savo veidą, akis, nosį, burną);
- Kosint, čiaudint burną ir nosį pridengti vienkartinė nosine, kurią reikia išmesti į šiukšliadėžę;
- Dėvėti medicininę kaukę;
- Susirgus kreiptis į asmens sveikatos priežiūros įstaigą;
- Skiepytis.

Skiepijimasis (vakcinacija) gripo sezonui pritaikytomis vakcinomis yra pati veiksmingiausia gripo profilaktikos priemonė.

### **Ar galima skiepytis nėštumo metu?**

Nėščiajai rekomenduojama skiepytis nuo gripo, nes:

- sumažėja sunkių komplikacijų (ir mirties) rizika;
- gripas gali paveikti vaisiaus raidą;
- gripo vakcina galima skiepytis bet kuriuo nėštumo laikotarpiu;
- vakcina nėštumo metu saugi.

## HEPATITAS B IR NĖŠTUMAS

### Kas yra hepatitas B?

Virusinis hepatitas B – užkrečiamoji (arba infekcinė) liga. Šios ligos sukėlėjas pažeidžia kepenis, sukeldamas uždegimą, kuris gali progresuoti į lėtinį kepenų uždegimą, kepenų cirozę ir pirminį kepenų vėžį.

### Kas sukelia ligą?

Sukėlėjas yra hepatito B virusas (HBV), priklausantis *Hepadna viridae* šeimai. Jis buvo atrastas 1965 metais.

### Kaip užsikrečiama hepatitu B?

Hepatito B virusu užsikrečiama nuo sergančio žmogaus. HBV randamas beveik visuose užsikrėtusio žmogaus organizmo skysčiuose. Virusiniu hepatitu B lengviau užsikrėsti nei žmogaus imunodeficito virusu (ŽIV).

Virusinis hepatitas B plinta:

- per visų rūšių (vaginalinius, oralinius, analinius) lytinius santykius. Riziką didina lytinių partnerių skaičius, persirgtos lytiniu keliu plintančios ligos;
- per kraują: perpilant kraują, vartojant intraveninių narkotikų, darant tatuiruotes, veriant auskarus, naudojantis užsikrėtusio asmens dantų šepetėliu, skutimosi mašinėle, manikiūriniais reikmenimis, turint sąlytį su krauju medicininių intervencijų metu (medicinos darbuotojai, laboratorijų personalas, chirurgai, odontologai, akupunktūros specialistai, greitosios medicinos pagalbos medikai) ir kt.;
- iš motinos vaisiui – užsikrėtusi hepatitu B motina gali perduoti virusą nėštumo ir gimdymo metu.

Virusiniu hepatitu B negalima užsikrėsti čiaudint, kosint ar sveikinantis.

### Kokie yra virusinio hepatito B simptomai?

50 – 60 proc. užsikrėtusiųjų virusiniu hepatitu B niekuo nesiskundžia ir jaučiasi gerai, tačiau gali užkrėsti kitus. Klinikinių simptomų dažniausiai atsiranda praėjus 2 – 6 mėnesiams po užsikrėtimo. Simptomai yra nespecifiniai, juos sunku atskirti nuo kitų ligų. Dažniausi simptomai: didelis bendras silpnumas, sąnarių skausmas, apetito stoka, pykinimas, kartumas burnoje, karščiavimas, patamsėjęs šlapimas (alaus spalvos), pašviesėjęs išmatos, skausmas ar diskomfortas dešinėje pašonėje, akių ir odos pageltimas, niežulys.

Dauguma užsikrėtusiųjų hepatito B virusu ligonių pasveiksta savaime, tačiau 5 – 10 proc. suaugusiųjų susergera lėtinio virusinio hepatito B arba lieka viruso nešiotojais. Virusinio hepatito B nešiotojai dažniausiai neturi jokių nusiskundimų ir nejaučia ligos simptomų. Sergantieji lėtinio virusinio hepatito B ar hepatito B viruso nešiotojai turi būti stebimi ir konsultuojami gydytojo, būtina reguliariai atlikti kepenų funkcinius ir kitus tyrimus, nes liga gali progresuoti į kepenų cirozę ir pirminį kepenų vėžį.

### Kaip nustatyti virusinio hepatito B infekciją?

Norint sužinoti, ar žmogus užsikrėtęs virusiniu hepatitu B, reikia atlikti kraujo tyrimą. Kraujyje ieškoma viruso antikūnų.

## **Kokį poveikį moteriai susirgusiai nėštumo metu turės hepatito B virusas?**

Jei motina užsikrečia pirmuoju arba antruoju nėštumo laikotarpiu, HBV perdavimo iš motinos vaisiui tikimybė iki 10 procentų. Jei motina užsikrečia trečiuoju nėštumo laikotarpiu tikimybė 80 – 90 procentų.

Virusas nesukelia apsigimimų, todėl nutraukti nėštumo arba sužadinti gimdymo nereikia. Jei ūminis HB yra simptominis, dėl geltos ir intoksikacijos vaisius gali žūti, galimas priešlaikinis gimdymas. Antroje nėštumo pusėje HB gali komplikotis ūminiu kepenų nepakankamumu, gali prasidėti sunki kepenų nekrozė, encefalopatija, koma, nėščioji gali mirti.

## **Ar yra skiepų nuo virusinio hepatito B?**

Lietuvoje skiepijama rekombinantine HB vakcina. Gali būti skiepijama ir nėštumo metu. Užsikrėtusių nėščiųjų naujagimiai skiepijami per 12 valandų po gimimo.

## **Ar nėščioji gali būti gydoma nuo virusinio hepatito B?**

Nėščiosios, sergančios lengvo ir vidutinio sunkumo ūminiu HB, gali būti gydomos ambulatoriškai. Rekomenduojama vartoti daug skysčių. Sunkios eigos atveju (jeigu vemia, yra dehidratacija arba atsiranda kepenų nepakankamumo požymių) guldoma į specializuotą skyrių. Nėščioji, serganti lėtiniu hepatitu B, jei skiria gydytojas specialistas, gali būti gydoma antivirusiniais vaistais.

## **Ką daryti, jei nėštumo metu diagnozuotas virusinis hepatitas B?**

- Nevartoti alkoholio ir narkotikų (šios medžiagos skatina viruso dauginimąsi ir sunkina kepenų pažeidimą);
- Vengti vaistų šalinamų per kepenis, vartojimo. Jei reikia vartoti paracetamolio, vaistų nuo skausmo, raminamųjų, antibiotikų ir pan., pasitarti su gydytoju. Gali labai pablogėti kepenų funkcija;
- Negalima būti kraujo, organų donoru;
- Negalima skolinti asmeninių daiktų, kuriais gali būti platinamas virusas (dantų šepetėlio, skutimosi, manikiūro įrankių);
- Perspėti akušerį ginekologą, laborantą, vaikų gydytoją apie užsikrėtimą hepatito B virusu;
- Reguliariai lankytis pas infektologą, gastroenterologą, kuris atlikęs tyrimus įvertins kepenų būklę, skirs gydymą;
- Aptarti su lytiniu partneriu apsaugą, patarti jam išsirtinti, ar neserga virusiniu hepatitu B;
- Pasirūpinti, kad naujagimis būtų paskiepytas nuo virusinio hepatito B po gimdymo, vieno ir šešių mėnesių amžiaus.

## **Ar gali žindyti moteris sergančios virusiniu hepatitu B?**

HBV perdavimo per motinos pieną atvejų paskiepytam naujagimiui, nepastebėta.

## **Kaip apsisaugoti nuo virusinio hepatito B?**

- Skiepijimas:
  - jei yra rizikos veiksnių;
  - nėštumo metu (jei tikslinga);
  - vaikų (skiepijama 3 kartus: per pirmas 2 dienas, per 1 ir 6 gyvenimo mėnesį).

- Rizikos grupių mokymas.
- Priemonių, apsaugančių nuo sužeidimo (pvz., vienkartinių pirštinių), naudojimas.
- Daugkartinių instrumentų dezinfekavimas ir sterilizavimas (gydymo įstaigose, tatuiruočių, manikiūro salone, kirpykloje).

## **LYTIES ORGANŲ *HERPES SIMPLEX* VIRUSO INFEKCIJA**

### **Kas yra Herpes viruso sukelta lyties organų infekcija?**

Tai dažna lytiniu keliu plintanti virusinė infekcija. Ją sukelia *Herpes simplex* virusų šeimos HSV1 ir HSV2 virusai. Tai vieni iš labiausiai paplitusių virusų, išskirti 1968 metais. Abiejų tipų virusų gali būti randama lyties organų ir išangės srityje. HSV1 dažniau pažeidžia veido odą ir burnos gleivinę, ant lyties organų gali patekti oralinių santykių metu. HSV2 dažniau pažeidžia lyties organų odą ir gleivinę.

### **Kaip lyties organų *Herpes* virusas perduodamas?**

Infekcijos šaltinis yra žmogus, sergantis kliniškai pasireiškiančia (aktyvia) arba besimptomė (slaptąja) infekcine liga. Lyties organų *Herpes* virusas paprastai perduodamas lytinių santykių metu. Tiek vyras, tiek moteris gali būti užkrėsti. Virusas į žmogaus organizmą patenka per smulkius odos pažeidimus ar per minkštą, drėgną gleivinę burnos ar lyties organų srityje. Virusas pradeda daugintis praėjus dviem valandoms po užsikrėtimo. Po 10 – 15 valandų užsikrėtusysis jau gali užkrėsti kitą žmogų, nors pats dar nejunta jokių ligos simptomų. *Herpes simplex* virusas aplinkoje greit žūva, tačiau kai aplinkos temperatūra apie 36 °C, gali išsilaikyti nuo 4 iki 24 valandų. Virusas, patekęs į žmogaus organizmą, išlieka jame visą gyvenimą. Motina gali užkrėsti naujagimių gimdymo metu.

### **Kokie yra lyties organų *Herpes* infekcijos požymiai?**

Lyties organų *Herpes simplex* viruso sukelta infekcinė liga gali būti besimptomė, pasireikšti lengvais ar sunkiais ligos požymiais. Pirmųjų infekcijos požymių gali atsirasti praėjus 3 – 6 dienoms po užsikrėtimo.

*Pirminės infekcinės ligos požymiai:*

- Dauginės skausmingos pūslytės vulvoje, makštyje, ant gimdos kaklelio.
- Skausmingas šlapinimasis, šlapimo susilaikymas.
- Raumenų skausmas.
- Išskyros iš makšties.
- Padidėję skausmingi kirkšnies limfmazgiai.
- Karščiavimas.

Pasikartojanti infekcinė liga – tai slaptosios infekcinės ligos suaktyvėjimas. Atsiranda būdingų įspėjamųjų požymių, po kurių pasirodo nedidelis išbėrimas.

### **Kaip diagnozuojama lyties organų *Herpes* viruso sukelta infekcinė liga?**

Dažniausiai diagnozei patvirtinti pakanka tipinių ligos požymių, t. y. pūslelinio išbėrimo lyties organuose. Virusų būna pūslyčių skystyje, antikūnai nustatomi ir kraujo tyrimais.

## **Koks lyties organų *Herpes* viruso poveikis nėštumo metu?**

Dauguma moterų, sergančių lyties organų *Herpes simplex* viruso sukelta infekcine liga, pagimdo sveikus naujagimius. Ši liga gali būti saugiai gydoma nėštumo metu. Jei Jūs užsikrėtėte *Herpes* virusu iki nėštumo, Jūsų imuninė sistema vaisių apsaugos. Pasikartojantys epizodai nėštumo metu poveikio vaisiui neturi.

Pirmą kartą *Herpes* virusu užsikrėtus nėštumo metu, atsiranda rizika:

- savaiminio persileidimo;
- vaisiaus augimo sulėtėjimo;
- priešlaikinio gimdymo;
- vaisiaus žūtis gimdoje.

Jei užsikrečiama nėštumo pabaigoje (per 6 savaites iki gimdymo), gimdant natūraliu būdu virusas gali būti perduotas naujagimiui. Kūdikis gali susirgti naujagimių *Herpes simplex* viruso sukelta infekcine liga.

## **Kaip pasireiškia naujagimiui perduoto *Herpes simplex* viruso sukelta infekcija?**

Simptomai pasireiškia 2 – 28 parą po gimdymo. Vietinė infekcija būna apie 30 proc. atvejų. Pažeidžiama oda, burnos gleivinė, akys. Galima vietinės infekcijos komplikacija – smegenų uždegimas, išbėrimo gali ir nebūti (apie 30 proc. atvejų). Liga pasireiškia mieguistumu, karščiavimu, viduriavimu, maitinimosi sutrikimais, traukuliais. Išplitusi infekcija naujagimiui gali sukelti geltą, kepenų ir blužnies padidėjimą, krešumo sutrikimų. Apie 30 proc. naujagimių gali mirti.

## **Kaip gydoma lyties organų *Herpes* viruso infekcija?**

Gydoma antivirusiniais vaistais (dažniausiai acikloviru). Jeigu diagnozė neaiški, konsultuoja odos ir lytiškai plintančių ligų specialistas.

Acikloviras nėštumo metu vartojamas daug metų. Žalos vaisiui ir naujagimiui nepastebėta. Saugu vaistą vartoti ir žindant. Gali būti skiriamas vietinis simptominis skausmą malšinantis gydymas.

## **Ar galima skiepytis nuo lyties organų *Herpes* viruso infekcijos?**

Kol kas vakcinas nesukurta.

## **Ar galima gimdyti natūraliu būdu?**

Dauguma moterų, sergančių lyties organų *Herpes* viruso sukelta infekcine liga, gali gimdyti natūraliai. Jei pirmą kartą užsikrėsta virusu prieš 4 – 6 savaites iki gimdymo arba gimdymo metu yra herpeso pūslyčių lyties organuose, gali būti siūloma planinė cezario pjūvio operacija. Aktyvi HSV infekcija ne lyties organų srityje nėra cezario pjūvio operacijos indikacija.

## **Kaip apsisaugoti nuo lyties organų *Herpes* viruso infekcijos?**

- Asmeninė ir lytinė higiena: kruopščiai plauti rankas, vengti nesaugių lytinių santykių.
- Pasakyti gydytojui akušeriui ginekologui, jei sirgta lyties organų HSV infekcine liga ir ar yra

sirgęs lytinis partneris.

## RAUDONUKĖ IR NĖŠTUMAS

### Kas yra raudonukė?

Raudonukė – tai ūminė virusinė infekcinė liga, pasireiškianti karščiavimu, bendruoju silpnumu, galvos, sąnarių skausmu, išbėrimu, padidėjusiais skausmingais limfmazgiais. Raudonuke vaikystėje perserga 75 – 85 proc. moterų. Vaikams raudonukė – visiškai nesunki liga: visi klinikiniai simptomai lengvi, liga greitai praeina, komplikacijos itin retos. Nėštumo metu raudonukė gali sukelti apsigimimų.

### Kas sukelia raudonukę?

Raudonukės virusas yra RNR turintis virusas, priklausantis *Togavirus* šeimai.

### Kaip užsikrečiama raudonuke?

Užsikrečiame raudonuke nuo sergančio žmogaus. Raudonukės virusais galima užsikrėsti būnant vienoje patalpoje su sergančiuoju, jam kalbant, kosint, sloguojant, čiaudint arba per liečiamus daiktus. Pavojingiausias yra išbertas žmogus. Iš sergančiojo organizmo raudonukės virusas išsiskiria apie savaitę prieš atsirandant išbėrimui ir kelias savaites išbėrus. Kartais išbėrimas būna sunkiai pastebimas, todėl žmonės raudonuke perserga patys to nežinodami. Tačiau tokie asmenys aplinkiniams itin pavojingi kaip infekcijos šaltinis. Iš motinos kraujo virusas patenka į placentą ir užkrečia vaisių.

### Kokie yra raudonukės simptomai?

Apie 50 proc. atvejų raudonukės simptomai būna labai silpni ar jų visai nebūna. Ligoniai gali skųstis karščiavimu, bendruoju silpnumu, galvos, sąnarių skausmu, išbėrimu, padidėjusiais skausmingais limfmazgiais. Išberia 50 – 80 proc. kūno; išbėrimas atsiranda ant veido ir kaklo, plinta žemyn ir tęsiasi 1 – 3 dienas. Limfmazgiai dažniausiai padidėja ir būna skausmingi pakaušio ir kaklo srityje. Sąnarių skausmas dažnesnis moterims, tęsiasi 3 – 10 dienų.

### Kas atsitinka, jei raudonuke susergama nėštumo metu?

Jei raudonuke sergama nėštumo pradžioje (iki 16 savaitės), galima persileidimo ir įgimto raudonukės sindromo rizika. Įgimtam raudonukės sindromui būdinga:

- regos pokyčiai: katarakta (75 proc.), glaukoma, pigmentinė retinopatija, mikroftalmija;
- klausos sutrikimas: kurtumas(50 proc.);
- širdies ydos(50 proc.);
- neurologiniai sutrikimai: mikrocefalija, meningoencefalitas, protinis atsilikimas, elgesio sutrikimas;
- augimo atsilikimas, kitų organų pažeidimas.

Užsikrėtus pirmuoju nėštumo laikotarpiu, vaisius pažeidžiamas 80 proc. atvejų, todėl rekomenduojama nėštumą nutraukti. Jei raudonuke sergama 16 – 20 nėštumo savaitę, yra nedidelė įgimto kurtumo rizika. Po 20 savaitės vaisiaus pažeidimo rizika ypač maža (2 proc.): būdingas kurtumas ir retinopatija.

### **Kaip diagnozuojama raudonukė?**

Raudonukė diagnozuojama remiantis išoriniu požymiu (būdingu išbėrimu) ir kraujo tyrimų rezultatais (nustatomi raudonukės viruso antikūnai).

### **Kaip gydoma raudonukė?**

Gydymas simptominis. Rekomenduojama gerti daug skysčių. Jei karščiujama, skiriama vaistų nuo temperatūros, jei skauda – nuo skausmo.

### **Kaip apsisaugoti nuo raudonukės?**

Rekomenduojama pasiskiepyti. Skiepijama kombinuota tymų, epideminio parotito ir raudonukės (MMR) vakcina. Ja skiepijama antraisiais gyvenimo metais, antra dozė suleidžiama, kai vaikas sulaukia ikimokyklinio amžiaus. Lietuvoje raudonukės vakcina pradėta skiepyti 1992 metais.

Pastoti planuojančias ir nežinančias, ar sirgo raudonuke, moteris reikėtų ištirti ir, jei kraujyje antikūnų nėra, skiepyti. Rekomenduojama vakcinacija (polivalentine MMR vakcina), po kurios patariama 28 dienas nepastoti. Vakcina nuo raudonukės yra gyva vakcina. Nėščioms moterims skiepytis negalima, rekomenduojama pasiskiepyti po gimdymo. Žindymo metu vakcinacija galima.

## **VĖJARAUPIAI IR NĖŠTUMAS**

### **Kas yra vėjaraupiai?**

Vėjaraupiai – tai ūminė virusinė liga, pasireiškianti karščiavimu, pūsleliniu odos ir gleivinės išbėrimu. Dauguma žmonių vėjaraupiais perserga vaikystėje. Persirgus susidaro ilgalaikis imunitetas. Vyresniojo amžiaus žmonėms liga pasireiškia sunkesniais simptomais.

### **Kas sukelia ligą?**

Vėjaraupius sukelia *Varicella zoster* virusas, priklausantis *Herpes viridae* šeimai. Kadangi po ligos virusas lieka organizme (nugaros smegenų mazguose), nusilpus imuninei sistemai jis gali suaktyvėti ir sukelti kitą ligą – juostinę pūslelinę (labai skausmingą išbėrimą pūslelėmis išilgai kurio nors nervo).

### **Kaip užsikrečiama vėjaraupiais?**

Užsikrečiama nuo sergančiojo vėjaraupiais. Virusas sparčiai plinta per orą ir tiesioginio kontakto būdu, kai sergantisys kosti, čiaudi ar net kalba. Galima užsikrėsti ir liečiant išbėrimą (tiek nuo sergančiojo vėjaraupiais, tiek juostine pūsleline). Pavojingiausias laikotarpis – dvi dienos prieš išbėrimą iki šašų atsiradimo. Virusas yra itin lakus, gali pasklisti po visą patalpą, tačiau jautrus ultravioletiniams spinduliams, lauke greitai žūva, todėl užsikrečiama tik uždaroje patalpoje.

### **Kokie yra vėjaraupių simptomai?**

Pirmieji ligos simptomai pasireiškia praėjus 10 dienų ar 3 savaitėms nuo tada kai virusas



pateka į žmogaus organizmą. Tai vadinamasis inkubacinis periodas. Pirmieji ligos ženklai yra karščiavimas ir prasta savijauta. Vėliau visą kūną išberia. Iš pradžių atsiranda rausva dėmelė, vėliau iškilimas, po to susidaro pūslelė su skaidriu skysčiu, kuriai džiūstant, užsideda šašas. Beria bangomis kas 1-2 dienas, todėl viename plote galima pamatyti visų stadijų išbėrimą. Išbertas vietas labai niežti. Pūslelės dažniausiai atsiranda plaukuotojoje galvos dalyje, ant veido, liemens, galūnių, gleivinės (burnos, akių, lyties organų). Vis naujas išbėrimas atsiranda apie 5 dieną nuo ligos pradžios. Dažniausiai vėjaraupiais sergama nesunkiai, bet retais atvejais liga gali būti net mirtina. Vėjaraupiais persirgusiems žmonėms atsiranda patvarus ilgalaikis imunitetas. Pakartotinai sergama retai (ne daugiau kaip 2–3 proc. atvejų).

### **Kokį poveikį moters organizmui turės vėjaraupiai, susirgusiai nėštumo metu?**

Nėščiųjų vėjaraupių atvejai reti dėl didelio natūralaus imuniteto paplitimo. *VZV* nėščiajai gali sukelti plaučių, smegenų, kepenų uždegimą. 5 – 10 proc. nėščių moterų vėjaraupiai sukelia plaučių uždegimą. Didžiausia jo tikimybė – jei vėjaraupiais susergama trečiuoju nėštumo laikotarpiu, ypač jei nėščioji serga lėtine plaučių liga, rūko, jos imuninė sistema slopinama, vėjaraupių pūslių odoje yra daugiau nei 100. Trečiuoju nėštumo laikotarpiu mirties nuo komplikacijų rizika taip pat didesnė negu antruoju. Mirštamumas iki antivirusinių vaistų atsiradimo buvo 20 – 45 proc., pradėjus jų vartoti sumažėjo iki 3 – 14 proc. 1 procentas vaisių yra pažeidžiami gimdoje. Rizika perduoti virusą vaisiui nėštumo metu priklauso nuo nėštumo dydžio.

Vėjaraupių viruso sukelti pažeidimai vaisiui, vadinami vaisiaus vėjaraupių sindromu (būdingas mažas naujagimio svoris, odos ir jungiamojo audinio pažeidimai (70 proc.), akių pažeidimai (66 proc.), smegenų pažeidimai (46 proc.), traukuliai, protinis atsilikimas, smegenų vandenė ir pan.). Didžiausia rizika, jei vėjaraupiais užsikrečiama iki 12-os nėštumo savaitės. Po 20-os nėštumo savaitės vaisiaus vėjaraupių sindromas pasireiškia retai. Pirmuoju nėštumo laikotarpiu susirgus vėjaraupiais, įgimto vaisiaus vėjaraupių sindromo rizika yra 0,5 proc. Jei motina vėjaraupiais susirgo 13 – 28 nėštumo savaitę, įgimto vaisiaus vėjaraupių sindromas nustatomas 1 – 2 proc. naujagimių. Užsikrėtus vėjaraupiais po 28 nėštumo savaitės, įgimto vaisiaus vėjaraupių sindromas nepastebėtas. Didžiausia naujagimių vėjaraupių rizika tada, kai motina suserga vėjaraupiais likus 5 – 7 dienoms iki gimdymo ar po jo. Naujagimiai transplacentiniu arba tiesioginio kontakto būdu užsikrečia *VZV* ir atsiranda išplitusi infekcija. Mirštamumas 25 – 30 proc.

Jei būklė sunki ar atsiranda komplikacijų, moteris turi būti gydoma ligoninėje. Sergant vėjaraupiais ar persirgus nėštumo metu, naujagimį žindyti yra saugu.

### **Ką daryti, jei nėštumo metu kontaktuojama su vėjaraupiais sergančiu ligoniu?**

Jeigu persirgta vėjaraupiais, nereikia baimintis ar imtis kažkokių priemonių.

Jeigu nėščioji turėjo artimą kontaktą su sergančiuoju vėjaraupiais ar buvo vienoje patalpoje su juo, reikėtų iširti, ar yra *VZV* antikūnų, jei nerandama – kiek įmanoma greičiau (96 val. laikotarpiu) pradėti vartoti imunoglobulino. Jeigu po kontakto *VZIG* nepaskirta, nėščiąją 3 savaites reikia stebėti, ar nėra infekcijos, o atsiradus jos požymių – gydyti acikloviru.

### **Ar nėštumo metu galima gydyti nuo vėjaraupių?**

Gydymas simptominis, labai svarbi asmens higiena. Jei nėščioji suserga vėjaraupiais po 20 nėštumo savaitės, per 24 val. nuo simptomų pradžios, rekomenduojama pradėti gydyti acikloviru. Jis sumažina karščiavimą ir kitus simptomus. Ar gydyti pirmuoju nėštumo laikotarpiu sprendžiama

individualiai. Jei nėščioji sirgo vėjaraupiais 7 dienas iki gimdymo ir 7 dienas po jo, naujagimiui turi būti skiriama imunoglobulino.

### **Kaip apsisaugoti nuo vėjaraupių?**

Nėščios moterys turi vengti kontakto su žmonėmis sergančiais vėjaraupiais. Rekomenduojama skiepytis iki nėštumo moterims, kurios nėra sirgusios ar nežino, ar sirgo vėjaraupiais. Skiepijama dviem vakcinoms dozėmis (antroji dozė po 6 – 10 savaičių). Pasiskiepijus nuo vėjaraupių, rekomenduojama 3 mėnesius nepastoti. Po vakcinacijos atsiradus išbėrimui, vengti kontakto su nėščia ar norinčia pastoti moterimi. Netyčia paskiepijus nėščią moterį, nėštumo nutraukti nereikia.

## **ŽIV IR NĖŠTUMAS**

ŽIV yra žmogaus imunodeficitu virusas. ŽIV sukelia AIDS (angl. *Acquired immune deficiency Syndrome*), įgytą imuninės sistemos nusilpimo sindromą. Virusas, patekęs į organizmą, naikina T limfocitus. T limfocitų apvalkalėlyje yra receptorių CD<sub>4</sub>, todėl jie vadinami CD<sub>4</sub> ląstelėmis arba T helperiais. CD<sub>4</sub>-T ląstelės yra baltųjų kraujo kūnelių grupė, kovojanti su infekcija. ŽIV užkrečia žmogaus CD<sub>4</sub> ląsteles ir naudojasi jomis kurdamas savo kopijas (dauginasi jose). ŽIV infekuoto žmogaus organizme CD<sub>4</sub> ląstelės naikinamos. Kai jos žūva, silpsta infekuoto žmogaus imuninė sistema ir padidėja rizika sirgti įvairiomis infekcinėmis ir onkologinėmis ligomis.

### **Kas sukelia ŽIV ligą?**

ŽIV ligą sukelia žmogaus imunodeficitu virusas. Jis priklauso retrovirusų grupei, vadinamai lentivirusais (lot. lenti – „lėtas“), nes vystosi lėtai, todėl ŽIV užsikrėtęs žmogus gali kelerius metus nejausti jokių simptomų. Žinomi du virusų tipai: ŽIV 1 ir ŽIV 2. Pasaulyje dauguma žmonių yra užsikrėtę ŽIV1 tipo virusu. ŽIV 2 paplitęs Vakarų Afrikoje, plinta ne taip lengvai kaip ŽIV 1 ir lėčiau nei ŽIV 1 progresuoja į AIDS. Lietuvoje vyrauja ŽIV 1 tipas. Žmogus gali būti užsikrėtęs abiejų tipų virusais vienu metu.

### **Kuo ŽIV skiriasi nuo AIDS?**

ŽIV ir AIDS dažnai yra painiojami. ŽIV vadinamas virusas. AIDS – įgytas imuninės sistemos nusilpimo sindromas, yra vėlyvoji ŽIV infekcijos stadija. ŽIV infekuotas žmogus gali nesijausti ligotas. AIDS diagnozuojama tada, kai ŽIV pažeidžia imuninę sistemą ir kai asmuo susergera sunkiomis ligomis. Organizmą puola įvairių ligų sukėlėjai ir žmogus susergera įvairiomis ligomis: plaučių uždegimu, meningitu, tuberkulioze, vėžiu ir pan. Laiku neskyrus specifinio antivirusinio gydymo, ŽIV infekcija baigiasi mirtimi.

### **Kaip užsikrečiame ŽIV?**

ŽIV plinta 3 būdais.

1. Per lytinius santykius. ŽIV gali plisti per visų rūšių lytinius santykius: heteroseksualius ar homoseksualius (vaginalinius, oralinius ir analinius), jeigu vienas iš partnerių yra užsikrėtęs.
2. Per kraują. Naudojant svetimus manikiūro, pedikiūro, tatuiruočių darymo ar kitokius instrumentus, užkrėtus švirkštus ar adatas (pvz., vartojant narkotikų), perpilant kraują.
3. ŽIV užsikrėtusi moteris gali perduoti virusą savo vaikui nėštumo, gimdymo ir maitinimo krūtimi metu.

ŽIV neplinta per orą, vandenį, maistą. Jo neplatina vabzdžiai. Neužsikrečiama kosint, čiaudint, bučiuojantis, per prakaitą, ašaras. Nepavojinga naudotis tualetu, vonia, sauna, baseinu, indais, suolais, sporto įrankiais, valgyti užsikrėtusio ŽIV pagamintą maistą.

### **Kaip diagnozuojama ŽIV infekcija?**

Vienintelis būdas sužinoti, ar asmuo užsikrėtęs ŽIV, yra atlikti tyrimus. Jie dažniausiai atliekami paėmus kraujo iš venos mėginį. Antikūnai organizme randami ne iš karto po užsikrėtimo, bet praėjus 3 – 4 savaitėms ar net 6 mėnesiams. Laikotarpis nuo užsikrėtimo iki antikūnų atsiradimo vadinamas inkubaciniu arba „lango“ laikotarpiu. Lietuvos sveikatos apsaugos ministro įsakymu, rekomenduojama ištirti visas nėščias moteris, ar neužsikrėtusios ŽIV, 2 kartus: pirmo apsilankymo metu bei 32 – 35 nėštumo savaitę. Lietuvoje ŽIV tyrimas įtrauktas į nėščiosios priežiūros protokolą ir atliekamas nemokamai.

### **Kaip vertinamas ŽIV ligos sunkumas?**

**CD<sub>4</sub> ląstelių skaičius** yra žmogaus imuninės sistemos stiprumo matas. Kai ŽIV naikina CD<sub>4</sub> ląsteles, imuninė sistema silpsta. Nustačius CD<sub>4</sub> ląstelių skaičių, galima nustatyti ŽIV ligos stadiją ir prognozuoti galimas komplikacijas. Kuo mažiau CD<sub>4</sub> ląstelių, tuo liga labiau progresavusi. CD<sub>4</sub> ląstelių skaičius nustatomas laboratorijoje iš kraujo mėginio. Jei ląstelių mažiau nei 200, yra labai didelė rizika susirgti įvairiomis infekcinėmis ligomis.

**Viruso koncentracija** – tai ŽIV kopijų kiekis kraujyje (tiriama viruso RNR). Žmonės, kurių organizme viruso koncentracija didelė, greičiau susergera AIDS. Pagal viruso koncentracijos pokyčius kraujyje yra vertinamas gydymo veiksmingumas.

### **Ką reiškia teigiami ŽIV tyrimo rezultatai?**

Jei ŽIV tyrimo rezultatai teigiami, vadinasi, kraujyje rasta ŽIV antikūnų. Tyrimas kartojamas, atliekami kiti diagnozę patvirtinantys ar atmetantys tyrimai. Nėščiąją konsultuoja infektologas.

Ankstyvo infekuotumo nustatymo tikslas:

- anksti pradėjus gydymą, apsaugoti vaisių nuo užkrėtimo;
- apsaugoti partnerį, jei jis neužsikrėtęs;
- neleisti ligai progresuoti.

### **Kokia yra rizika jei moteris nėščia ir ŽIV tyrimų rezultatai teigiami?**

Yra rizika perduoti virusą vaisiui nėštumo, gimdymo ir žindymo metu.

Rizika perduoti ŽIV naujagimiui mažėja:

- vartojant antiretrovirusinių vaistų nėštumo metu;
- parenkant tinkamą gimdymo būdą;
- jei naujagimis nežindomas.

### **Kokia reikalinga specifinė priežiūra nėštumo metu diagnozavus ŽIV?**

- Gydytojo specialisto (infektologo) konsultacija dėl ŽIV infekcijos gydymo nėštumo, gimdymo metu ir po gimdymo.
- Papildomas tyrimas, siekiant nustatyti, ar nesergama kitomis lytiškai plintančiomis ligomis.
- Rekomenduojama skiepytis nuo hepatito B, pneumokoko, gripo (jei sezonas).

## **Kaip gydoma ŽIV sukelta infekcinė liga?**

ŽIV ligai gydyti skiriama antiretrovirusinių vaistų derinių. Paskyrus gydymą, medikamentų tenka vartoti iki gyvenimo pabaigos. Vartojant vaistų, mažėja ŽIV koncentracija kraujyje ir padidėja CD4 ląstelių skaičius.

Gydytojas infektologas skiria labiausiai tinkamų antiretrovirusinių preparatų ir numato gydymo trukmę.

- Jei jau vartojama antiretrovirusinių vaistų, gydytojas patars, kaip tęsti gydymą. Jei gydymas neefektyvus, gali tekti jį keisti.
- Jei iki nėštumo antiretrovirusinių medikamentų vartoti dar nereikėjo, nėštumo metu gydymas pradedamas, kad sumažintų vaiko užkrėtimo riziką. Gydoma zidovudinu ir kartu kitais antiretrovirusiniais vaistais nuo 14 nėštumo savaitės.
- Jei reikia gydymas tęsiamas ir po gimdymo.
- Jei ŽIV infekcija diagnozuota nėštumo pabaigoje ar gimdymo metu, skiriamas gydymas antiretrovirusiniais vaistais gimdymo metu ir, jei reikia, po gimdymo.

## **Ar vaistai nepakenks kūdikio sveikatai?**

Moteris, užsikrėtus ŽIV, gali saugiai vartoti vaistų, nes jų tikslas – apsaugoti vaisių nuo užkrėtimo ŽIV. Medikamentus, kurių galima saugiai vartoti, skiria specialistas. Nesigydam ŽIV patekimo į vaisių tikimybė yra didelė, žala vaisiui daug didesnė nei vartojant antiretrovirusinių vaistų.

## **Koks šalutinis vaistų poveikis moteriai?**

Gali sukelti virškinimo sutrikimus, išbėrimą, nuovargį, karščiavimą, dusulį, nėščiujų diabetą. Veikia kepenų fermentų funkciją, ypač jei skiriamas kombinuotasis gydymas. Reikalingi reguliarūs kepenų fermentų tyrimai. Kai kurie vaistai mažina geležies kiekį kraujyje (pasireiškia mažakraujyste), todėl gali tekti papildomai vartoti geležies preparatų. Kai kurie iš šių požymių būdingi preeklampsijai ir nėščiujų cholestazei, todėl labai svarbu apie atsiradusius simptomus kuo greičiau pasakyti gydytojui ar akušeriui.

## **Koks geriausias gimdymo būdas diagnozavus ŽIV infekciją?**

Pasirinkimą lemia vartojami antiretrovirusiniai vaistai, CD4 ląstelių skaičius, viruso koncentracija nėštumo metu ir 36 nėštumo savaitę.

Jei nėštumo metu ŽIV liga gydyta tik zidovudinu, jei rastas hepatito C virusas, jei ŽIV koncentracija viršija 1000, gimdyti rekomenduojama atliekant planinę cezario pjūvio operaciją 38 nėštumo savaitę.

## **Kas bus, jei moteris nuspręš gimdyti natūraliu būdu?**

Jei moteris nori gimdyti natūraliu būdu, gydytojas privalo gerbti jos sprendimą. Gimdymo metu tęsiamas gydymas antiretrovirusiniais vaistais. Taip pat rekomenduojama zidovudino infuzija nuo gimdymo pradžios iki tol, kol bus užspausta virkštelė. Kuo gimdymo metu vaisiaus vandenys nuteka anksčiau, tuo didesnė tikimybė naujagimiui užsikrėsti ŽIV.

### **Kas bus, jei nėščioji atsisakys gydymo antiretrovirusiniais vaistais?**

Didelė rizika, kad ji užkrės savo kūdikį. Negydant rizika perduoti virusą vaisiui – iki 25 proc., gydant sumažėja iki 1 – 2 proc.

### **Ar reikia gydyti naujagimį?**

Naujagimiui antiretrovirusinių vaistų pradama leisti per 4 valandas nuo gimimo. Jų vartojama iki 4 – 6 savaičių.

### **Ar galima maitinti naujagimį savo pienu?**

Žindyti ir maitinti nutrauktu motinos pienu yra labai rizikinga, todėl nerekomenduojama.

### **Ar kas nors sužinos apie užsikrėtimą ŽIV?**

Ligoninės personalas privalo būti įspėtas, jog nėščioji užsikrėtusi ŽIV, kad galėtų teikti geriausią priežiūrą. Sveikatos priežiūros personalas be nėščiosios pritarimo niekam neturi teisės pasakyti apie tokią būklę. Darbuotojai turi gerbti teisę į privatumą ir būti supratingi dėl informacijos teikimo jos partneriui ar šeimos nariams, išskyrus tuos atvejus, kai nesuteikus informacijos kyla pavojus žmogaus gyvybei.

### **Kad ŽIV neplistų, reikia:**

- vengti atsitiktinių lytinių santykių;
- nesinaudoti ne savo ar nesteriliais švirkštimosi įrankiais (adatomis, švirkštais);
- medicininių ir kosmetikos procedūrų metu reikalauti naudoti vienkartinius arba sterilius instrumentus;
- namie naudoti tik asmenines skutimosi, manikiūro ir higienos procedūrų priemones.