

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

(Н И У « Б е л Г У »)

**МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ**

ЦМК Клинических дисциплин

**РОЛЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ
ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 31.02.02 Акушерское дело
4 курса группы 03051527
Шанковской Екатерины Александровны**

Научный руководитель
преподаватель Фурсина Т.П.

Рецензент
Менеджер отдела внутреннего
контроля медицинской помощи
ОГБУЗ «Городская
Больница №2 г. Белгорода»
Калашникова О.Г.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	8
1.1. Историческая справка.....	8
1.2. Этиология. Патогенез. Факторы риска	9
1.3. Клиническая картина и особенности диагностики ЦМВИ во время беременности	12
1.4. Течение цитомегаловирусной инфекции у беременных.....	14
1.5. Современные медицинские технологии в лечении и профилактике цитомегаловирусной инфекции у беременных.....	15
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	20
2.1. Структура и штаты медицинского персонала отделения патологии беременных №2 перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».....	20
2.2. Анализ статистических данных заболевания цитомегаловирусной инфекции у беременных отделения патологии беременных №2 перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя-Иоасафа»	23
2.3. Анализ информированности респондентов отделения патологии беременных №2 на тему ИППП, в том числе и цитомегаловирусной инфекции	24
2.4. Выводы.....	Ошибка! Закладка не определена.
ПРЕДЛОЖЕНИЯ	37
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	39

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ..	40
ПРИЛОЖЕНИЕ	42

ВВЕДЕНИЕ

Наверное, в мире нет людей, которые не испытали на себе такое заболевание, как герпес. В народе его называют «простудой». Герпес, проявляясь на губах и лице, портит внешний вид и доставляет массу дискомфортных ощущений (зуд, жжение). Известно, что данный вирус при однократном попадании в человеческий организм остается в нем навсегда, давая о себе знать лишь в те моменты, когда происходит обессиление иммунной системы.

В группу герпесвирусов входит род цитомегаловирусов. Ученые узнали о существовании цитомегаловируса в 1956 году. В настоящее время цитомегаловирусная инфекция (цитомегалия) очень распространена. На планете у многих людей можно выявить положительный результат на цитомегаловирус. Однако некоторые и не подозревают о наличии в организме инфекции — она абсолютно не выявляет себя, как и другие вирусы, которые относятся в семейство герпесвирусов. Все неприятные симптомы и последствия болезни ощущают на себе лишь те люди, у которых ослаблен иммунитет. Беременные являются одной из главных групп риска. Что же происходит после внедрения в организм человека цитомегаловируса? Название болезни «цитомегалия» в переводе обозначает «гигантская клетка». Из-за действия цитомегаловируса нормальные клетки человеческого организма увеличиваются. Микроорганизмы, попадая в них, разрушают клеточную структуру. Клетки наполняются жидкостью и разбухают.

Цитомегаловирус – это вирусное заболевание, представляющее собой разновидность герпетической инфекции. Цитомегаловирус относится к семейству герпесвирусов и способен вызвать поражение практически любых органов и тканей человека. Вирус содержит ДНК и достигает очень больших размеров. Цитомегаловирус один из самых широко распространённых вирусов на Земле.

Актуальность темы. В последние десять лет цитомегаловирусная инфекция набирает все большую актуальность в практической медицине. Цитомегаловирусная инфекция занимает одно из лидирующих по частоте встречаемости мест среди заболеваний, вызываемых герпесвирусами. Во всех странах мира отмечается возрастание ее распространенности, как у детей, так и у взрослых. Учитывая то, что в нынешней клинической медицине ЦМВИ завоевывает все большую значимость, Европейское бюро ВОЗ внесло ЦМВИ в список «новых и загадочных болезней, устанавливающих будущее инфекционной патологии».

В настоящее время установлено, что данная патология имеет большое значение в акушерской и гинекологической практике, а также в педиатрии.

Актуальна она и для акушеров - гинекологов в связи с значительной заболеваемостью беременных женщин и возможностью вертикальной передачи инфекции развивающемуся плоду с последующей воплощением в жизнь заболевания в виде различных патологий. Большое значение эта проблема имеет и в педиатрии. Это обусловлено тем, что ЦМВ имеет широкое распространение у детей в разном возрасте, в том числе и среди новорожденных, высокой степенью заболеваемости и смертности от нее детей в грудном возрасте, возможностью внутриутробного заражения, а также тем, что она представляет опасность развития тяжелого генерализованного инфекционного процесса и формирования хронической патологии. По тератогенной способности возбудителя ЦМВИ занимает второе место после краснухи. Принимая во внимание существенность проблемы, ВОЗ включила ЦМВИ в синдром внутриутробной инфекционной патологии, так называемый TORCH, в список которого вошли самые важные инфекции такие как: сифилис, токсоплазмоз, краснуха, ЦМВ и хламидиоз.

Резервуаром является человек. Инфицирование происходит воздушно-капельным путем, через половые секреты, мочу, кровь. К факторам риска можно отнести: возраст моложе 30 лет, значительное число половых партнеров, низкий социально-экономический уровень, инфекции,

передающиеся половым путем, работа в детских дошкольных учреждениях, невысокий уровень образованности.

Цель дипломной работы – определить роль акушерки в профилактике цитомегаловирусной инфекции у беременных.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи**:

1. Изучить и проанализировать литературные источники по заболеванию ЦМВИ;
2. Сбор теоретической информации и анализ данных;
3. Провести анализ статистических данных заболевания;
4. Разработка анкеты и проведение анкетирования пациентов на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа» для выяснения отношения беременных к своему здоровью и здоровью своего будущего ребенка;
5. Составление анализа полученных данных и разработка на их основании предложений по оптимизации роли акушерки в профилактике ЦМВИ у беременных;
6. Проведение обзора литературы по представленной проблеме.

База исследования: перинатальный центр №2 ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Объект исследования: образ жизни беременных

Предмет исследования: профессиональная деятельность акушерки в профилактике ЦМВ.

Методы исследования:

- ✓ научно – теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.
- ✓ статистический метод.
- ✓ социологический метод (анкетирование)

Гипотеза. Предполагается, что формы, методы, санитарно-просветительские мероприятия, проводимые медицинскими работниками, позволят предупредить инфицирование женщин.

Теоретическая значимость: обоснованы теоретические аспекты профилактики ЦМВИ среди беременных и теоретически обоснованы разработанные нами предложения.

Практическая значимость: полученные в результате исследования данные позволят оценить информированность беременных о мерах профилактики ЦМВИ.

Время исследования: 2018-2019 гг.

Объем и структура выпускной квалификационной работы.

Структура дипломной работы обусловлена объектом, предметом, целью и задачами исследования. Работа состоит из введения, двух глав, предложения, заключения, списка использованных источников и литературы, приложения.

Введение раскрывает актуальность, определяет степень научной разработки темы, объект, предмет, цель, задачи и методы исследования выпускной квалификационной работы.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1.1. Историческая справка

В 1882 г. немецкий патологоанатом Н. Riblert, исследуя ткань почек детей, умерших от различных заболеваний, обнаружил в них необычные клетки гигантских размеров, которые назвал тельца, подобные простейшим. В последующие годы такие «тельца» стали обнаруживать и в других органах погибших от разных причин детей. Все исследователи обращали внимание на то, что особенно часто такие структуры выявлялись в слюнных железах. Это дало основание патологии, сопровождающуюся наличием «телец», назвать «болезнь слюнных желез», а само заболевание получило название «детская цитомегалия», отражая особенности повреждения пораженных клеток и особую уязвимость детей.

В 1926 г. R. Cole, A. Kuttner в органах морских свинок обнаружили характерные гигантские клетки, сходные с таковыми у людей, и высказали предположение, что патологию у людей и у животных может вызывать вирус: они обратили внимание на то, что исследуемый материал сохранял свою инфекциозность при прохождении через специальные фильтры, задерживающие более крупные микроорганизмы. Исследователи назвали этот предполагаемый возбудитель «вирус слюнных желез».

Сам вирус был выделен более чем 30 лет спустя, причем сначала был изолирован мышинный цитомегаловирус, а вскоре после этого независимо друг от друга три исследователя сообщают об изоляции и человеческого вируса.

Позже Веллер ввел название вирусу — «цитомегаловирус», вместо ранее принятого названия «вирус слюнных желез».

Постепенно накапливались сведения, которые позволяли по-новому взглянуть на «детскую болезнь». Характерные клетки обнаруживали у

взрослых, а в 1965 г. появилось первое сообщение о том, что цитомегаловирус (ЦМВ) обнаружен у здорового человека

1.2. Этиология. Патогенез. Факторы риска

Этиология. ЦМВ — это крупный ДНК-содержащий герпесвирус человека пятого типа (ВГЧ-5), принадлежащий роду *Cytomegalovirus*, подсемейству *Betaherpesvirinae*, семейству *Herpesviridae*. Как и все остальные герпесвирусы, ЦМВ, внедрившись в организм, может перевестись в латентную стадию, которая практически регулярно сменяется его реактивацией с возможностью выделения вируса из организма с любыми биологическими жидкостями. Данное состояние может наблюдаться на протяжении всей жизни хозяина

ЦМВ распространен повсеместно, им инфицировано большинство взрослого населения. Длительный инкубационный период, характерный для цитомегаловирусной инфекции, связан с медленной репликацией вириона: формирование ЦМВ в клеточной культуре происходит за 72 ч.

ЦМВИ является одной из инфекций человека с повсеместным распространением, степень которого связана с географическими, этническими и социально-экономическими особенностями: она значительнее в странах которые активно развиваются и среди низших социально-экономических слоев населения. Серо-эпидемиологические исследования показали, что частота выявления антител к ЦМВ среди женщин детородного возраста в разных странах варьирует от 40 до 100%. ЦМВ – один из наиболее значимых вирусных патогенов во время беременности. При оценке эпидемической ситуации необходимо учитывать частоту родов через естественные родовые пути ЦМВ, что может сыграть решающую роль в установлении риска возникновения инфекции в будущем поколении. Риск заболевания ребенка при рождении выше при первичной инфекции у

беременной, но, в отличие от вируса краснухи ЦМВИ бывает и при реактивации инфекции у матери. Не смотря на то, что у девушки, переболевшей острой формой ЦМВИ до беременности, и имеющей антитела к вирусу, плод все равно может быть заражен. Частота врожденной инфекции связана с числом серопозитивных среди взрослого населения: чем больше девушек инфицированы, тем обширнее разнесена внутриутробная инфекция. Активность ЦМВ направлена не на ликвидацию хозяина, а на приспособление к долгосрочному пребыванию в его организме. Для пожизненной персистенции в организме человека характерна смена периодов латенции и реактивации, протекающей, как правило, на субклиническом уровне. Инфицированный ЦМВ человек остается инфицированным на всю жизнь. Результатом эволюционной адаптации цитомегаловируса к организму человека является относительно низкая патогенность вируса. Степень контагиозности ЦМВ невысока.

Пути инфицирования ЦМВ многообразны. Во время беременности может реализоваться трансплацентарный, перинатальный путь, а также возможно заражение и при грудном вскармливании. Вредная значимость герпесвирусов занимают второе место после краснухи, а ЦМВ причислен к группе безусловных вирусных тератогенов. Следствием ЦМВИ становится патологическое течение беременности, выкидыши, преждевременные роды, врожденные аномалии развития или ранняя гибель детей из-за врожденных пороков. В зависимости от сроков беременности, на которых произошло инфицирование, поражения плода, варьируют от бласто - и эмбриопатий, как правило, сопровождающихся ранним прерыванием беременности, до поздних фетопатий с поражением различных органов и систем у новорожденного. Внутриутробная ЦМВИ диагностируется в 0,2–2,5% случаев. Роль полового пути передачи ЦМВИ незначительна, но реинфекция при сексуальном контакте вполне вероятна, поэтому частота инфицирования увеличивается при значительном числе половых партнеров у женщины. При сопутствующей ВИЧ-инфекции выделение ДНК ЦМВ с цервикальным

секретом возрастает до 60%. Первичное инфицирование в период беременности регистрируется в среднем у 2% (0,7–4,0%) женщин, и в 35–50% случаев инфекция передается плоду. Значительно чаще у серопозитивных беременных наблюдается реактивация ЦМВИ, однако данные о ее частоте противоречивы: от 3 до 28%. Некоторые авторы указывают, что выделение ЦМВ из вагинального секрета коррелировало со стадией беременности: от 1,5% в I триместре до 13,5% к концу беременности. Интенсивные обменные процессы и скорое деление клеток образующегося эмбриона на ранних сроках беременности создают удобные условия для репликации вирусных частиц. Вирусемия у беременной приводит к вовлечению в патологический процесс плаценты, что, как правило, предшествует внутриутробному инфицированию плода. В большинстве случаев путем передачи вируса от матери к плоду является трансплацентарный перенос. Другой возможный путь инфицирования плода – восходящий (трансцервикальный). Наличие вируса в цервикальном канале матки беременной может привести к его проникновению в околоплодные воды через плодные оболочки. Реактивацию ЦМВ можно наблюдать в тканях молочной железы у 14–27% родильниц, и более чем у 32% серопозитивных женщин ЦМВИ выделяется в грудное молоко на протяжении первого года следом после родов. Существенными факторами риска заражения плода являются: наличие активной ЦМВИ у беременной, высокий уровень вирусемии, иммунодефицитное состояние матери, повышенная проницаемость фетоплацентарного барьера. Степень инфекции мамы является определяющим патогенетическим фактором при врожденном инфицировании. Транзиторная иммуносупрессия периода беременности повышает восприимчивость женщин к ЦМВ и не может надежно предотвращать внутриутробную передачу инфекции. Кроме того, сам ЦМВ способен подавлять клеточный иммунитет вследствие его репликации в клетках иммунной системы.

Реактивации ЦМВИ могут способствовать такие отрицательные факторы во время беременности, как стрессовые ситуации, продолжительная гормональная терапия, изменение характера питания, экологическое влияние. И при истощении компенсаторно-приспособительных реакций, прежде всего иммунных, в единой функциональной системе «мать–плацента–плод» происходит трансмиссия вируса плоду и развитие инфекционного процесса.

1.3. Клиническая картина и особенности диагностики ЦМВИ во время беременности

У иммунокомпетентных лиц первичное инфицирование ЦМВ не сопровождается клиническими симптомами. Создается бессимптомное вирусоносительство. Лишь у 5% взрослых при первичном инфицировании ЦМВ возникает острая форма приобретенной цитомегалии, по клиническим проявлениям процесс напоминает инфекционный мононуклеоз. Время с момента заражения до появления первых симптомов составляет от 20 до 60 дней. Заболевание длится от 2 до 6 недель. Заболевание протекает с лихорадкой, увеличением шейных и подчелюстных лимфатических узлов, сиалоаденитом, признаками общей интоксикации, ознобами, слабостью, болями в мышцах. Редко, но могут развиваться такие серьезные осложнения, как интерстициальная или сегментарная пневмония, плеврит, миокардит, артрит, энцефалит, цитомегаловирусный гепатит. У иммунонекомпетентных лиц инфекция может принимать генерализованную форму. При этом вирус поражает легкие, почки, желудочно-кишечный тракт, печень (цитомегаловирусный гепатит с холестатическим компонентом). Также может быть поражена центральная нервная система, глаза, селезенка, поджелудочная железа, лимфатические узлы и другие органы.

Цитомегаловирусная инфекция, обычно не приносит клинических проявлений либо имеет скудную неспецифическую симптоматику, что во

многим усложняет ее диагностику. Биологические жидкости служат материалом для вирусологического исследования у беременных. У родильниц дополнительно обследуется грудное молоко. Обнаружение в слюне, моче, грудном молоке типичных цитомегалических клеток улеглось в основу морфологического метода диагностики. Только на основании морфологического метода нельзя судить об активности инфекционного процесса, что является прогностически значимым во время беременности.

Диагноз внутриутробной инфекции ставят на основании совокупности данных: анамнестических, клинических и лабораторных исследований.

Для постановки диагноза и принятия решения о проведении специфической противовирусной терапии целесообразно использовать 3 различных метода лабораторной диагностики это ПЦР, БКМ и определение анти-ЦМВ антител. Выявленные изменения плаценты и плода по данным ультразвукового исследования могут служить поводом для проведения пренатальной диагностики ЦМВИ.

Чаще пренатальная диагностика проводится в случаях, когда имеется серьезный риск развития врожденной цитомегаловирусной инфекции, особенно при первичной инфекции у матери. Сочетание вирусологического, лабораторного и ультразвукового исследований во время гестации дает наиболее достоверный прогноз развития дальнейшей беременности, состояния плода и возможности реализации ЦМВИ. Выявление инфекции плода ЦМВ возможно через 6 нед после первого диагноза ЦМВИ у матери. Обнаружение IgM анти-ЦМВ в крови плода, как правило, коррелирует с тяжелым поражением плода или новорожденного.

При отсутствии наличия вируса или антител после 22–24 недель беременности и нормальных результатах ультразвукового обследования возможность инфицирования плода или новорожденного снижена. Тем не менее, нормальные результаты УЗИ инфицированного плода при сроке 23 недели беременности не исключают возможности появления изменений на позднем сроке гестации.

В последнее десятилетие в практику внедрены инвазивные методы исследования (амниоцентез, кордоцентез, фетоскопия), позволяющие принять окончательное решение о продолжении или прерывании беременности. Исследование амниотической жидкости включает выделение ЦМВ на клеточной культуре с детекцией вирусного антигена или цитопатического эффекта и выявление ДНК ЦМВ. Изучение крови плода сосредоточено на выделении ЦМВ на клеточной культуре, определение ДНК ЦМВ (ПЦР) и антиЦМВ IgM-антител. Однако все инвазивные процедуры могут быть причиной инфицирования плода.

1.4. Течение цитомегаловирусной инфекции у беременных

Заражение цитомегаловирусной инфекцией может произойти еще в период внутриутробного развития плода. Неспроста ЦМВ по внутриутробному инфицированию занимает почетное первое место среди других агентов. Необходимым условием заражения плода является вирусемия беременных, следствием, которой может быть либо первый контакт с ЦМВ, либо запуск «спящего» вируса.

Первичная инфекция представляет большую угрозу для плода. В этом случае будущие матери серонегативны, т. е. у них отсутствуют антитела к вирусу, и иммунная система матери не может защитить плод от вируса.

При вторичной инфекции беременные серопозитивны, это значит, что плод «снабжён» антителами, нейтрализующими активированный вирус. Именно поэтому вторичная инфекция и считается менее опасной для плода. Тем не менее, ЦМВ, циркулирующий в крови серопозитивной матери, может ускользнуть от губительного действия специфических антител. Вполне вероятно, что вирус «таится» от антител внутри лейкоцитов или создает защитную оболочку из белков владельца (в частности, b-2-микроглобулинов).

После проникновения цитомегаловируса к плоду события могут варьироваться.

В большинстве случаев развивается бессимптомная инфекция без последствий для здоровья ребенка. Иногда инфицирование плода может стать причиной невынашивания, спонтанных абортов и мертворождаемости. У каждого десятого инфицированного новорожденного ЦМВ-инфекция проявляется сразу же после рождения в виде гидро- или микроцефалии и других чрезвычайно тяжелых пороков развития.

У 9-18% инфицированных детей цитомегалическая болезнь развивается в первые годы жизни (примерно между двумя и пятью годами).

Проявления могут быть следующими: слепота, глухота, психомоторные расстройства и отставание в умственном развитии.

Постнатальное заражение ЦМВ, как правило, не представляет особой угрозы для человека с нормально функционирующим иммунитетом. Как правило, ЦМВ-инфекция протекает бессимптомно. Изредка проявляется в виде гепатита, пневмонии или заболевания, напоминающего инфекционный мононуклеоз. Но и в этом случае все заканчивается удачно. За болезнью следует выздоровление.

1.5. Современные медицинские технологии в лечении и профилактике цитомегаловирусной инфекции у беременных

Лечебно-профилактические мероприятия при активных формах ЦМВИ разрабатываются отдельно для женщин репродуктивного возраста вне беременности, для беременных и новорожденных детей.

Задачи, которые ставятся при лечении беременных с ЦМВИ, заключаются в том, чтобы прекратить продуктивную вирусную репликацию и вирусную экскрецию, перевести инфекцию в латентную стадию и держать под контролем состояние иммунной системы организма по недопущению

активизации инфекции. Терапия ЦМВИ у беременных является тяжелой проблемой, так как необходимо соблюдать повышенные требования безопасности при применении противовирусных химиопрепаратов, исключая риск нежелательных явлений для плода.

При лечении тяжелых генерализованных форм ЦМВИ применяют средства, обладающие противовирусным действием: ацикловир, ганцикловир, валацикловир, фамцикловир, фоскарнет, цидофовир, фомивирсен. Однако они весьма токсичны, что в значительной степени ограничивает их использование у беременных, кормящих женщин и новорожденных. Их прием также не рекомендуется пациенткам, планирующим беременность. Единственной безопасной альтернативой этиотропным препаратам является Неоцитотект.

Активная форма или реактивация ЦМВИ у беременных может служить показанием к назначению гипериммунного антицитомегаловирусного иммуноглобулина (Неоцитотект, «Биотест Фарма», Германия). Активизация ЦМВИ происходит при низком титре специфических IgG. Неоцитотект содержит в десять раз больше антител IgG к ЦМВ, чем стандартные иммуноглобулины, блокирует ЦМВ и ограничивает его диссеминацию в организме. Введение Неоцитотекта беременным снижает риск внутриутробного заражения плода и развития отдаленных последствий врожденной ЦМВИ. По мнению многих исследователей, применение препарата Виферон в комплексной терапии ЦМВИ во время беременности позволяет в два-три раза уменьшить в сыворотке крови концентрацию интерферона гамма и интерлейкина 8. В состав препарата Виферон, производимого ООО «Ферон» (Москва), помимо рекомбинантного интерферона-альфа-2b человека входят антиоксиданты.

Женщины с активной формой ЦМВИ относятся к группе риска возможной внутриутробной передачи инфекции. Таким женщинам вне беременности рекомендуется проводить иммунокорректирующую терапию с использованием преимущественно Тактивина, Циклоферона, Панавира,

Виферона. Планирование беременности разрешается при ликвидации активной инфекции и установлении латентной формы ЦМВИ. Лечение женщин с активной формой ЦМВИ перед планированием беременности позволяет предотвратить активизацию ЦМВИ в наиболее опасном первом триместре беременности в 75% случаев.

Серонегативных женщин, планирующих беременность, необходимо обязательно информировать о главных источниках инфекции таких как сексуальная активность и физический контакт при ежедневном уходе за детьми.

Оптимальным способом для предотвращения первичной ЦМВ-инфекции во время беременности и ее последствий для ребенка является активная вакцинация. Для этого созданы различные виды вакцин - аттенуированная живая и вакцина субъединичного гликопротеида В. В настоящее время они проходят клинические испытания. До применения соответствующих вакцин необходимо использовать другие возможности для предотвращения первичной ЦМВ-инфекции во время беременности. Для этого нужен скрининг на ЦМВ-антитела на ранних сроках беременности.

Информированность ЦМВ-статуса на ранних сроках беременности имеет следующие положительные аспекты:

1. При негативных результатах теста на IgG беременной можно дать рекомендации по уменьшению инфекционного риска;
2. При позитивном тесте на IgG и негативном - на IgM женщине можно сообщить, что у ребенка не должно быть врожденных повреждений;
3. При позитивном тесте на IgG и IgM можно применять другие тесты для дифференцирования первичной от реактивированной инфекции, а при подозрительных результатах - проводить пренатальную диагностику для распознавания фетальной инфекции.

У серонегативных женщин с симптомами первичной инфекции проводят повторные исследования через 3-4 нед для подтверждения сероконверсии. Также IgM могут выявляться у 20 % женщин при

реактивации инфекции. Новые тесты на сродство IgG и реактивность IgM на основе иммуноблоттинга, появившиеся недавно, способствуют более точной дифференциальной диагностике первичной и латентной инфекции, однако еще не распространены в широкой практике.

Главные положения в профилактике врожденной цитомегаловирусной инфекции:

1. Скрининг на ЦМВ-антитела на этапе предгравидарной подготовки - серонегативных женщин информировать о главных источниках инфекции (серопозитивный партнер, контакт с детьми, выделяющими вирус).
Порекомендации мероприятия по снижению инфекционного риска;
2. Пассивная профилактика беременных при контакте с ЦМВ (цитотект);
3. Активная профилактика;
4. Терапия ЦМВ-инфекции у беременной - цитотект, виферон;
5. При доказанной первичной инфекции у беременной - проведение пренатальной диагностики;
6. Новорожденным с ЦМВ-инфекцией - проведение терапии (цитотект, ганцикловир);

Иммунизация против ЦМВИ продолжает разрабатываться и практического применения еще не приобрела. Из-за этого возможные профилактические меры имеют ограниченное значение и должны применяться в первую очередь в отношении лиц, инфицирование которых может привести к неблагоприятным последствиям.

Беременных женщин необходимо строго оберегать от контакта с детьми, посещающих детские дошкольные учреждения и часто являющихся вирусовыделителями, а также внутриутробно инфицированных.

Этих мер часто бывает достаточно, чтобы предотвратить инфицирование персонала и предупредить нозокомиальную инфекцию. Детей с врожденной ЦМВИ следует изолировать в отдельные боксы.

Женщинам в период беременности следует рекомендовать избегать новых сексуальных контактов. Во время проведения обследования и лечения

женщинам с отягощенным акушерским анамнезом для предупреждения наступления беременности следует порекомендовать использование барьерных методов контрацепции. Женщинам, родившим ребенка с врожденной цитомегаловирусной инфекцией, следующая беременность может быть разрешена не ранее, чем через 2 года.

Всеобщий скрининг беременных на маркеры ЦМВИ не проводится. Тем не менее, в случае выявления серонегативных женщин за ними во время беременности следует установить особое наблюдение и периодически проводить обследование на маркеры ЦМВИ, особенно в первом и втором триместре беременности.

Прогноз и профилактика. Прогноз зависит от своевременности диагностики и проведения специфической терапии.

Профилактика врожденной цитомегаловирусной инфекции заключается в соответствующем обследовании женщин до наступления беременности или на ранних сроках и проведения превентивного лечения при выявлении активной ЦМВИ. Доноры крови, органов для трансплантации должны быть обследованы на наличие у них ЦМВИ. Необходимо ограждать людей с ослабленным иммунитетом от контактов с инфицированными, детьми с врожденной ЦМВИ. По причине выделения вируса в окружающую среду до 5 лет.

При рождении ребенка с врожденной цитомегаловирусной инфекцией следующая беременность может быть разрешена не менее чем через два года.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

2.1. Структура и штаты медицинского персонала отделения патологии беременных №2 перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

Перинатальный центр (корпус №1) находится по адресу: г. Белгород, ул. Некрасова, 8/9

Перинатальный центр функционирует на 485 коек, из них 110 коек для беременных и рожениц, 110 для новорожденных, 150 коек патологии беременности, 55 коек отделения патологии новорожденных и 60 гинекологических.

Врачами перинатологами проводятся консультации беременных женщин, направленных из ЛПУ области для определения тяжести сопутствующей патологии и возможности вынашивания беременности.

Резервом улучшения качества медицинской помощи является внедрение высокотехнологичной медицинской помощи, направленной на коррекцию экстрагенитальной патологии и восстановление репродуктивной функции организма, дальнейшее внедрение понятия «прегравидарная подготовка» вступающих в брак и планирующих рождение ребенка.

Основными направлениями деятельности являются:

- ✓ Оказывает консультативно-диагностическую, лечебную и реабилитационную помощь преимущественно наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий.

- ✓ Осуществляет взаимодействие между учреждениями охраны материнства и детства, а при необходимости и другими организациями здравоохранения; оперативное слежение за состоянием беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных детей, нуждающихся в интенсивной помощи, обеспечивает своевременное оказание им специализированной медицинской помощи при выявлении осложнений.
- ✓ Проводит клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам и детям раннего возраста, сбор и систематизацию данных о результатах выхаживания новорожденных детей с различной патологией.
- ✓ Организует и обеспечивает в структурных отделениях Центра противоэпидемический режим и качество лечебно-диагностического процесса на основе стандартизированных видов медицинской помощи.
- ✓ Оказывает анестезиолого-реанимационную помощь, организует выездные формы помощи женщинам и детям.
- ✓ Апробирует и внедряет в деятельность учреждений охраны материнства и детства современные медицинские технологии профилактики, диагностики и лечения, направленные на снижение материнских, перинатальных потерь и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин.
- ✓ Осуществляет профилактику отдаленных последствий перинатальной патологии (ретинопатии недоношенных, тугоухости с детства, детского церебрального паралича и др.).
- ✓ Обеспечивает систему реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологическую и социально-правовую помощь женщинам и детям раннего возраста.
- ✓ Проводит организационно-методическую работу по повышению профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам перинатальной помощи, организует и проводит конференции, совещания по актуальным вопросам охраны здоровья матери и ребенка.

Руководит отделением Иванисова Инна Адольфовна заведующая отделением, врач I квалификационной категории.

Отделение патологии беременных №2 расположено в новом корпусе перинатального центра и развернуто на 45 коек. Палаты в отделении одно-, трех- и четырехместные, обеспечены отдельным санузелом и душевыми комнатами.

За год в отделении проходят лечение и обследование около 1600 беременных с различной акушерской и экстрагенитальной патологией.

В отделении проводится:

1. Диагностика и лечение фетоплацентарной недостаточности;
2. Ведение и лечение беременных с синдромом задержки развития плода, мало- и многоводием;
3. Ведение беременности при хронической внутриутробной гипоксии плода различного генеза;
4. Ведение беременности с изосерологической несовместимостью крови матери и плода, различными заболеваниями крови матери (тромбоцитопении, аф-синдром, анемии и т.д.);
5. Ведение беременности, осложненной угрозой прерывания;
6. Ведение беременности после эко;
7. Ведение беременности у пациенток с гестозом различной степени тяжести;
8. Ведение беременности у пациенток с внутриутробным инфицированием плода (TORH-инфекции);
9. Ведение беременности при неправильном положении плода, патологии прикрепления плаценты;
10. Ведение беременности у пациенток с миомой матки;
11. Обследование, лечение и ведение беременных с различной экстрагенитальной патологией (сердечно-сосудистые заболевания,

включая пороки сердца; заболевания органов дыхания; печени и желчных путей; сахарный диабет и другие эндокринные заболевания).

Для лечения осложнений в течении беременности широко применяются плазмаферез, УФО-крови, физиотерапия, ГБО.

Еженедельно в отделении проводится общий обход беременных женщин с участием заведующего кафедрой акушерства и гинекологии БелГУ Карпова П.А., проводятся клинические разборы случаев осложненного течения беременности у женщин с экстрагенитальной и акушерской патологией с целью решения вопроса дальнейшего ведения данной беременности, времени и способа родоразрешения.

Все сотрудники отделения внимательно и чутко относятся к пациентам, прилагают максимум усилий для создания оптимальных условий их нахождения в нашем отделении.

2.2. Анализ статистических данных заболевания цитомегаловирусной инфекции у беременных отделения патологии беременных №2 перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя-Иоасафа»

Для определения количества беременных с заболеванием цитомегаловирусной инфекцией проанализируем статистические данные 2016-2018 г. (Таблица 1)

Таблица 1.

Статистические данные за 2016-2018 гг.

Год	2016	2017	2018
Общее число беременных	5488	4518	5122
Количество	1	2	2

беременных с ЦМВ-инфекцией			
----------------------------	--	--	--

На основании представленных данных можно сделать вывод, что контингент беременных с заболеванием ЦМВ - инфекцией не имеет тенденции к росту заболеваемости. Это объясняется своевременным проведением просветительно-профилактических мероприятий направленных на снижение заболеваемости или рецидива данной болезни.

2.3. Анализ информированности респондентов отделения патологии беременных №2 на тему ИППП, в том числе и цитомегаловирусной инфекции

Методом нашего исследования было анкетирование (приложение 2). В исследовании приняли участие 30 беременных разного возраста.

Чтобы оценить риск развития цитомегаловирусной инфекции, у исследуемых, им рекомендовалось пройти несложный тест, где участники могли ответить на ряд вопросов, после чего были подсчитаны и проанализированы их ответы.

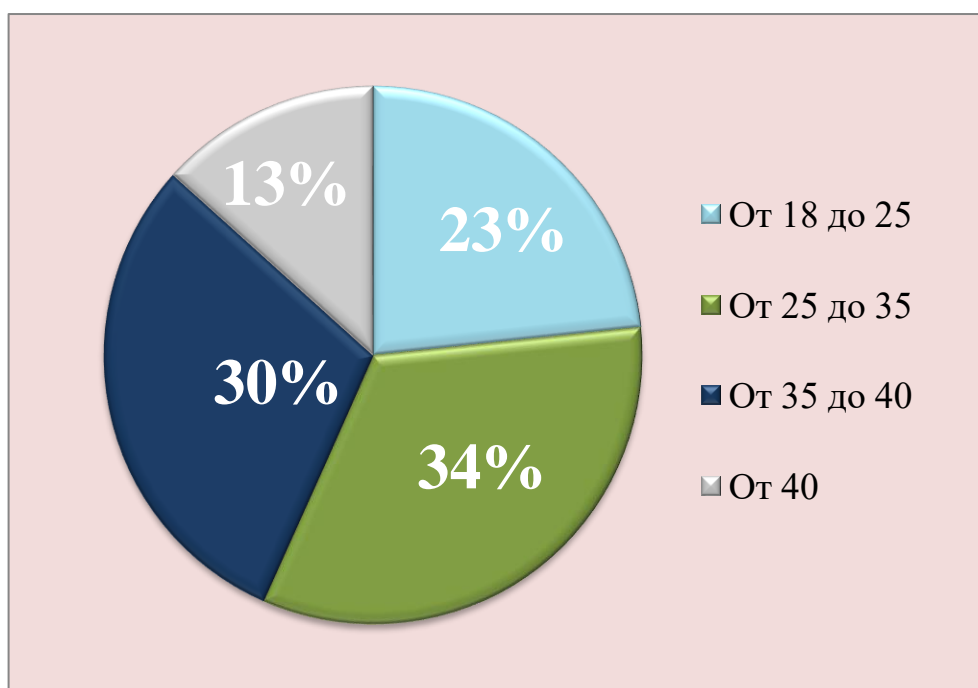


Рис. 1. Анализ респондентов по возрастной группе

Из анализа (Рис. 1) возрастных групп установлено:

1. От 18 до 25 лет –23%
2. От 25 до 35 лет –34%
3. От 35 до 40 лет –30%
4. От 40 лет-13%

Все респонденты участвующие в тесте проживают в разных населенных пунктах: -17 чел.- проживают в городе, -13 чел.- жители села(Рис. 2).

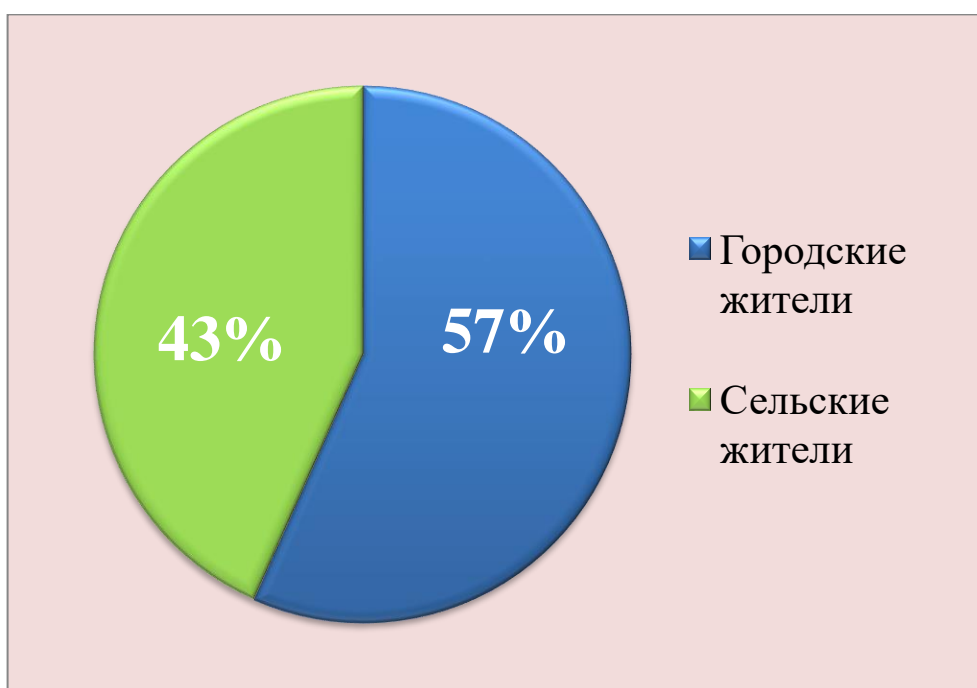


Рис. 2. Анализ респондентов по месту жительства

Из расчетов показано, что большинство респондентов (57%) проживают в городе, остальные 43%- жители села.

На вопрос о «семейном положении» (Рис. 3) 57% респондентов указали «замужем» и 43% «не замужем».

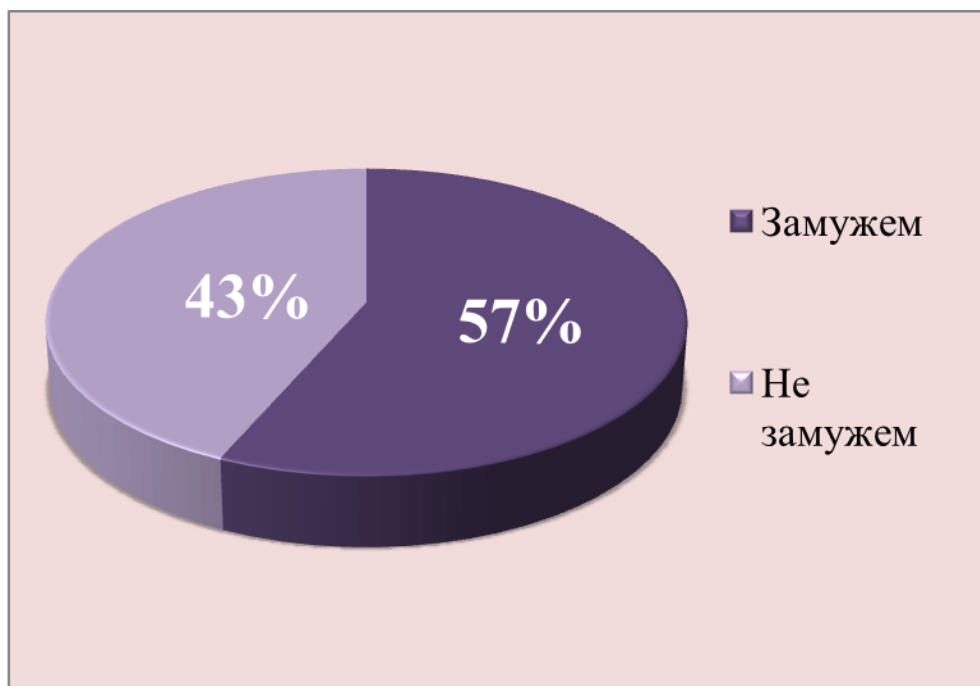


Рис. 3. Анализ респондентов о семейном положении

На вопрос «Первая ли у Вас беременность на данный момент?» (Рис. 4) 40% женщин ответили да, а 60% нет.

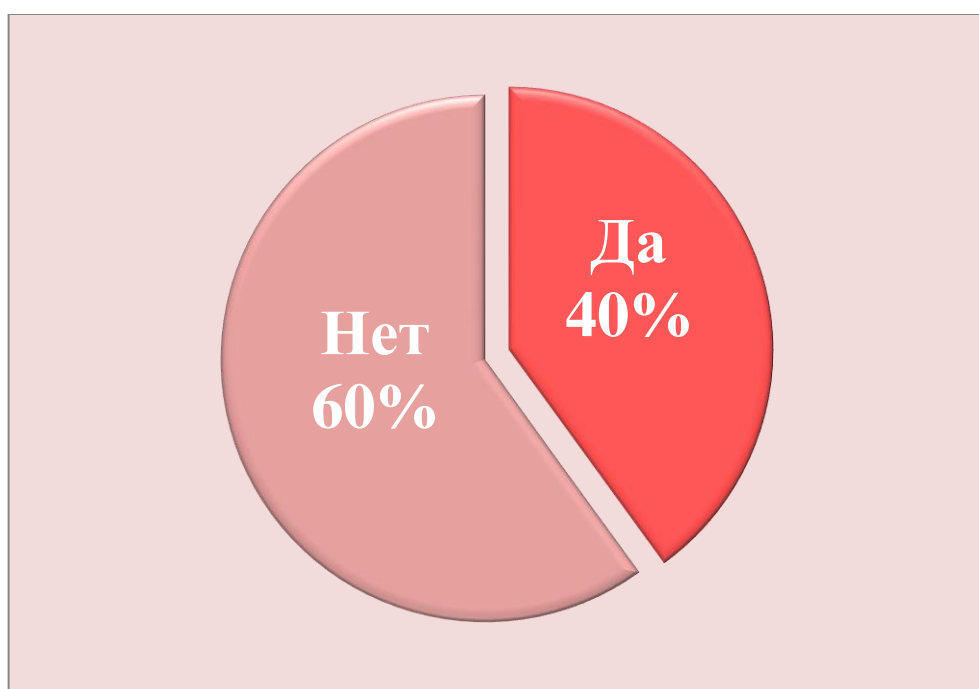


Рис. 4. Анализ респондентов по счету беременности

На вопрос, «На какой неделе Вы встали на учет в женскую консультацию?» (Рис. 5) 80% «до 12 недель», 20% ответили после 12 недель».

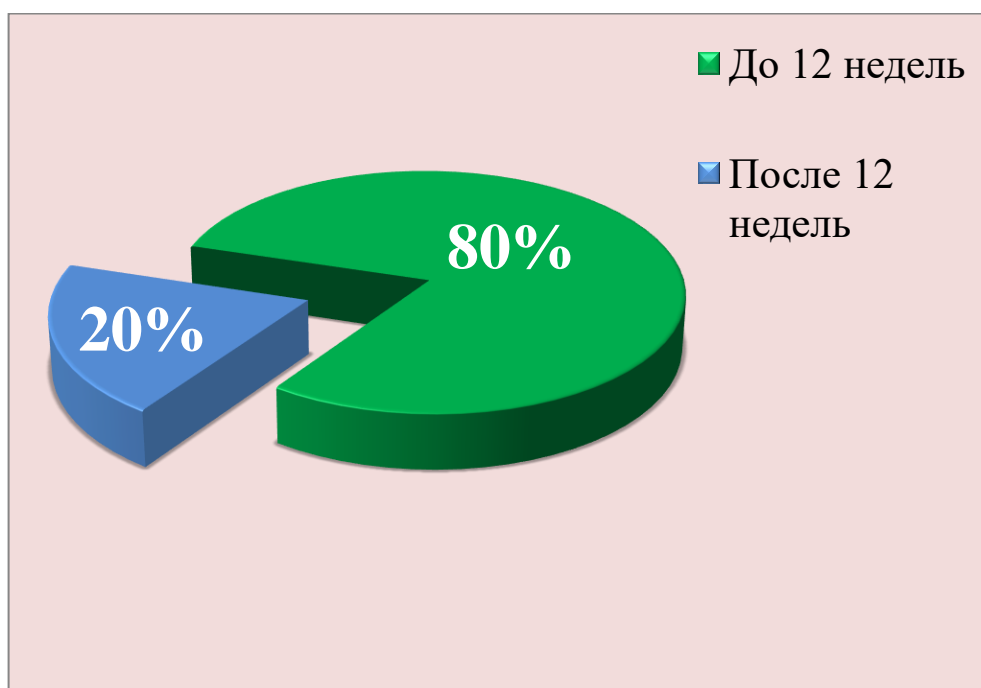


Рис. 5. Анализ респондентов о сроке постановки на учет в женскую консультацию

На вопрос о том знают ли беременные о понятии, об ИППП отмечен диаграммой (Рис. 6) следующий ответ: все 30 респондентов имеют общие знания об ИППП.

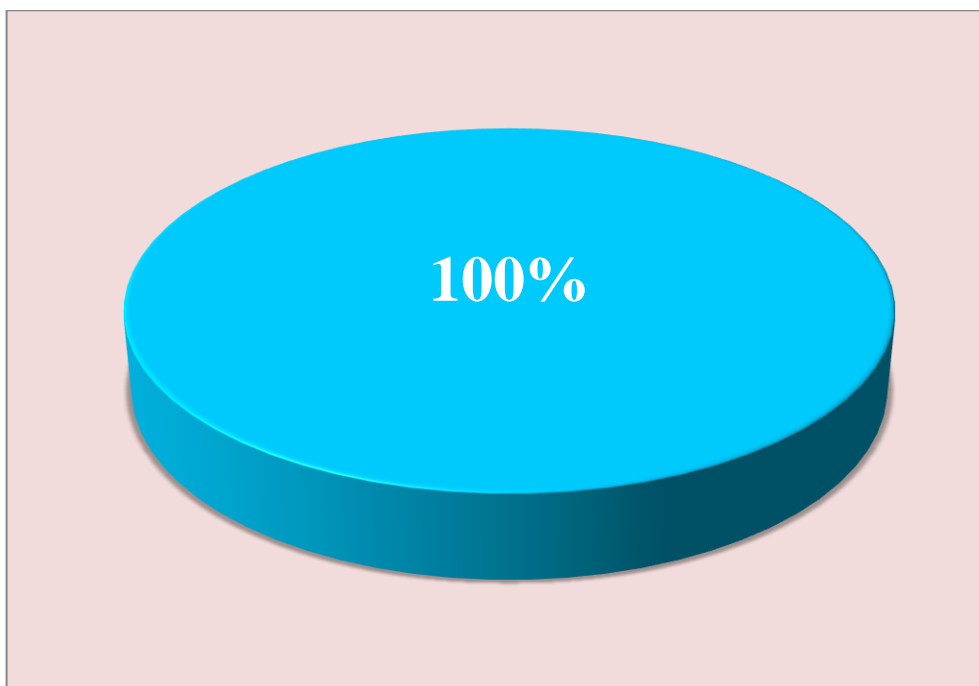


Рис. 6. Анализ респондентов о знаниях, об ИППП

На вопрос «От кого Вы получили эту информацию?» мы получили следующие сведения от респондентов (Рис. 7): 20% получили информацию от медицинских работников, 13% от родственников, 33% из литературных источников (справочники, буклеты, брошюры) и 34% из средств массовой информации.

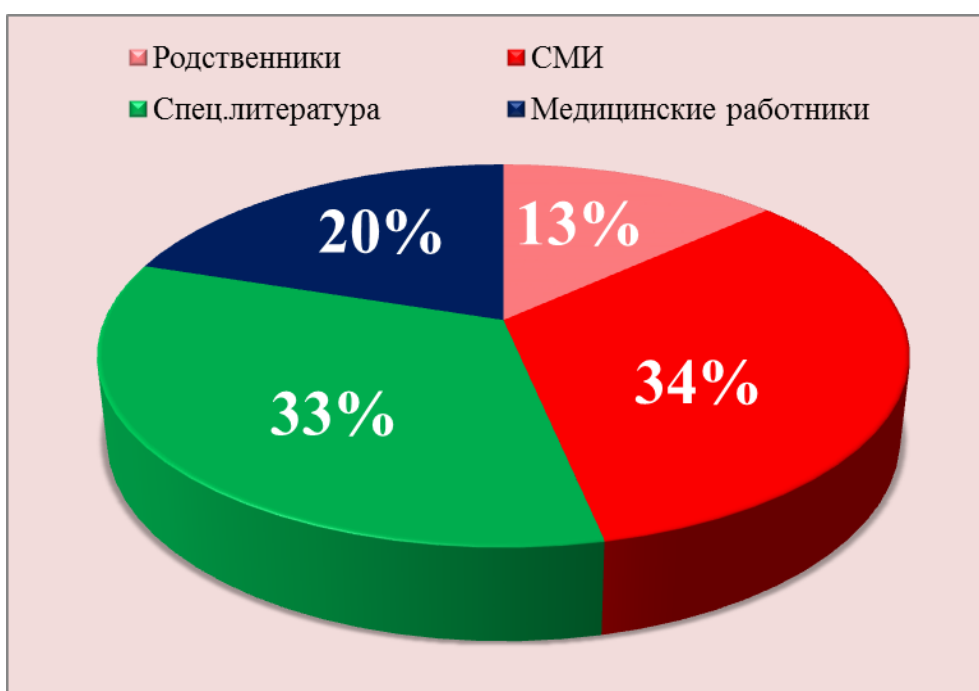


Рис. 7. Анализ респондентов о средствах получения информации об ИПП

На вопрос «Были ли у Вас случаи заражения ИППП?» респонденты ответили (Рис. 8) 13% ответили «Да», 67% «Нет», и 20% опрошенных респондентов затрудняются в ответе.

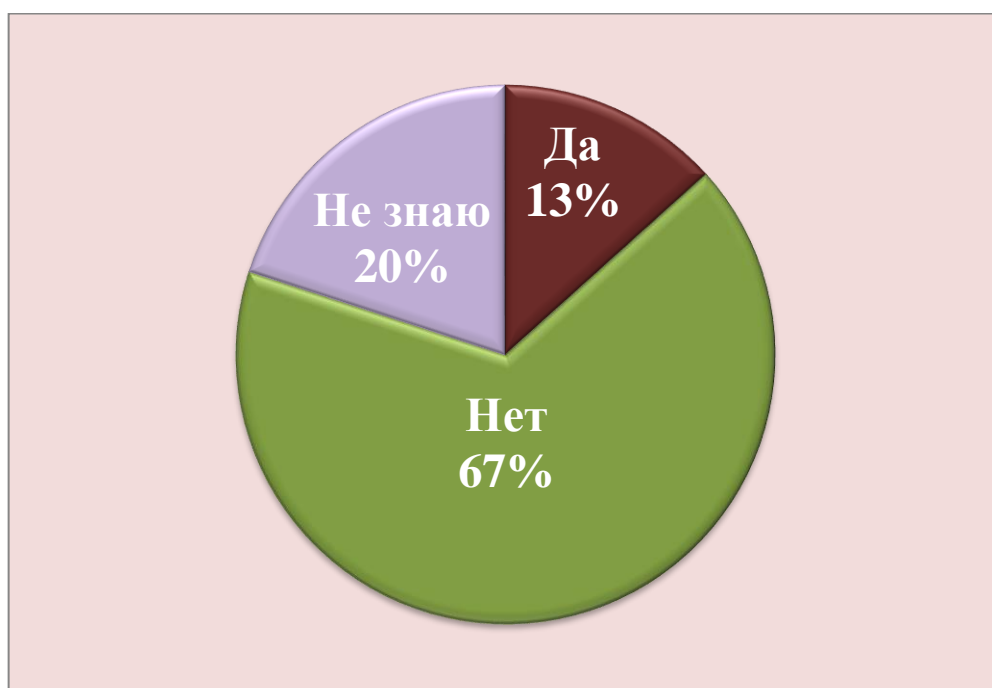


Рис. 8. Анализ респондентов на случай заражения ИППП

На вопрос: «Куда бы Вы обратились за помощью в случае заражения инфекцией, передающейся половым путем?» респонденты ответили (Рис. 9): 13% обратились бы к родственникам, 3% в аптеку, 7% не стали бы обращаться никуда и значительное число опрошиваемых обратились бы в больницу - 77%.

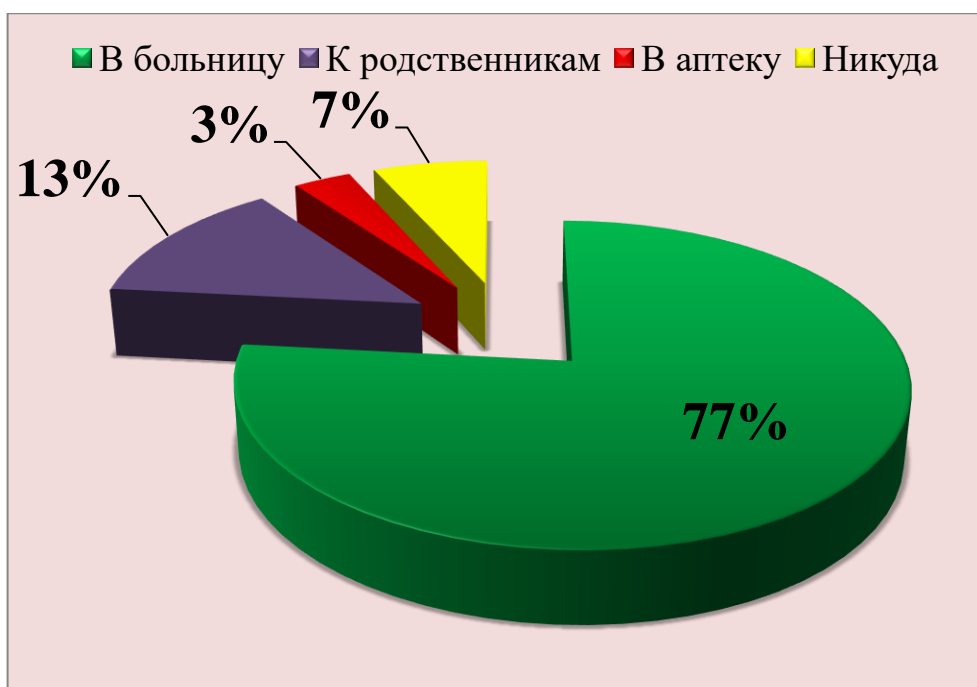


Рис. 9. Анализ респондентов на тему места обращения в случае заражения ИППП

На вопрос «Как часто вы посещаете поликлинику?» (Рис. 10) респонденты ответили: 10% не посещают поликлинику, 30% не регулярно обращаются в поликлинику и 60 % опрошиваемых респондентов регулярно обращаются в поликлинику. Исходя из полученных данных, мы можем сделать вывод, что большая часть респондентов относится серьезно к своему здоровью и регулярно посещают поликлинику.

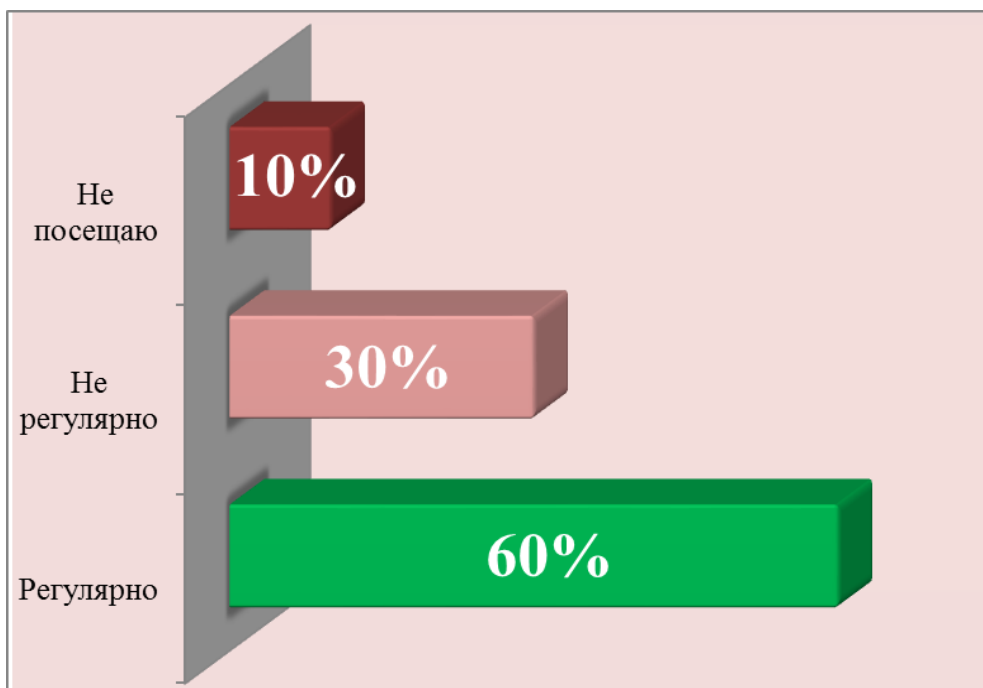


Рис. 10. Анализ респондентов на частоту посещения поликлиники

На вопрос, «Знаете ли Вы что такое анализ на TORCH-инфекции и его важность при планировании беременности?» (Рис. 11), респонденты ответили таким образом: «Да» 73% респондентов, «Нет» 27%.

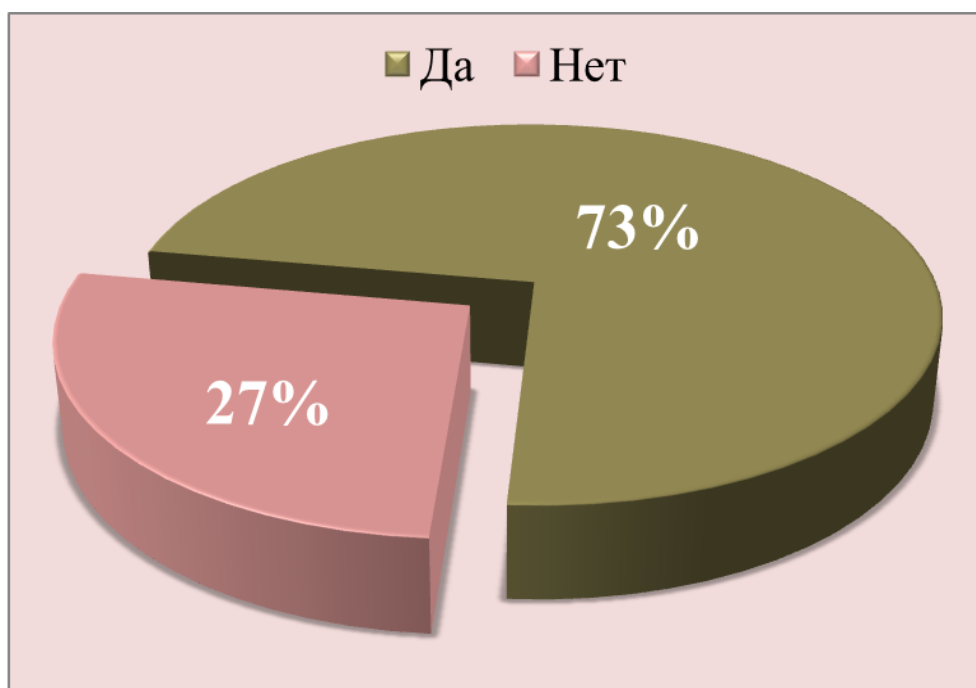


Рис. 11. Анализ респондентов на проверку знаний о TORCH-инфекциях и значимости этого анализа в планировании беременности

Подойдя к вопросу «Знаете ли Вы что такое цитомегаловирусная инфекция или поцелуйная болезнь?» (Рис. 12) большинство респондентов дали положительный ответ -63%, а оставшая часть-37% респондентов не информирована о данной болезни.

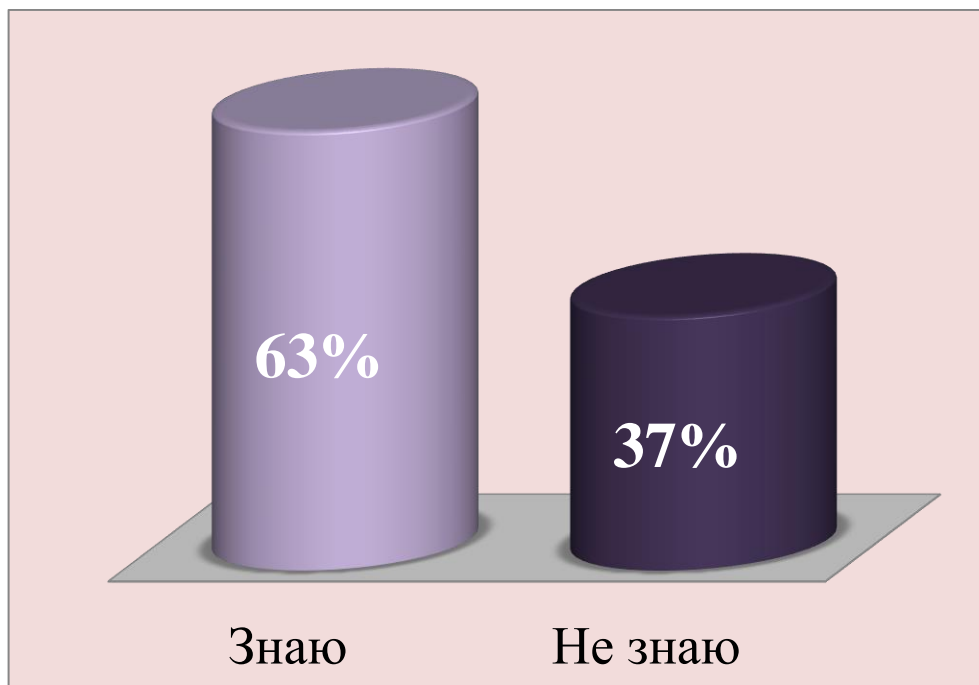


Рис. 12. Анализ респондентов на знания о цитомегаловирусной инфекции

На вопрос, «Какие Вы знаете способы защиты от цитомегаловирусной инфекции» (Рис. 13) 60% респондентов дали правильный ответ, 10% опрошенных указали гормональные контрацептивы, и 30% указали презервативы.

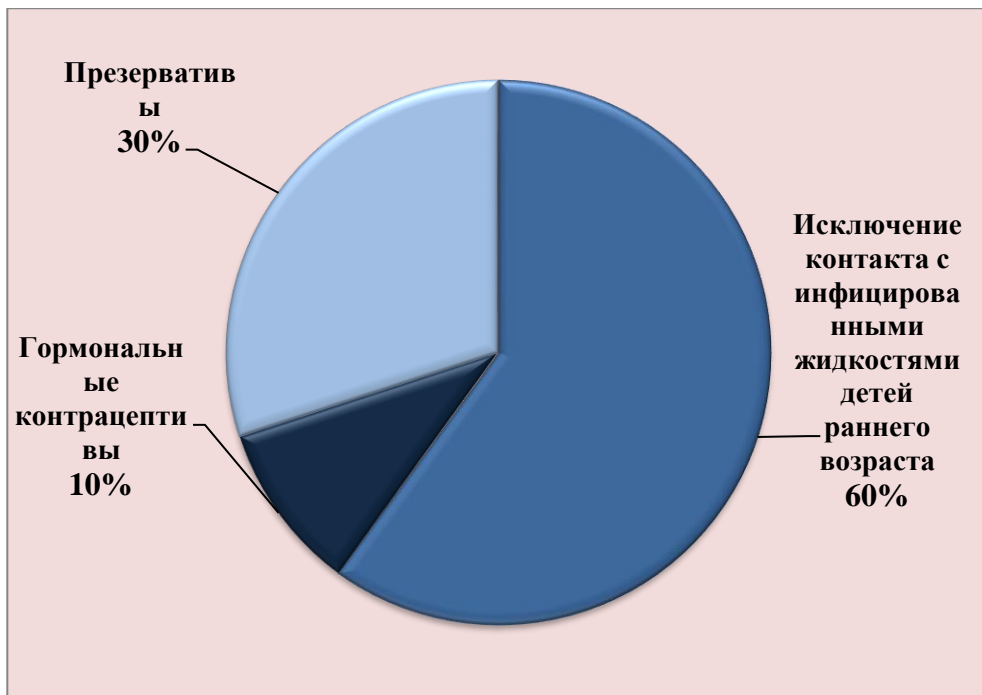


Рис. 13. Анализ респондентов о способах защиты от цитомегаловирусной инфекции

На вопрос «Как Вы думаете, принадлежите ли Вы к группе риска заражения цитомегаловирусной инфекцией» (Рис. 14) анализ показал, что 67% респондентов не считают, что принадлежат к группе риска, а 33% считают, что входят в группу риска заражения ЦМВИ.



Рис. 14. Анализ респондентов на принадлежность к группе риска

На вопрос «Довольны ли Вы санитарно-просветительной работой среднего медицинского персонала, направленной на профилактику ИППП?» (Рис. 15) анализ показал, что большая часть респондентов, а именно 83% довольны работой медперсонала, а 17% респондентов не довольны работой медперсонала.

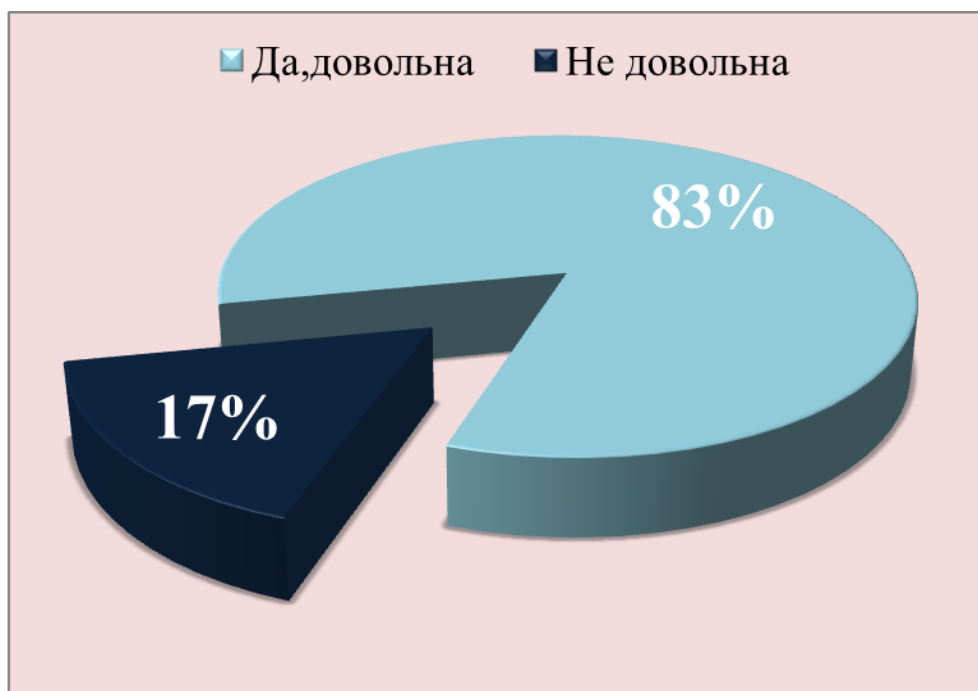


Рис. 15. Анализ респондентов на обслуживание медицинского персонала

На диаграмме показано, что большое количество респондентов (83%) довольны работой и обслуживанием медицинского персонала; 17%-составили пациенты, которые хотели получить больше сведений о профилактике ИППП, нуждаются в доверительной беседе, требуют к себе более внимательного отношения.

После проведенной исследовательской работы нами, были сделаны следующие выводы:

После проведенной исследовательской работы нами, были сделаны следующие выводы:

- Об ИППП знают все 100% респондентов.

- 20% респондентов получили информацию от медицинских работников, 13% от родственников, 33% из специальных литературных источников и 34% получили информацию посредством СМИ.

- 13% болеют или перенесли ИППП, 67% нет, и 20% опрошенных респондентов затрудняются в ответе.

- В случае заражения ИППП, за помощью наши респонденты обратились бы:

1. 13% к родственникам
2. 3% в аптеку
3. 7% никуда бы не обратились
4. 77% обратились бы в больницу

- 60% нами опрошенных респондентов регулярно посещают поликлинику, что свидетельствует о серьезном отношении респондентов к своему здоровью. 30% не регулярно посещают поликлинику и 10% не посещают поликлинику вовсе, что говорит о халатном отношении к своему здоровью.

- О важности прохождения анализа на TORCH-инфекции перед планированием беременности и во время беременности знает большинство респондентов – 73%, а 27% не информированы о значимости данного анализа.

- О цитомегаловирусной инфекции не знает всего 37% опрошенных респондентов, остальная часть (63%) знают о ЦМВ-инфекции и ее опасности на плод.

- О способах защиты знают 60% респондентов, 10% опрошенных указали гормональные контрацептивы, и 30% указали презервативы.

- 67% респондентов не считают, что принадлежат к группе риска, а 33% считают, что входят в группу риска заражения ЦМВИ.

- 83% нами опрошенных респондентов довольны санитарно-просветительной работой медицинского персонала, но 17% респондентов,

считают, что медицинский персонал мало предоставляет информации о профилактике ИППП.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Необходима более углубленная подготовка медицинского персонала и повышение их профессиональной компетенции для профилактики и оказания помощи пациентам.
2. Все исследования по ЦМВ должны быть проведены на стадии планирования беременности.
3. В случае серонегативности (отсутствия инфицирования) перед беременностью обязательно нужно принять все меры, чтобы не заболеть во время беременности (презервативы, витаминотерапия, ношение маски в публичных местах, перевод на домашнюю работу);
4. В случае серопозитивности и выделения ДНК вируса из крови нужно посетить гинеколога и инфекциониста для выбора тактики лечения беременной.
5. Регулярно проводить беседы и создавать санитарные бюллетени, буклеты, памятки, видеоролики о причинах заболевания цитомегаловирусной инфекцией и её профилактики, а также пропагандировать здоровый образ во всех службах здравоохранения.
6. Женщинам во время беременности следует порекомендовать избегать новых сексуальных контактов, имея в виду возможность инфицирования серонегативных или реинфицирования серопозитивных.
7. Фактор высокого риска инфицирования беременных женщин — контакт с инфицированными детьми первых лет жизни, которые могут длительно выделять ЦМВ в слюне и моче. В многочисленных исследованиях показано, что только изменение гигиенических поведенческих навыков с уменьшением контактов беременной женщины с инфицированными жидкостями (моча, слюна, кровь) детей раннего возраста сокращают частоту сероконверсии к ЦМВ, а значит, и риск врожденной ЦМВИ плода

8. Все медицинские работники должны обладать знаниями о ЦМВИ и ее профилактике. Учитывая потенциальный риск врожденной ЦМВИ у беременных, все беременные женщины должны получать информацию о ЦМВИ и ее профилактике.

В заключение нужно сказать, что «не так страшен черт, как его малюют». Именно эти слова можно отнести и к ЦМВИ – инфекции, но только в том случае, если все знать о ней в собственном организме, и эти знания приобрести до наступления беременности. Тогда вероятность рождения здорового малыша приближается к 100%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Главным условием профилактики цитомегаловирусной инфекции у беременных является квалифицированная и систематизированная медицинская помощь. Все медицинские работники независимо от специальности должны быть осведомлены о возможном влиянии цитомегаловирусной инфекции на человеческий организм, о воздействии на иммунитет, ее клиническом и социальном значении, основных направлениях профилактики и лечения цитомегаловирусной инфекции. Но первыми профилактику ЦМВИ должны начинать акушеры-гинекологи, в первую очередь в женских консультациях. На первом месте системы профилактики инфекционных заболеваний, в том числе цитомегаловирусной инфекции, находится рациональное питание и здоровый образ жизни беременных. Для предотвращения внутриутробного инфицирования проводится обследование женщин с неблагоприятными исходами беременностей в анамнезе с целью возможного назначения иммунокорректирующих препаратов вне беременности. К профилактическим относятся меры, направленные на снижение риска парентерального заражения. Серонегативным женщинам, планирующим беременность, и беременным следует предоставить информацию о потенциальных путях инфицирования (половые контакты, контакты с детьми, выделяющими вирус), им необходимо воздержаться от поцелуев в губы детей младшего возраста. Активная вакцинация является оптимальным способом предотвращения первичной инфекции. В настоящее время разработаны и оценены в I и II фазах клинических испытаний 2 вакцины – аттенуированная живая HCMV вакцина Towne 125 и вакцина субъединичного гликопротеина В.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология [Текст]: М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2002, -736с.
2. Белоусова Я.Д., Николаенко А.Ю., Савченко Е.А.
ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ [Текст] // Научное сообщество студентов XXI столетия. ЕСТЕСТВЕННЫЕ НАУКИ: сб. ст. по мат. LXI междунар. студ. науч.-практ. конф. № 2(60). URL: [https://sibac.info/archive/nature/2\(60\).pdf](https://sibac.info/archive/nature/2(60).pdf)
3. Киселев О.И., Виноградская Г. Р., Стукова М.А., Руденко В.И.
Герпесвирусные инфекции [Текст]: лекарственные препараты и ПЦР-мониторинг терапии //
4. Лечащий врач № 4/2018; Номера страниц в выпуске: 90-95
5. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология [Текст]: Учебник для студентов медицинских вузов [Текст] / под ред. А.А. Воробьева. -2е изд., испр. и доп.- М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2008, -704с.
6. Маянский А.Н. Микробиология для врачей [Текст]: Нижний Новгород, 1999.-- С. 392
7. Поздеев О.К Медицинская микробиология: учебное пособие [Текст] / под ред. акад. РАМН В. И. Покровского. 4-е изд. испр.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2006 - 768С
8. Цинзерлинг А.В. 1993; Туки Пат А., Пекхем Катрин С., 2000; Рахманова А.Г., Кирпичникова Г.И., Неверов В.А., Ремезов А.П. 2003.
9. <http://www.google.com/amp/s/amp.ivrach.ru/2002/11/4529792/>
10. <https://medi.ru/info/2034>
11. <https://medic.studio/meditsinskaya-parazitologiya-kniga/tsitomegalovirusnaya-infektsiya> [Текст] -44020.html

12. Rawlinson W. D., Boppana S. B., Fowler K. B., Kimberlin D. W. et al. [Текст] Congenital cytomegalovirus infection in pregnancy and the neonate: consensus recommendations for prevention, diagnosis, and therapy [Текст] // Lancet Infect Dis. 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(17\)30143-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(17)30143-3).
13. Marsico C., Kimberlin D. W. Congenital Cytomegalovirus infection: advances and challenges in diagnosis, prevention and treatment [Текст] // Italian Journal of Pediatrics. 2017, 43: 38.
14. http://umedp.ru/articles/tsitomegalovirusnaya_infektsiya_i_beremennost_pregnavidarnaya_podgotovka_i_terapiya.html

ПРИЛОЖЕНИЯ



Анкета

Выяснение социологических, клинических и этических проблем респондентов отделения патологии беременных ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница имени Святителя Иоасафа».

Уважаемые респонденты!

Просим Вас принять участие в несложном анкетировании для выявления уровня информированности по вопросам профилактики цитомегаловирусной инфекции и повышения качества медицинской помощи. Анкетирование проводится анонимно.

1. Возраст: _____

2. Ваше место жительства:

A. Город

B. Село

3. Семейное положение

A. Замужем

B. Не замужем

4. Первая ли у Вас беременность на данный момент?

A. Да

B. Нет

5. На какой неделе Вы встали на учет в женскую консультацию?

A. До 12 недель

B. После 12 недель

6. Знаете ли Вы о таком понятии как «ИППП»?

A. Да

B. Нет

7. От кого Вы получили эту информацию?

A. Родственники

B. Специальная литература

C. СМИ

D. Медицинские работники

8. Куда бы Вы обратились за помощью в случае заражения инфекцией, передающейся половым путем?

- A.** Больница
- B.** Родственники
- C.** Аптека
- D.** Никуда

9. Как часто вы посещаете поликлинику?

- A.** Не регулярно
- B.** Регулярно
- C.** Не посещаю

10. Знаете ли Вы что такое анализ на TORCH-инфекции и его важность при планировании беременности?

- A.** Да
- B.** Нет

11. Знаете ли Вы что такое цитомегаловирусная инфекция или поцелуйная болезнь?

- A.** Знаю
- B.** Не знаю

12. Довольны ли Вы санитарно-просветительной работой среднего медицинского персонала, направленной на профилактику ИППП?

- A.** Да, довольна
- B.** Не довольна

СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ!