[Токсоплазмоз](http://www.diagnos.ru/diseases/infec/toksoplazmoz) относится к ТОRCH-инфекциям, объединенным одним признаком – возможностью передачи возбудителя внутриутробным (вертикальным) путем, то есть, от матери к ребенку. Вызывается заболевание внутриклеточным паразитом, относящимся к простейшим, токсоплазмой.

Токсоплазмоз для множества людей в худшем случае может стать лишь досадной помехой, но во время беременности инфицирование может привести к печальным последствиям.

**Пути передачи**

Восприимчивость к инфекции очень высокая, в России зафиксировано 20% населения, инфицированного данными паразитами. Особенно высок процент инфицированных в регионах с теплым климатом и среди женщин (выше, чем у мужчин в 2-3 раза). Выделяют 4 пути передачи токсоплазм:

* алиментарный (плохо прожаренное мясо, употребление сырого мяса, зелень, овощи и фрукты с земли);
* контактный (контакт с представителями кошачьих, особенно с беспризорными и «незнакомыми» кошками, предметы ухода за кошкой: лоток, миска, игрушки, подстилка, через почву – грязные руки);
* трансплацентарный – внутриутробное заражение при остром токсоплазмозе во время беременности;
* трансплантация органов, переливание крови.

За время беременности инфицируется токсоплазмой 1% женщин, а у 20% инфицированных беременных происходит трансплацентарная передача паразита плоду.

Установлено, что трансплацентарная передача токсоплазмы возможна только в случае инфицирования после наступления беременности. Если наступила повторная беременность, то вертикальная передача возбудителя не происходит.

* В случае заражения более чем за 6 месяцев до настоящей беременности, обычно плод не поражается.
* Если инфицирование токсоплазмой произошло менее чем за полгода до беременности, в большинстве случаев возможен самопроизвольный аборт.

Риск инфицирования плода прямо пропорционален сроку гестации (связано это с повышенной проницаемостью плаценты). Но следует отметить, что шансы рождения ребенка с тяжелыми признаками врожденного острого токсоплазмоза в случае заражения женщины на поздних сроках беременности уменьшаются.

**Опасность при беременности**

Инфицирование плода возможно у беременных в случае первичного заражения токсоплазмой и в случае реактивации (то есть инфекционный процесс протекал скрыто, но во время беременности активировался, это бывает очень редко и составляет менее 1%) токсоплазмы во время вынашивания плода у серопозитивных женщин (имеющих иммуноглобулины класса G).

Плод подвержен инфицированию на любом сроке беременности, но особая опасность его заражения возникает в первом-втором триместрах. Если женщина заболела токсоплазмозом в третьем триместре, то в большинстве случаев у новорожденного отмечаются бессимптомное течение заболевания с развитием клинических признаков через несколько месяцев и лет.

Тяжесть поражения плода зависит от срока беременности:

* в 0-8 недель риск заражения составляет 17% и ведет к тяжелым порокам развития или внутриутробной гибели (анэнцефалия, мертворождение, самопроизвольный аборт, анофтальмия, гидроцефалия, увеличение печени и селезенки и прочие);
* в 8-18 недель риск заражения равен 25% и приводит к тяжелым поражениям головного мозга (гидроцефалия, кальцификаты в мозге), печени, глаз и судорожному синдрому;
* в 18-24 недели риск заражения составляет 65% и ведет к нарушению функций внутренних органов: желтуха, анемия, увеличение печени и селезенки, тромбоцитопения;
* в 24-40 недель риск заражения плода составляет 80%, и протекает врожденный токсоплазмоз у 90% новорожденных бессимптомно, с манифестацией проявлений через несколько лет (глухота, задержка психического развития, хориоретинит, эпилептические припадки).

**Диагностика**

Для лабораторной диагностики токсоплозмоза обычно используют серологические реакции:

* реакцию непрямой иммунофлюоресценции (или РНИФ) и
* иммуноферментный анализ (ИФА).

С помощью серологических методов в крови беременной определяют наличие/отсутствие иммуноглобулинов класса М и G (антитела к токсоплазмам IgM и IgG).

Диагноз подтверждают нарастающие и высокие титры иммуноглобулинов в динамике (исследования повторяют дважды с промежутком в 2-4 недели). Если отмечается повышение титров в 4 раза или обнаруживаются иммуноглобулины класса М и G (IgM и IgG), то говорят о свежей инфекции.

Антитела класса IgM сохраняются в крови до 6-го месяца от инфицирования, тогда как IgG образуются с 6-8 недели заражения и свидетельствуют о нестерильном иммунитете или хроническом токсоплазмозе

Для подтверждения диагноза необходимо сравнение серологических реакций в динамике, то есть повторяют исследования крови женщины через 2-4 недели.

* Если у беременной IgG и IgМ не обнаружены – это значит, что она не была заражена токсоплазмами вообще, следовательно, сохраняется риск инфицирования во время беременности,
* При обнаружении IgG < 40 Ед/мл – носительство токсоплазм, риска инфицирования плода нет.
* В случае обнаружения IgG > 200 Ед/мл, но отсутствуют IgМ, как и нет нарастания титра антител в динамике – ситуация свидетельствует о хроническом приобретенном токсоплазмозе. В том и другом случае беременность сохраняется, специфического антипаразитарного лечения не проводят.
* Если обнаруживаются антитела класса G и М и отмечается их нарастание в динамике, решается вопрос о дальнейшем пролонгировании беременности.

Необходимость пренатальной диагностики ([кордоцентез](http://www.diagnos.ru/procedures/manipulation/kordocentez__pokazanija_sroki_rezultaty) – исследование пуповинной крови, [амниоцентез](http://www.diagnos.ru/procedures/manipulation/amniocentes) – исследование околоплодных вод)  при дальнейшем обследовании беременной:

* острый токсоплазмоз у женщины плюс данные УЗИ плода, подтверждающие его поражение (абсолютное показание);
* острый токсоплазмоз женщины плюс «нормальные» показатели УЗИ плода (относительное показание).

В случае выявления фетальной инфекции и УЗ-признаков повреждения плода беременность необходимо прервать. Если УЗ-признаки повреждения плода не обнаружены, назначается как антенатальная, так и постнатальная (после рождения) терапия.

**Лечение**

Лечение токсоплазмоза у беременных осуществляет акушер-гинеколог совместно с инфекционистом.

**Последствия токсоплазмоза при беременности**

Самые тяжелые последствия возникают, когда вероятность трансплацентарной передачи очень низка, а тяжесть обусловлена отсутствием иммунитета у эмбриона. В таком случае беременность либо самопроизвольно прерывается, либо рождается ребенок с грубой органической патологией. Это возможно в 15% случаев инфицирования в первом триместре беременности.

Во втором триместре риск заражения плода составляет 20%, он переносит острый врожденный токсоплазмоз внутриутробно и при рождении диагностируется хронический латентный или манифестный токсоплазмоз.

При хроническом латентном токсоплазмозе признаки внутриутробной инфекции выявляются либо через несколько месяцев после рождения (начальные явления хориоретинита), либо в пубертатном возрасте. В течение первых 15 лет жизни латентный токсоплазмоз трансформируется в манифестную (клинически выраженную) форму в 60%. Проявляется в виде судорожных припадков, глухоты, хориоретинита, отставания в психическом развитии.

Если инфицирование женщины произошло в последние недели беременности (32-40), то в 65% случаев возможно рождение ребенка с симптоматикой острого врожденного токсоплазмоза (лихорадка, интоксикация, обильная сыпь, гепатоспленомегалия, желтуха, пневмония, миокардит, расстройства ЖКТ, геморрагический синдром).