

Diagnostyka chorób: paciorkowce z grupy B (GBS) u kobiet ciężarnych (odcinek 25/2011)

Paciorkowiec *Streptococcus agalactiae*, zaliczany do grupy serologicznej B (GBS), może występować w dolnym odcinku przewodu pokarmowego, odbycie i w pochwie nie wywołując żadnych objawów zakażenia. W pochwie kobiet ciężarnych występują warunki sprzyjające szybkiemu namnażaniu się tych paciorkowców, które mogą stać się poważnym zagrożeniem dla noworodka.



Dlaczego badanie jest ważne?

Podczas porodu *Streptococcus agalactiae* przedostaje się do jamy ustnej, a następnie dróg oddechowych i przewodu pokarmowego noworodka. Ryzyko przekazania GBS przez matkę noworodkowi w czasie porodu wynosi aż 70%. U 2 - 4 na 1000 urodzonych dzieci może rozwinąć się zakażenie. W pierwszym tygodniu życia najczęściej jest to zapalenie płuc i posocznica, a w ciągu pierwszych 3 miesięcy dochodzi do tego jeszcze zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych.

W Polsce stwierdzono kolonizację GBS w zależności od regionu od kilkunastu do ok. 30% kobiet w ciąży. W związku z tym w 2010 roku Polskie Towarzystwo Ginekologiczne zaleciło badanie nosicielstwa GBS u ciężarnych na terenie całego kraju.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia Dz. U z 2010 roku, Nr 187 w okresie między 33 a 37 tygodniem ciąży u wszystkich ciężarnych należy wykonać badanie przesiewowe w kierunku obecności GBS.

Jak przebiega badanie?

W celu realizacji badania należy pobrać wymazy z przedsionka pochwy oraz z odbytu przy pomocy 2 jałowych wymazówek. Wymazówki z pobranym materiałem należy umieścić osobno w podłożu transportowym i jak najszybciej dostarczyć do pracowni mikrobiologicznej.

Laboratorium po stwierdzeniu obecności *Streptococcus agalactiae* wykonuje oznaczenie lekooporności na penicylinę lub ampicylinę oraz na erytromycynę i klindamycynę. Lekarz prowadzący ciążę wpisuje w Karcie Ciąży ewentualną informację o kolonizacji wraz

z wynikiem oznaczenia lekowrażliwości. Ponieważ przeważnie po odstawieniu leku szybko następuje nawrót kolonizacji GBS, więc w czasie ciąży nie próbuje się likwidować nosicielstwa. Stosuje się za to profilaktykę okołoporodową.

Leczenie

Kobiecie przyjętej do porodu podaje się penicylinę G lub ampicylinę do zakończenia porodu. Jeżeli pacjentka jest uczulona na penicylinę, a paciorkowiec wrażliwy na erytromycynę i klindamycynę, można podać jeden z tych leków. Jeżeli paciorkowiec jest oporny na te antybiotyki, podaje się wankomycynę.

Po porodzie, przez co najmniej 24 godziny obserwuje się noworodka, czy nie wystąpią u niego oznaki zakażenia. Jeżeli tak, leczy się go antybiotykami. Wszystkie szczepy *S. agalactiae* są genetycznie wrażliwe na penicylinę i wankomycynę, tzn. nie występują szczepy odporne na te antybiotyki. Jednocześnie penicyliny są lekami bezpiecznymi zarówno dla matki, jak i dla dziecka (oczywiście, jeżeli nie są na nie uczuleni, a to zdarza się bardzo rzadko).

Dlatego biorąc pod uwagę wysoką częstotliwość ciężkich zakażeń GBS u noworodków i względną łatwość oraz nieszkodliwość profilaktyki okołoporodowej, badania nosicielstwa w wysokiej ciąży mogą przynieść ogromne efekty.

ZAPAMIĘTAJ!

W okresie między 33 a 37 tygodniem ciąży u wszystkich ciężarnych należy wykonać badanie przesiewowe w kierunku obecności GBS.

W tym celu należy pobrać wymazy z przedsionka pochwy oraz z odbytu przy pomocy 2 jałowych wymazówek.

Wymazówki z pobranym materiałem umieścić osobno w podłożu transportowym i jak najszybciej dostarczyć do pracowni mikrobiologicznej.

PYTANIE KONKURSOWE (do artykułu 24/2011)

Dlaczego ważne jest szybkie wykrycie i leczenie zakażenia *Helicobacter pylori*?

Odpowiedzi należy udzielić za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie: www.invicta.pl/konkurs.

**Zwycięzcą konkursu z odcinka 23/2011 została
Pani Anna Mendak**

Materiał przygotowany przez:

Ekspertki Laboratoria Medyczne INVICTA

Odcinek dostępny na www.pzpoz.pl oraz www.invicta.pl