

# Хламидийная инфекция и беременность

Выполнила:  
студентка л1-со-174В  
Сырвакова А.О.





Хламидийная инфекция (хламидиоз; урогенитальная хламидийная инфекция) - инфекционное заболевание, передаваемое половым путем, возбудителем которого является *Chlamydia trachomatis*.

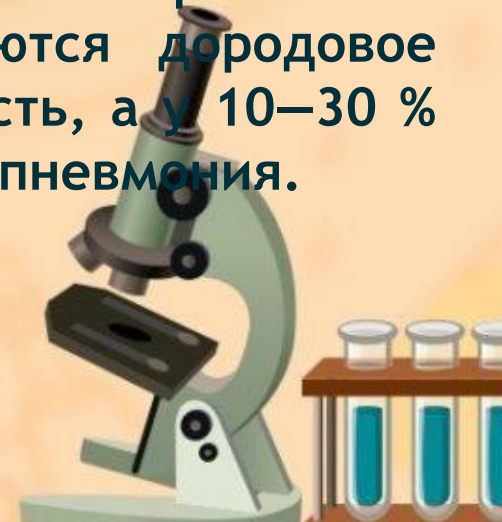
В большинстве стран мира урогенитальная инфекция, вызванная *Chlamydia trachomatis* (серотипы D-K), является самой распространенной инфекцией, передаваемой половым путем, как у мужчин, так и у женщин.



- Бессимптомное или малосимптомное течение заболевания (у женщин до 80%)
- Многие женщины являются носительницами инфекции долгие годы, даже не подозревая об этом
- Возможность узнать об инфекции возникает лишь при наступлении беременности в результате лабораторного обследования



- Воспалительные заболевания способствуют появлению анатомических изменений в виде спаек и перегибов, нарушению тканевых структур и перистальтической активности. Источником инфицирования, как правило, являются заболевания, передаваемые половым путем (хламидиоз, трихомоноз, гонорея, гарднереллез и др.).
- Особое значение хламидийная инфекция имеет у беременных, учитывая неблагоприятные последствия для плода и послеродовые осложнения у матери.
- Заболевание диагностируют у 3–12 % беременных. При хламидийной инфекции могут развиваться уретрит, слизистогнойный цервицит, острый сальпингит. У таких беременных происходят преждевременные роды, отмечаются дородовое излитие околоплодных вод, их инфицированность, а у 10–30 % детей через 1–3 мес. развивается хламидийная пневмония.



□ С другой стороны, не подлежит сомнению, что урогенитальный хламидиоз у беременных является фактором риска развития хламидийной инфекции у новорожденных.

□ Инфицирование происходит в 23-70% случаев, преимущественно во время родов при прохождении плода через инфицированные родовые пути. При этом у 11-50% детей, рожденных женщинами с хламидиозом, в первые две недели жизни развивается конъюнктивит, а у 3-16% на 1-3 месяц жизни хламидийная пневмония.

□ Одновременно могут проявляться и другие признаки врожденного хламидиоза: фарингит, отит, вульвовагинит, уретрит, пневмония. У недоношенных детей после пневмонии возможно развитие генерализованной инфекции и специфического миокардита, описаны случаи хламидийного менингита и энцефалита.



# Пути передачи

- Источник инфекции - человек, болеющий хламидиозом. Важно помнить, что заболевание в течение длительного времени может протекать **без симптомов**. Сам «носитель» может даже и не подозревать о том, что представляет для своего партнера серьезную опасность.
- Еще один путь передачи инфекции - «вертикальный» (от матери к плоду). Хламидии при беременности попадают в амниотическую жидкость, а затем они поражают плод. Его инфицирование происходит по причине того, что он заглатывает амниотическую жидкость. Хламидии могут оседать на слизистые оболочки ребенка.



# Патогенез

Цикл развития хламидии включает две различные по морфологии и биологическим характеристикам формы существования микроорганизмов: -стадию элементарных телец -стадию ретикулярных (инициальных) телец. Элементарное тельце - высокоинфекционная форма возбудителя. Оно прикрепляется к поверхности клетки-мишени и входит в нее посредством фагоцитоза, усиленного вирулентными факторами инфекционного агента. Инициальное тельце - форма внутриклеточного существования хламидии, очень лабильна вне клеток хозяина, метаболически активна и является формой, обеспечивающей репродукцию возбудителя.



# Классификация:

По топографии:

- поражение нижнего отдела уrogenитального тракта(неосложненный хламидиоз)
- восходящая хламидийная инфекция (осложненный хламидиоз)

По длительности:

- свежий(давность заражения до 2 месяцев)
- хронический(давность заражения более 2 месяцев)

По стадиям течения:

- острая
- подострая
- торпидная(малосимптомная)





Урогенитальный хламидиоз представляет существенный фактор риска возникновения хламидийной инфекции у новорожденного. Инфицирование происходит в 60-70 % случаев, преимущественно интранатально контактным путем или при аспирации содержимого родовых путей, хотя возможно заражение и в антенатальном периоде. В 20-50 % случаев у новорожденных от инфицированных хламидиями матерей в течение первых 2 нед жизни развивается конъюнктивит, а в 10-20 % случаев на 1-3-м месяце жизни - хламидийная пневмония, характеризующаяся торпидным течением, реже наблюдаются назофарингит и вульвовагинит.



# Симптомы хламидиоза при беременности

Очень часто заболевание протекает абсолютно бессимптомно. В этом и заключается коварство хламидий. Примерно 67% женщин и не подозревают о том, что они заражены. В остальных случаях хламидиоз дает о себе знать, но его признаки не ярко выражены.

Женщины, страдающие хламидиозом и не подозревающие об этом, могут заметить у себя слизисто-гнойные или слизистые выделения из влагалища, которые могут отличаться от нормальных желтоватым цветом или неприятным запахом.

В области внутренних и наружных половых органов могут быть несильные боли, а также зуд и жжение. Симптомами хламидиоза при беременности могут являться и дискомфортные ощущения внизу живота.



# Хламидиоз и беременность

- Обострение хламидийной инфекции особенно опасно при беременности, поскольку может привести к различного рода осложнениям.
- Возможные осложнения:
  - на ранних сроках возможны выкидыши,
  - на поздних сроках преждевременное отхождение околоплодных вод и преждевременные роды,
  - в родах высока вероятность инфицирования плода (конъюнктивиты, фарингиты, отиты и даже пневмонии).



# Методы диагностики

- ПЦР в режиме реального времени для идентификации *Chlamydia trachomatis*- обнаружение генома *Chlamydia trachomatis*;
- ПЦР на другие ИППП (в первую очередь идентификация *Mycoplasma genitalium*) до начала терапии (уровень II);
- Определение *Chlamydia trachomatis* в биологическом материале в реакции иммунофлюоресценции- обнаружение более 5 элементарных телец в препарате;
- Реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном в сыворотке крови;
- Общеклиническое исследование уrogenитального мазка (окраска метиленовым синим и/или по Граму) на другие ИППП (до начала терапии и после лечения 2 раза).
- Инструментальные исследования:
- Цистоуретроскопия: обнаружение воспалительной реакции слизистой уретры - эрозии, язвы, инфильтрация, стриктуры;
- Кольпоскопия: обнаружение эрозии, язвенных поражений, кист, объемных образований;
- бактериологическое исследование биологического материала для идентификации других ИППП;
- УЗИ органов малого таза.



# Показания для консультации специалистов

- консультация гинеколога - с целью диагностики возможных осложнений;
- консультация уролога - с целью диагностики возможных осложнений;
- консультация психотерапевта - с целью психологической адаптации.



# Урогенитальная хламидийная инфекция и беременность

При применении противомикробных средств во время беременности необходимо строго соблюдать определенные правила:

- учитывать сроки беременности: особенно тщательно решать вопросы необходимости антимикробной химиотерапии и выбора препаратов при сроках до пяти месяцев беременности, т.к. к этому периоду происходит окончательное завершение эмбриогенеза
- использовать лекарственное средство, наиболее безопасное при беременности, с известными путями метаболизма (критерии FDA US)
- в процессе применения антимикробных средств необходимо строго контролировать состояние матери и плода



## Лечение беременных

Лечение беременных заключается в проведении 10–14-дневных курсов этиотропной антибактериальной терапии, количество которых зависит от выраженности инфекционного процесса и течения беременности. Антибиотиком выбора является эритромицин. Низкий индекс плацентарной проницаемости является недостатком этого препарата при лечении ВУИ, в связи с чем его назначают по 2 г в сутки в перерывах между приемом пищи. Эффективны также аналоги эритромицина – эригексал, эрик, эрацин, эритРан. Джозамицин (вильпрафен) по спектру антимикробного действия близок к эритромицину, практически не дает побочных эффектов, не разрушается в кислой среде желудка, а по эффективности воздействия на хламидии приравнивается к доксициклину. Препарат назначают по 2 г в сутки в 2–3 приема в течение 10–14 дней. При индивидуальной непереносимости природных макролидов допустимо назначение клиндамицина по 0,3–0,45 г 4 раза в день внутрь или по 0,3–0,6 г в сутки внутримышечно. В клинике доказана эффективность амоксициллина. Препарат применяют внутрь или внутримышечно по 0,5–1 г в сутки. С учетом способности хламидии образовывать L-формы при использовании полусинтетических пенициллинов широкое применение амоксициллина нецелесообразно.



## Особые ситуации

### Лечение беременных женщин

С хламидийной инфекцией ассоциированы такие состояния, как преждевременные роды, конъюнктивит и пневмония новорожденных. Выбор препаратов имеет существенное значение из-за их возможного нежелательного воздействия на развитие плода и исход беременности. В популяциях с высокой частотой заболевания (например, >5%) необходимо проводить скрининг беременных женщин на *S. trachomatis* и, в случае положительной реакции, проводить соответствующее лечение (уровень II, класс B). В таблице 5 представлены рекомендуемые схемы лечения беременных женщин, инфицированных *S. trachomatis*.

**Таблица 5** Рекомендованные схемы лечения беременных женщин, инфицированных *S. trachomatis* (данные различных клинических рекомендаций)

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
Антибактериальные препараты	Азитромицин	таблетки 250, 500 мг	1,0 г	однократно	Доксициклин и препараты хинолонового ряда (офлоксацин и т.д.) в терапии <i>S. trachomatis</i> во время беременности противопоказаны.
	Джозамицин	Таблетки 500, 1000 мг	500 мг	по 500 мг три раза в день в течение 7 дней	
	Эритромицин	Таблетки 100, 250, 500 мг	500 мг	по 800 мг перорально 4 раза в день в течение 7 дней (или) по 400 мг перорально 4 раза в день в течение 14 дней	



Применение многих высокоэффективных препаратов для лечения хламидийной инфекции (тетрациклины (доксициклин), фторхинолоны) запрещено вследствие их возможного тератогенного и/или эмбрио- и фетотоксического действия



**Спасибо за внимание**

