

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*.

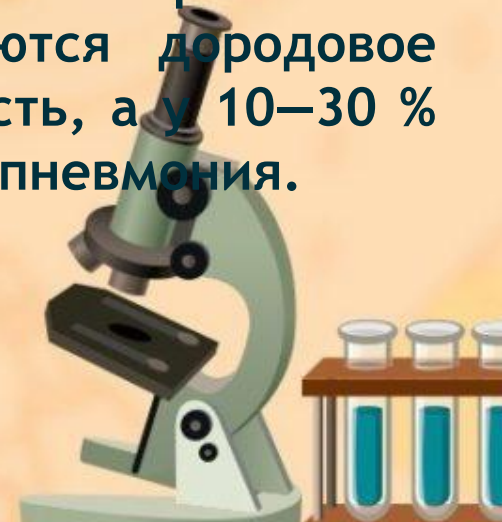
В большинстве стран мира урогенитальная инфекция, вызванная *Chlamydia trachomatis* (серотипы D-K), является самой распространенной инфекцией, передаваемой половым путем, как у мужчин, так и у женщин.



- 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

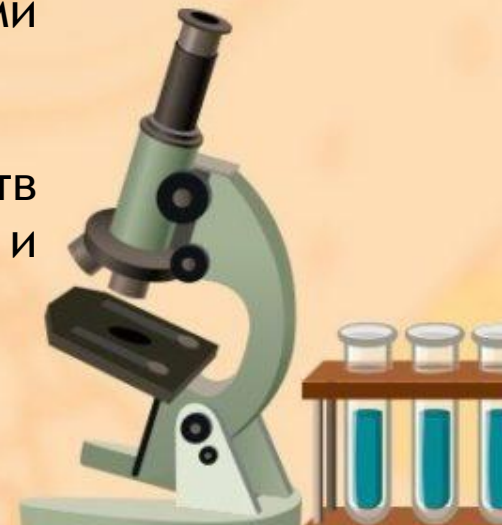
- консультация гинеколога - с целью диагностики возможных осложнений;
- консультация уролога - с целью диагностики возможных осложнений;
- консультация психотерапевта - с целью психологической адаптации.



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

