

Внутриутробные инфекции. Неонатальный хламидиоз

Выполнила: врач-ординатор 1 года обучения, специальность "Педиатрия"
Москалева Софья Александровна

Актуальность

В структуре инфекционно-воспалительных заболеваний новорожденных хламидийная инфекция (*Ch. trachomatis*) достигает 6-7%.

Перинатальная смертность при хламидиозе достигает 5,4-15,5%

Хламидии способны препятствовать механизмам иммунной защиты, индуцировать иммунодефицитные состояния, длительную персистенцию и хронизацию, формирование отсроченной иммунопосредованной патологии.

Этиология возбудителя

Хламидии- являются облигатными внутриклеточными паразитами, имеют вид мелких грамм-отрицательных кокков, тропны к цилиндрическому эпителию.

Имеют две формы существования хламидий: внеклеточная – элементарное тельце (ЭТ) и внутриклеточная – ретикулярное тельце (РТ). При неблагоприятных условиях возможна L-подобная трансформация хламидий.

Хламидии чувствительны к действию ультрафиолетового излучения и высокой температуре. Хламидии высокочувствительны к этанолу, фенолу, лизолу.

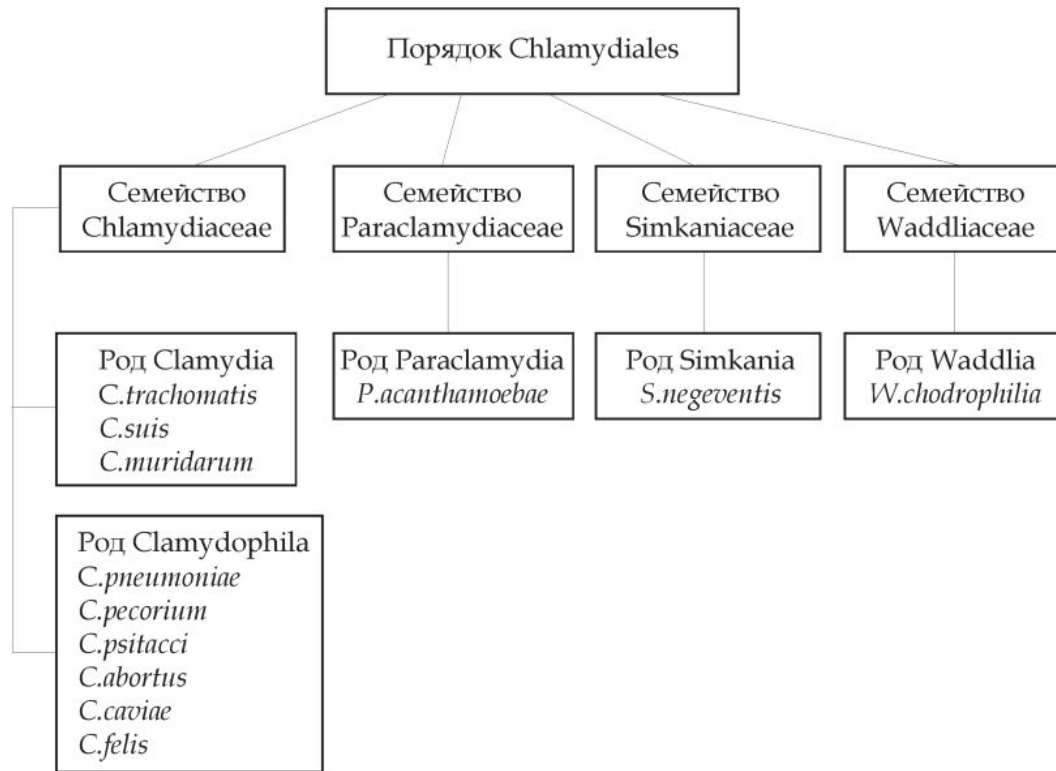


Рис. 1. Новая таксонология микроорганизмов порядка *Chlamydiales*.

Последствия непролеченного генитального хламидиоза во время беременности

- самопроизвольный выкидыш
- преждевременные или запоздалые роды
- несвоевременное излитие околоплодных вод
- кровопотеря более 300 мл
- послеродовая лихорадка
- эндометрит
- ВУИ плода

Эпидемиология

Источник инфекции - инфицированная мать.

Заражение плода хламидиями возможно по периодам:

- интранатально (контактный путь инфицирования и восходящий)
- антенатально (в результате аспирации околоплодных вод и попадания возбудителя на слизистые оболочки конъюнктивы, дыхательных путей, вульвы и уретры, ЖКТ),

Эпидемиология (2)

Пути инфицирования:

- восходящий – при наличии у матери специфического кольпита и цервицита и локализации процесса в области придатков матки;
- нисходящий - при наличии инфекции в эндометрии и плодных оболочках (трансдецидуальный)
- предполагается возможность трансплацентарного внедрения хламидий.

При внутриутробном инфицировании- опасность повреждения органов и систем формирующегося плода.

При инфицировании в родах- угроза пневмонии и конъюнктивита новорожденных.

Патогенез

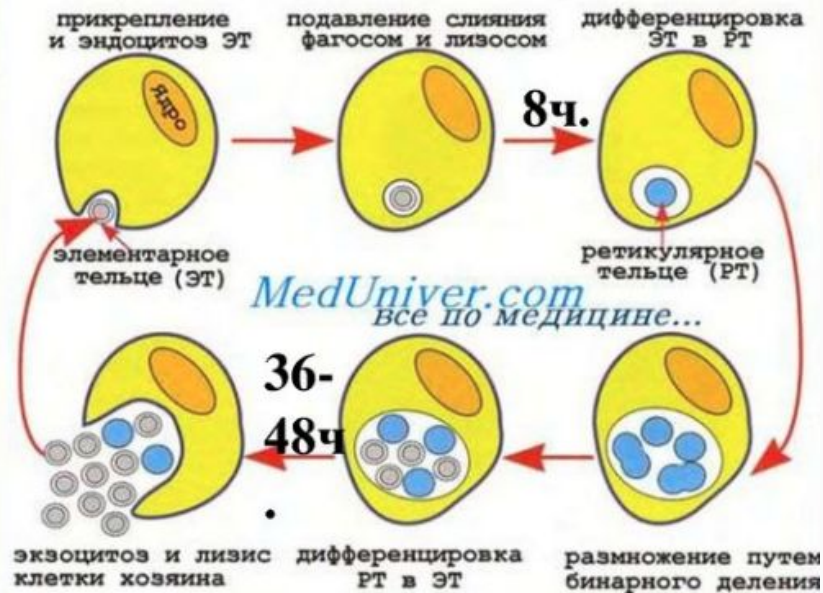
ОЗП:

- выделение TNF-фактора, активация ПОЛ →разрушение эпителиоцитов
- усиление метаболизма арахидоновой кислоты и изменение синтеза ПГ → нарушения МЦР, повышению сосудистого тонуса, расстройства гемодинамики по обоим кругам кровообращения.

Стадии патогенеза

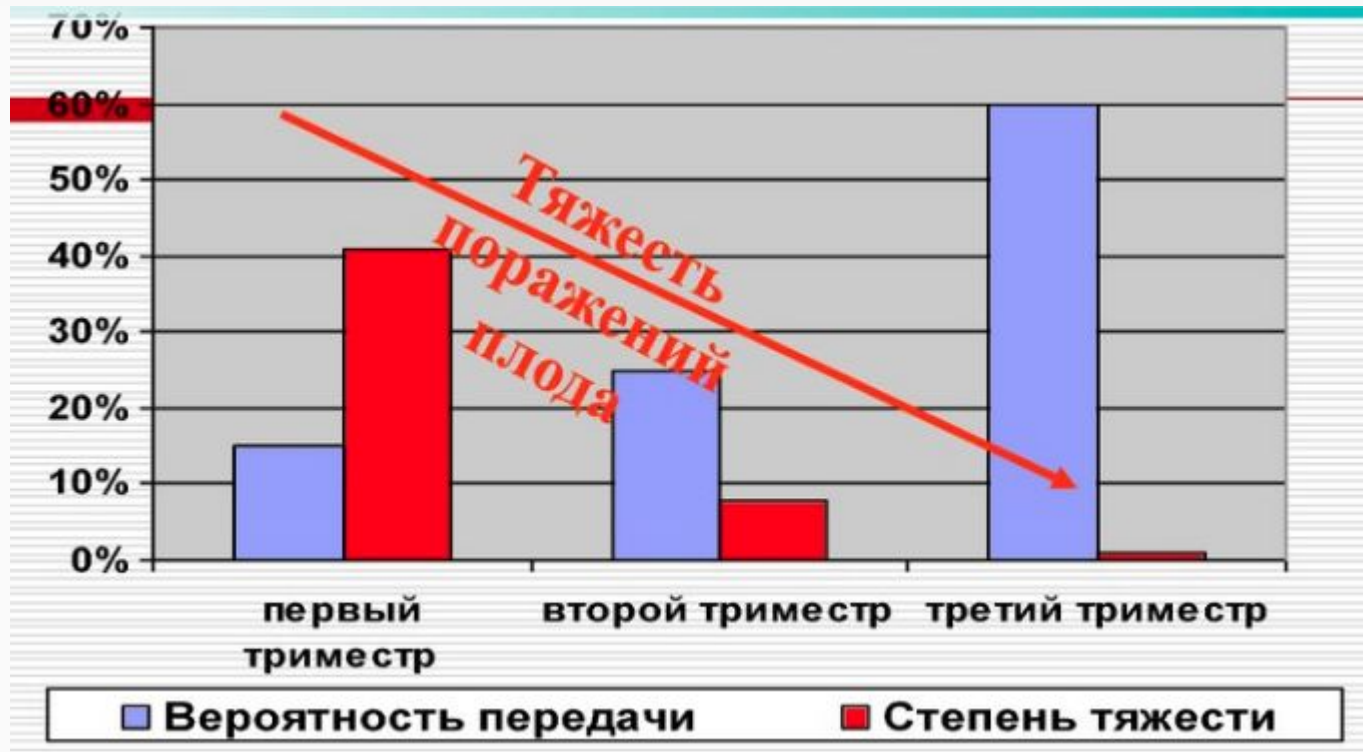
1. Инфицирование- попадание на слизистые оболочки
2. Первичная региональная инфекция:
 - поражение клеток-мишеней эпителия элементарными тельцами (ЭТ)
 - репродукция через 8 часов после инвазии из ЭТ внутриклеточных ретикулярных телец (РТ)
 - переход РТ в ЭТ (разрушение клеток эпителия с последующей инвазией клеток через 48-72 ч)
1. Распространение инфекции с появлением клиники
2. Иммунопатологические состояния (генотип HLA B27)

Репликативный цикл Chlamydia trachomatis



В силу особенностей биологического цикла хламидий и морфофункциональной зрелости новорожденного ребенка развитие локальной воспалительной реакции происходит медленно и выявляется обычно лишь на 2-4 неделе жизни.

Трансплацентарная передача и тяжесть поражения



Как заподозрить?

В анамнезе:

- 1) выявление хронических урогенитальных заболеваний у родителей;
- 2) наличии патологии беременности: самопроизвольный выкидыш, угроза прерываний, поздний токсикоз, многоводие, преждевременная отслойка плаценты, преждевременные роды, плацентарная недостаточность, задержка развития и гипотрофия плода;
- 3) развитие во время беременности острого вульвита и кольпита.

В настоящее время отсутствует общепринятая классификация хламидийной инфекции новорожденных

Характерно наличие локализованных форм:

- конъюнктивит (40-50%),
- офтальмохламидиоз
- пневмония, бронхит (10%),
- назофарингит (15-20%),
- отит (10-20%),
- сепсис,
- менингоэнцефалит,
- пиелонефриты (15%),
- уретрит,
- цервицит, вульвовагинит,
- гастроэнтерит,
- проктиты (5%),
- кардит.

При нескольких очагах поражения- заболевание трактуется как генерализованная форма ВУИ.

Респираторный хламидиоз

- преобладание в клинической картине поверхностного тахипноэ, отчетливого пароксизмального кашля, дыхательной недостаточности;
- признаки хронической внутриутробной гипоксии и пренатальной гипотрофии;
- симптомы интоксикации (изменение цвета кожных покровов, снижение аппетита);
- признаки токсической кардиопатии (склонность к тахикардии, глухость сердечных тонов, диффузные изменения обменно-восстановительных процессов в миокарде по данным ЭКГ);

Респираторный хламидиоз (2)

- отсутствие повышения температуры тела;
- скудные физикальные данные (отсутствие локальных физикальных изменений, или при аускультации чаще выслушиваются рассеянные мелкопузырчатые хрипы и крепитация);
- наличие на рентгенограмме грудной клетки двусторонних, симметричных, диффузных интерстициальных и мелкоочаговых инфильтратов;
- толерантность к традиционной терапии;

Хламидийный конъюнктивит

Начинается сразу после рождения или на 2-й неделе жизни. Наблюдаются припухлость век, гиперемия конъюнктивы и гноетечение из глаз. При осмотре конъюнктивы выявляются псевдомембранозные образования (фолликулы). Спустя 2-3 недели острый конъюнктивит заканчивается иногда даже без соответствующего лечения. Возможна хронизация процесса.

Может сочетаться с ринитом, в отделяемом из носа выявляется *Chlamidia trachomatis*, что можно отнести к первым признакам респираторного хламидиоза.

Фетальный гепатит

При генерализованных формах хламидийной инфекции возможно поражение печени в виде фетального гепатита. Известно, что хламидии активно стимулируют фибриллогенез.

Склеротические изменения в печени затрагивают желчные протоки и вызывают их атрезию.

Вероятно, хламидиоз вносит определенный вклад в развитие подобных тканевых пороков.

Поражение ЦНС

С первых суток жизни у всех обследованных детей отмечаются вялое сосание, частые срыгивания. Восстановление массы тела задерживается - гипотрофия.

Распознавание хламидийной инфекции у новорожденных представляет значительные трудности, поскольку клиническая картина расценивается как следствие перенесенной гипоксии и черепно-спинальной травмы или течение менингита или менингоэнцефалита, которые не имеют специфических клинических признаков.

Для подтверждения поражения центральной нервной системы *C. trachomatis* ПЦР реакция может проводиться с использованием спинно-мозговой жидкости.

Гастроэнтеропатии

относятся к редким формам проявления хламидийной инфекции у новорожденных.

Как правило, заболевание проявляется только кишечным синдромом и сопровождается развитием конъюнктивита.

Развившаяся гастроэнтеропатия может симулировать клинику высокой кишечной непроходимости и нуждается в проведении тщательного дифференциального диагноза.

Неспецифическая диагностика

- ОАК: анемия, длительный нейтрофилез, к концу 1-2 нед эозинофилия, моноцитоз, стойкая лимфопения

ПЦР-диагностика

Материалы для исследования новорожденного- соскобы с конъюнктивы нижнего века, задней стенки глотки, вульвы, **моча**

У беременных- соскобы со слизистой оболочки цервикального канала, уретры, **моча**

Серологические маркеры диагностики хламидиозов

Форма заболевания	IgM	IgA	IgG
Острая	Есть, титр увеличивается	Нет, затем появляются, титр увеличивается	Нет, затем появляются, титр увеличивается
Хроническая	-	Есть, высокий стабильный титр	Есть, высокий стабильный титр
Реактивация	-	Есть, титр увеличивается	Есть, титр увеличивается
Пост-инфекция	-	-	Есть, низкий стабильный титр

Профилактика

Выявление хламидиоза у женщин при планировании семьи и у беременных.

Прегравидарное лечение супружеской пары.

Обследование в акушерском стационаре пары: мать-дитя.

Лечение

Антибиотикотерапия острой формы и обострения хронической дает быстрый клинический эффект и обеспечивает полную элиминацию возбудителя.

При латентном и хроническом течении вне обострения антибиотикотерапия неэффективна и может привести к нежелательным последствиям!

Лечение новорожденных

Антибактериальная терапия должна проводиться в комплексе с интерферонотерапией, иммуноглобулинами, антиоксидантами.

Виферон 150 000 МЕ 2 раза в день в течение 10 дней.

При тяжелой форме - Виферон 250000 МЕ 2 раза в сутки в течение 5 дней, второй курс лечения проводился в обычной дозировке (по 150000 МЕ).

Недоношенным детям с гестационным сроком менее 34 недель:

Виферон 150 000 МЕ по 1 свече 3 раза в сутки с 8-часовыми интервалами. Курс лечения - 5 дней. При необходимости повторения лечения – перерыв между курсами - 5 дней.

Антибиотикотерапия

Макролиды

Эритромицин 40 мг/кг/дн 3 нед

Азитромицин (сумамед) 10-30 мг/кг 1 р/нед 3-6 нед

При отсутствии специфического лечения или при назначении эритромицина в течение 7-10 дней отмечена персистенция хламидий у новорожденных.

Излечение возможно при комплексной, длительной терапии (21 день) в условиях стационара

Спасибо за внимание!