

ЧАСТОТА И СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ХЛАМИДИЙНОЙ И УРЕАМИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЙ У БЕРЕМЕННЫХ И НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Юсуповой У.У.,
Джуманиязова Г.М.
*Ургенчский филиал Ташкентской
медицинской академии
г. Ургенч, Узбекистан*

Актуальность

Внутриутробные инфекции (ВУИ) — это инфекционные процессы, вызванные возбудителями, которые проникли к ребенку от матери либо до родов, либо в процессе рождения. По времени возникновения ВУИ могут быть анте - или интранатальными. Подавляющее большинство ВУИ вызывается оппортунистическими возбудителями (от лат. *opportunus* — выгодный, удобный), которыми мать инфицируется впервые во время беременности.

За последнее десятилетие существенно увеличилась частота внутриутробных инфекций, причем первое место в этиологической структуре этих заболеваний принадлежит хламидийной инфекции. Как известно, хламидиоз является одним из наиболее распространенных заболеваний, передаваемых половым путем. Это определяет высокий процент (20—40) выявления хламидийной инфекции у беременных женщин, особенно при наличии осложнений беременности. Поскольку вероятность передачи инфекции ребенку составляет 40—70%, то по меньшей мере 7% детей уже при рождении могут оказаться инфицированными хламидиями.

Беременность у женщин с урогенитальным хламидиозом протекает с осложнениями. Наиболее частые из них - угроза прерывания беременности, неразвивающаяся беременность на ранних сроках, аномалии плацентации, многоводие, преждевременные роды, плацентарная недостаточность. Пороки развития плода не являются патогномичными для хламидийной инфекции.

Основным и существенным фактором риска развития хламидийной инфекции у новорожденного является урогенитальный хламидиоз у матери в стадии



обострения, в тех случаях, когда беременность наступает на фоне хронической хламидийной инфекции. Наличие в крови женщины специфических антител препятствует распространению инфекционного процесса.

По данным В.П.Сметника (2021год), хламидии — грамотрицательные бактерии с уникальным циклом развития, включающим две различные по морфологии и биологическим свойствам формы существования микроорганизмов, которые называются элементарными и инициальными (ретикулярными) тельцами. Элементарное тельце — инфекционная форма возбудителя, адаптированная к внеклеточному существованию.

По данным Э.К. Айламазян (2003), инфицирование ребенка в большинстве случаев происходит еще до прохождения через родовые пути путем заглатывания и (или) аспирации околоплодных вод и оседания возбудителя на конъюнктиве, слизистой оболочке вульвы или уретры. Поэтому в зависимости от времени, прошедшего от момента инфицирования до рождения ребенка, и от гестационного возраста плода в раннем неонатальном периоде имеются различные типы проявлений инфекции.

У новорожденных, инфицированных *Ch. trachomatis*, поражение центральной нервной системы (ЦНС) уже в первые часы жизни проявляется нервно-рефлекторной возбудимостью или угнетением функции ЦНС не только у детей, перенесших асфиксию, но и у детей, родившихся в удовлетворительном состоянии. Отдаченные результаты хламидийного поражения ЦНС характеризуются тяжелыми поражениями мозга с формированием микроцефалии, микрофтальмии, ретинопатии или легкими резидуальными нарушениями по типу минимальной мозговой дисфункции, в структуре которой наблюдаются дизартрия, остаточные явления пирамидной недостаточности в форме рефлекторного гемисиндрома, гиперкинетического синдрома, энурез. Изучение морфологического субстрата внутриутробной хламидийной инфекции показало, что наиболее характерные изменения возникают в мягких мозговых оболочках и сосудистых сплетениях желудочков головного мозга («ватообразный



менингохориоидит») . Высокий процент церебральных расстройств у детей, внутриутробно инфицированных *Ch. trachomatis*, позволяет предположить ведущую роль хламидийной инфекции в их возникновении.

По мнению Н.Г.Кошелёва (2013), среди инфекций, передаваемых половым путем, на первое место вышли микоплазмы, а среди них *Ureaplasma urealytica*. Микоплазмы — это мельчайшие микроорганизмы, занимающие промежуточное место между вирусами и бактериями. У них нет клеточной стенки, а есть лишь плазматическая мембрана. Большая пластичность дает им возможность проникать через мельчайшие поры и щели, а это является предпосылкой для персистенции инфекции и бессимптомного течения заболевания. Местом персистенции и размножения микоплазм являются стволовые кроветворные клетки костного мозга. Микоплазмы — "мембранные паразиты". Они внедряются в фосфолипиды мембран клеток хозяина (например, лимфоциты, нейтрофилы), меняют структуру клеток, могут отделиться от клеток вместе с частью мембраны. Этот процесс продолжается долго, происходит персистенция микоплазм.

Таким образом, инфицирование ребенка может произойти во время беременности, в родах и послеродовом периоде. Лечебные и профилактические мероприятия должны охватывать все указанные периоды и осуществляться как в женской консультации, так и в стационаре. Подобный подход экономически оправдан, поскольку стоимость профилактики хламидийной и уреамикоплазменная инфекция в десятки раз меньше затрат на лечение и реабилитацию детей.

Ранняя диагностика, своевременная профилактика и целенаправленная патогенетическая терапия при хламидийной и уреамикоплазменная инфекция в акушерской практике позволит снизить перинатальную заболеваемость и смертность, помогут рождению здорового поколения.



Книги:

1. Назарова, М. Б., & Адилбекова, Д. Б. (2023). Изучение морфологического состояния печени потомства, рожденные в условиях хронического токсического гепатита у матери. *Academic research in educational sciences*, (1), 213-219.
2. Назарова, М., & Адилбекова, Д. (2022). МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ МАТЕРИ И ПОТОМСТВА, В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА. *Евразийский журнал академических исследований*, 2(12), 479-484.
3. Назарова, М., & Адилбекова, Д. (2022). ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПЕЧЕНИ ПОТОМСТВА, РОЖДЕННЫЕ В УСЛОВИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА У МАТЕРИ. *Евразийский журнал медицинских и естественных наук*, 2(12), 178-182.
4. Movlonova, S. S., Shamsiev, F. M., Khudayberganov, M. R., Nazarova, M. B., & Salayeva, Z. S. (2021). Clinical-Pathogenetic Justification Of Therapy In Children With Nosocomial Pneumonia By Correcting The Microelemental Status. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 8(2), 1945-1950.
5. Юсупова, У. У. (2017). Синдром вегетативной дистонии у детей. *Авиценна*, (12), 45-49.
6. Юсупова, У. У., Машарипова, Р. Т., & Юсупова, М. А. (2017). РОДОРАЗРЕШЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ТЯЖЕЛОЙ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ. *Авиценна*, (5), 12-14.
7. Бобомуратов, Т., Юсупова, У., & Худайберганов, М. (2022). Ўзбекистон республикасининг экологик ноқулай муҳитда яшовчи ўтқир зотилжам билан оғриган болаларда гемостаз тизими кўрсаткичларининг мавсумий ўзгаришлари. *Третье возрождение: проблемы и решения*, (01), 39-48.
8. Юсупова, У. У., & Матмуратова, С. О. (2022). Состояние Системы Гемостаза И Интерлейкинов У Детей С Острой Пневмонией Проживающих В Экологически Неблагоприятной Зоне Республики Узбекистан. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(2), 309-318.
9. Джуманиязова, Г. М., & Бекчанова, Б. Б. (2020). Туберкулез в практике врача поликлиники. *European Science*, (1 (50)), 73-76.
10. Бекметова, Ш. К., Мирзаева, Н. С., & Джуманиязова, Г. М. (2017). Течение и исход беременности у женщин с тяжелой внебольничной пневмонией. *Авиценна*, (7), 4-6.
11. Jumaniyazova, G. M., & Ikramova, X. S. (2022). Clinical Characteristics of COVID-19 in Newborn Children. *Research Journal of Trauma and Disability Studies*, 1(10), 191-194.
12. Джуманиязова, Г. М. (2021). ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ-SARS-CoV-2 У АМБУЛАТОРНЫХ БОЛЬНЫХ 2-й ПОЛИКЛИНИКИ г. УРГЕНЧА. In *Фармацевтична наука та практика: проблеми, досягнення, Ф 24 перспективи розвитку= Pharmaceutical science and*



- practice: problems, achievements, prospects: матер. III науч.-практ. интернет-конф. з міжнар. участю, м. Харків, 15-16 квіт. 2021 р./ред. кол.: ЛВ Галій та ін.– Х.: НФаУ, 2021.–460 с. (р. 291).
13. Kayumov, U. K., Matmuratova, S. O., Khatamova, D. T., & Saipova, M. L. (2022). The Combination of Components of the Metabolic Syndrome in Women of Childbearing Age and Their Relationship with Age. *Central Asian Journal of Medical and Natural Science*, 3(6), 84-87.
 14. Матмуратова, С. О. (2023). МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА. *AGROBIOTEKNOLOGIYA VA VETERINARIYA TIBBIYOTI ILMIY JURNALI*, 2(1), 10-14.
 15. Khatamova, D. T., Kayumov, U. K., Matmuratova, S. O., Ibadova, M. U., & Narzikulova, S. P. (2021). INDICATORS OF BLOOD PRESSURE AND BODY WEIGHT IN WOMEN, DEPENDING ON THE NUMBER OF PREGNANCIES THAT ENDED WITH THE BIRTH OF A LIVE CHILD. *Новый день в медицине*, (1), 395-397.
 16. Шамсиев, Ф. М., Атажанов, Х. П., Мусажанова, Р. А., Мирсалихова, Н. Х., & Узакова, Ш. Б. (2022). Особенности изменений цитокинового статуса при муковисцидозе у детей.
 17. Шамсиев, Ф. М., Узакова, Ш. Б., & Атажанов, Х. П. (2022). кЛинико-ЛаБораторные оСоБенноСти муковиСцидоЗа у детеЙ. *FORCIPE*, 5(S2), 542-543.