

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Клинических дисциплин**

**РОЛЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У  
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения  
специальности 31.02.02 Акушерское дело  
4 курса группы 03051527  
Диденко Нонны Евгеньевны**

Научный руководитель  
Преподаватель Т.П. Фурсина

Рецензент  
менеджер отдела внутреннего  
контроля медицинской помощи  
ОГБУЗ «Городская больница №2  
г. Белгорода»  
О.Г. Калашникова

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХЛАМИДИОЗ .....	6
1.1. Историческая справка.....	6
1.2. Этиология. Патогенез. Факторы риска .....	6
1.3. Классификация. Клиническая картина. Осложнения .....	9
1.4. Лабораторная диагностика хламидиоза. Лечение .....	13
1.5. Роль акушерки в профилактике осложнений хламидиоза у беременных.....	17
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ.....	22
2.1. Структура и штаты медицинского персонала отделения патологии беременных №2 перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».....	22
2.2. Анализ статистических данных заболевания хламидиоз у беременных отделения патологии беременных №2 перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница имени Святителя Иоасафа»	25
2.3. Анализ респондентов отделения патологии беременных №2.	26
РЕКОМЕНДАЦИИ .....	35
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	36
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ..	37
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	38

## ВВЕДЕНИЕ

Хламидийная инфекция является серьезной медико-социальной проблемой. Инфекция довольно обширно распространена во многих странах мира, а численность больных постоянно увеличивается. Из сведений ВОЗ, хламидиоз числится в списке одним из первых среди всех заболеваний, которые передаются половым путем, после трихомонадных инфекций.

В США каждый год прибавляется около трех млн. новых случаев заражения хламидиозом. Частота хламидийной инфекции из всех пациентов, обратившихся в клинику по профилю, направленному на профилактику и лечение таких инфекций, составила десять процентов, у тех, кто обратился в акушерско-гинекологическую клинику частота составила три процента, среди женщин, ведущих активную беспорядочную половую жизнь, эта инфекция была установлена в двадцати процентах случаев в Великобритании. В США при гинекологическом обследовании студенток крупных учебных учреждений частота хламидиоза варьировалась в пределах 8,5 – 10,5%. В Германии после исследования пациентов гинекологических стационаров хламидии обнаруживались в 5 – 18% случаев. По данным зарубежных авторов, хламидийная инфекция определена у 15% лиц женского пола с воспалительными заболеваниями органов малого таза, бесплодием и внематочной беременностью.

В литературе старых времен повергаются крайне единообразные данные по распространенности урогенитального хламидиоза.

Данные о хламидийных инфекциях охватываются ещё в библии, в зарубежных источниках, где предпочтительно освещаются трахоматозный конъюнктивит и трахома. Следовательно, хламидии людям знакомы еще давних времен. Подавляющее большинство из них не различались в связи с отсутствием и несовершенством методов исследования. Но асептические

уретриты, как обнаружилось впоследствии, носят исключительно хламидийный характер. Вместе с тем, хламидии нередко соединяются с иными микроорганизмами, обнаружить которых существенно легче, и, совершенно естественно, которых ложно принимали за причину заболевания. Точным образцом является не так давно считавшееся суждение, что большинство уретритов определено банальными бактериями. В современных условиях абсолютно однозначно принято считать то, что большинство неординарных воспалительных заболеваний у лиц женского пола также индуцированы хламидиями. Хламидийная инфекция подвергается анализу как "болезнь нового поколения" не потому, что он вновь возникнувшая инфекция, а в связи с тем, что существенно выросла степень лабораторной диагностики. Возникли современные разновидности методов исследования, разрешающие установить роль и участие хламидий в истории болезни человека.

**Актуальность** данной выпускной квалификационной работы заключается в том, что вопрос хламидийной инфекции заслуживает на сегодняшний день нашего внимания, так как в последнее время увеличивается заболеваемость хламидиозом у беременных женщин, что влечет за собой риск передачи хламидийной инфекции вертикальным путем к плоду с последующим воплощением в жизнь заболевания в виде различных патологий. Незащищенные половые акты с незнакомыми и со случайными партнерами, недостаточная компетентность о допустимых последствиях таких связей, определяют хламидиоз на практически первое место в списке инфекций, которые передаются половым путем.

**Цель исследования** – определение роли акушерки в профилактике хламидийной инфекции у беременных женщин.

**Задачи исследования:**

1. Сбор теоретической информации и анализ данных;
2. Определение роли акушерки в организации лечебно-диагностического процесса и ухода за пациентами с заболеванием хламидиозом;

3. Разработка анкеты и проведение анкетирования пациентов на базе ОГБУЗ «Клиническая больница Святителя Иоасафа» для выяснения отношения пациентов к своему здоровью и определения степени информированности по данному заболеванию;

4. Проведение обзора литературы по данной проблеме.

**Объект исследования:** беременные женщины, находящиеся на лечении в ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

**Предмет исследования:** информированность беременных женщин о важности профилактики хламидийной инфекции.

**База исследования:** ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

**Время исследования:** 2018-2019 гг.

**Методы исследования:**

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.
2. Эмпирический – наблюдение.
3. Социологические: анкетирование;
4. Составление статистических диаграмм, графиков, таблиц.

**Гипотеза исследования** – предполагается, что формы, методы, санитарно-просветительные мероприятия, проводимые медицинскими работниками, действительно обеспечивают информированность беременных женщин о важности профилактики хламидийной инфекции.

**Теоретическая значимость** – обоснованы теоретические аспекты профилактики хламидийной инфекции среди беременных женщин, теоретически обоснованы разработанные предложения.

**Практическая значимость** – полученные в результате исследования данные позволят оценить информированность беременных женщин о важности профилактики хламидийной инфекции.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ХЛАМИДИОЗ

## 1.1. Историческая справка

Контагий хламидийной инфекции открыл естествоиспытатель Провачек и микробиолог Гальберштедтер в 1907 г. в соскобе с конъюнктивы пациента, больного трахомой. Члены международной ассоциации микробиологических обществ решили назвать этих микроорганизмов хламидиями. На протяжении долгого времени хламидий не могли выявить из-за их почти прозрачного тела, болезнь не имела ярких признаков. Найдены они были примерно в начале 80-х годов прошлого столетия. Является ли хламидия бактерией или вирусом определить было тяжело. В СССР болезнь хламидиоз и рекомендации лечения этого заболевания были впервые predeterminedены в конце 80-х годов 20 столетия. А, собственно, эффективное лечение хламидиоза было впервые разработано и познано в России в начале 2000-х годов.

## 1.2. Этиология. Патогенез. Факторы риска

В наше время переменялась этиологическая структура инфекционной заболеваемости среди лиц женского пола, а также внутриутробного заражения плода и новорожденного. Контагий хламидия – бактерия, которая относится к грамотрицательным, отличается тем, что обладает особым жизненным периодом, не встречающимся больше абсолютно нигде в окружающей среде. Она занимает как бы промежуточную ступень между бактериями и вирусами, сосредоточивая и собирая в себе их важнейшие черты. Возбудитель хламидиоза обладает двумя нуклеиновыми кислотами и клеточной стенкой, которые аналогичны грамотрицательным бактериям. Контагий может иметь

способность бинарно делиться в процессе размножения и обладает отличной чувствительностью к антибиотикам, но также хламидия владеет и теми свойствами, которые считаются типичными для вирусов. К такой черте хламидий причисляется именно то, что они не могут свободно жить вне клеток-хозяев, потому что не располагают своей АТФ, которая имеет большое значение в обмене веществ и энергетически зависят от прочих клеток, в которых они обитают, то есть считаются энергетическими паразитами. Такое обстоятельство стеснено с еще одним свойством хламидий, которое делает похожими их на вирус, – на ненатуральных питательных средах хламидии созревать не могут, для их существования необходима живая клеточная культура; второе обстоятельство соединено с тем, что одна из форм жизнедеятельности этой бактерии напоминает спору, которая нечувствительна к влиянию антибактериальных препаратов, неспособна множиться; в-третьих, собственный размер возбудителя хламидиоза соизмерим и с вирусом.

Из всех 15 выделяют только 4 серотипа, способные вызывать осложнения, а именно заболевание глаз – трахому, 8 из них могут являться возбудителями конъюнктивита, а 3 серотипа являются контагием еще одного заболевания, которое передается половым путем. Также, существуют еще 3 вида хламидии, которых объединяют с урогенитальными инфекциями.

К главным формам жизнедеятельности хламидии относят: элементарное тельце и ретикулярное тельце. Элементарные тельца в 3 раза меньше, чем ретикулярные тельца. Внутри клеток-хозяев производится жизненный цикл хламидии, который заключается в переходе от одной формы к другой.

Хламидии обладают тропизмом к цилиндрическому эпителию, который у человека выстилает слизистую оболочку уретры, цервикального канала, прямой кишки, конъюнктивы глаз и области глотки.

В зависимости от места попадания контагия в организм у пациентов формируется клиническая картина того или иного заболевания: уретрита, цервицита, конъюнктивита и т. д. Итого насчитывают ориентировочно 20

всевозможных нозологических форм, в развитии которых принимают участие хламидии. Заражение человека совершается вслед за попаданием на слизистые оболочки элементарного тельца хламидии. Собственно, эти формы и являются инфекционными. Как правило, заражение осуществляется половым путем. Оно адсорбируется на поверхности клеток цилиндрического эпителия, фагоцитируются ими и обнаруживаются внутри клеток, охваченные вакуолью, препятствующей разрушению хламидии ферментами клетки-хозяина. Так возникает цикл развития хламидии, занимающий приблизительно 72 часа. Во время этого происходит модифицирование ЭТ сквозь промежуточные формы в РТ, которые размножаются делением, после этого в них запускается возвратный процесс реорганизации, который приводит к появлению элементарных телец новейшего поколения. Постепенно цитоплазматическая вакуоль, внутри которой формируется этот процесс, достигает больших величин. По подобию с вирусной, эту вакуоль, заполненную тельцами хламидии на всевозможной стадии развития, именуют включением. Увеличиваясь в диаметре, включение в начале оттесняет ядро клетки к периферии, а вслед за тем может привести и к разрыву клетки с выходом телец хламидии в межклеточное пространство с последующим заражением прочих эпителиальных клеток.

Предрасполагающими факторами для инфицирования хламидиями обнаруживается частая смена половых партнёров, злоупотребление психоактивными веществами, беспорядочный образ жизни, половые контакты без использования барьерных контрацептивов.

Риск заражения инфекцией приумножен у женщин, владеющих низким социально-экономическим статусом.



### 1.3. Классификация. Клиническая картина. Осложнения

При выделении отдельных клинических форм учитывают длительность заражения, выраженность проявлений и вовлечение различных органов. В зависимости от остроты течения и давности инфицирования специалисты в сфере гинекологии различают следующие варианты хламидиоза у женщин:

1. Свежий. Заражение наступило не позднее двух месяцев назад, поражаются преимущественно нижние отделы урогенитального тракта (уретра, цервикальный канал, влагалище).

2. Хронический. Заболевание длится более двух месяцев, характеризуется бессимптомным, либо рецидивирующим течением с распространением воспаления на органы таза.

С учётом топографии распространения инфекционного процесса выделяют следующие:

1. Локальное поражение урогенитальных органов: эндоцервицит, уретрит, кольпит, бартолинит;

2. Восходящее распространение инфекции: эндометрит, сальпингит, аднексит, пельвиоперитонит, перигепатит, перитонит;

3. Экстрагенитальные поражения: фарингит, конъюнктивит, воспаление аноректальной области, артрит.

Хламидиоз часто протекает без существенных симптомов, или же имеются минимальные проявления, которые легко перепутать с другими. При этом до 50% больных мужчин и до 70% женщин вообще не замечают заражения и развития заболевания. В случае проявления симптомов они выражаются достаточно ярко. К женским симптомам заболевания относят выделения при хламидиозе из влагалища в виде слизи (иногда слизь с гноем), которые имеют отличия от обычных выделений, такие как неприятный запах и желтый цвет (иногда его оттенки). Иногда возможно появление болей, зуда или жжения внутренних и внешних половых органов, боль в нижней части

живота, усиливающиеся болевые ощущения в районе малого таза. Боли обычно могут усиливаться в связи с началом менструации. Иногда отмечается слабость или повышенная температура. Хламидии могут достаточно долго находиться в организме человека, оставаясь колониями на слизистых оболочках. В этом случае человек является носителем болезни. Выявить ее может только точная диагностика (ПЦР). Не вылеченная вовремя хламидийная инфекция у беременных женщин может значительно осложнить и усугубить процесс родовой деятельности. Чаще всего, у пациенток с таким заболеванием, поступающих в родильный дом, в обменной карте стоит соответствующая отметка. Эта отметка нужна для осведомлённости медицинского персонала, который принимает роды. Распространенными осложнениями могут стать: многоводие, часто сопровождающееся помутнением околоплодных вод, преждевременное излитие околоплодных вод, внутриутробное инфицирование плода и заражение во время родов, слабость родовой деятельности. Хламидиоз является одной из основных причин, вызывающих осложненное течение неонатального периода у новорожденного, беременности и родов у женщин.

Беременность может способствовать увеличению случаев инфекции в связи с физиологическим угнетением иммунитета или эктопией шейки матки.

Провоцирующими факторами развития хламидиоза могут быть любые хирургические вмешательства на половых органах, особенно наложение швов при истмико-цервикальной недостаточности. Антитела, которые вырабатывает организм матери, не полноценно защищают плод от инфицирования хламидиями.

Хламидиоз у лиц женского пола тесно связан с достаточно серьезными нарушениями репродуктивной функции и инфекционными осложнениями в виде воспалительных заболеваний органов малого таза, utробного бесплодия, эктопической беременности.

Хламидийная инфекция при беременности является серьезной угрозой для здоровья ребенка и матери, провоцируют возникновение различных

осложнений, в зависимости от наличия сопутствующих факторов и стадии беременности, являясь частой причиной не вынашивания.

При возникновении угрозы прерывания беременности на ранних сроках возможны выкидыши. Может развиваться такое состояние, как вторичная плацентарная недостаточность, при которой на фоне сформировавшейся плаценты возникает кислородное голодание плода (внутриутробная гипоксия), если возбудитель болезни проник в слизистый слой матки. Суть этой патологии в том, что хламидии при беременности провоцируют образование патогенных иммунных комплексов, что в свою очередь нарушает дыхание и питание плода, в некоторых случаях приводя к его гибели.

В более поздние сроки беременности на фоне токсикоза могут наступить преждевременные роды и рождение недоношенных, «незрелых» детей.

Хламидийная инфекция при беременности нередко приводит к разрыву плодных оболочек и отслойке плаценты, а также к слабости родовой деятельности и многоводию.

Внутриутробное заражение плода при хламидиозе не характерно из-за наличия в крови матери антихламидийных антител, осуществляющих защиту ребенка. Передача инфекции от матери к ребенку происходит через вертикальный путь, а именно при прохождении малыша через инфицированные родовые пути. В этом случае, попадая на слизистые оболочки ребенка, хламидии могут вызывать у него инфекции дыхательных путей, конъюнктивиты, пневмонии, отиты. При развитии осложнений лечение проводят в специализированных стационарах акушерско-гинекологического.

Длительность лечения в стационаре определяется интенсивностью клинических проявлений и степенью выраженности воспалительного процесса и составляет от 2 до 6 недель.

Если сочетается 3 и более ультразвуковых маркера инфекции с симптомами восходящего инфицирования в 80% говорит о вероятности поражения плода. При доплерометрическом исследовании у женщин с ФПН, обусловленной восходящим инфицированием, выявляется повышение

сосудистой устойчивости в плодовой зоне кровообращения, что, скорее всего, связано с тромбозом и васкулитом сосудов плодовой части плаценты на фоне хорионита. Варианты внутриутробной задержки развития плода, чаще всего, коррелируют с периодом инфицирования: в ранние сроки беременности встречается ассиметричная форма, равная 73%, в поздние сроки – симметричная форма СЗРП, равная 27%.

Морфологическое исследование плаценты и исследование околоплодных вод на наличие инфекции проводится у всех рожениц и родильниц. Лечение и профилактика гестационных и перинатальных осложнений у пациенток с перинатальными потерями в истории беременности и ассоциированной инфекцией – гарантия благоприятного исхода для матери и плода. Характер механизма нарушений микроциркуляции родовых путей и особенность течения ассоциированной генитальной инфекции включали стадийность распространения инфекции и необходимость очередности и выбора адекватного лечения у беременных в зависимости от вида и вариантов сочетания возбудителей, стадии распространения инфекционного процесса, наличия связанных с ним осложнений, срока гестации, состояния плода и фетоплацентарного комплекса.

На основании этого исследования мы получили такие выводы:

Хламидиоз является распространенным заболеванием, относящимся к группе инфекций, передающихся половым путем, характеризующееся многоочаговостью поражения с втягиванием в воспалительный процесс органов половой сферы, а иной раз суставов, органа зрения и дыхательных путей. Так как явных признаков, определенных для хламидиоза, в том числе и у беременных женщин, не существует, оценку его частоты необходимо проводить на основании сведений лабораторного исследования по выявлению хламидий в цервикальном канале.

#### 1.4. Лабораторная диагностика хламидиоза. Лечение

Биологическим материалом для осуществления точного исследования на определение хламидийной инфекции являются материалы со слизистой оболочки уретры, прямой кишки, шейки матки и т. п., которые забирают ложечкой Фолькмана, тампоном, платиновой петлей или специальными щёточками. Взятие истинного материала осуществляется определенно до лечения антибактериальными препаратами. Обязательно, чтобы перед забором материала из мочеполового тракта беременные не мочились в течение 1 – 1,5 часа. Цель таких методов сформирована так, чтобы раскрыть включения хламидий при применении разнообразных методов окраски. Раньше наиболее распространёнными методами считались окраска по Романовскому-Гимзе и раствором Люголя.

При окраске по Романовскому-Гимзе цитоплазматические включения видны как округлые или полукруглой формы структуры красно-фиолетового цвета или сине-фиолетового цвета РТ.

При окраске раствором Люголя включения красно-коричневого цвета в клетках, окрашенных в жёлтый цвет. В последнем случае препараты легче проанализировать, но чувствительность этого метода невысокая, примерно 25 – 30%, а по некоторым данным около 5 – 15%, как и при окраске по Романовскому-Гимзе в случае хламидийной инфекции. При конъюнктивите чувствительность несколько выше 30 – 60%.

Не обращая внимания на простоту и доступность метода, на анализирование этого препарата уходит примерно 36 – 40 минут, и метод, конечно же, не применим для скрининга. Кроме этого, совершенно точно, вероятно обнаружение псевдовключений.

Наиболее высокой чувствительностью, а именно 90 – 95% и специфичностью до 98% обладает иммунофлюоресцентный анализ, который регламентирован приказом МЗ РФ для постановки диагноза хламидиоза.

Используют как непрямую РИФ, так и прямую. При прямой РИФ используются моноклональные антитела, меченные флюоресцирующим изотиоцианатом против главного белка внешней мембраны хламидий, имеющегося во всех 15 известных сероварах. В люминесцентном микроскопе ЭТ и РТ видны как ярко-зелёные на красно-коричневом фоне окрашенных клеток. Анализ проводится по 50 клеткам.

Культуральные методы приходятся достаточно дорогостоящими, требуют от медиков компетентности и умений, а также особого оборудования и занимают много времени. Преимуществом является высокая чувствительность и 100% специфичность и точность.

Иммунологические методы: наряду с прямой реакцией иммунофлюоресценции для выявления антигена используется ИФА. Твердофазный ИФА на основе моноклональных антител основан на наличии у хламидий термостабильного родоспецифического антигена. Чувствительность метода примерно 80 – 95%, специфичность – 90%.

Также используется иммуноэнзимный метод. При этом используется Ат, конъюгированные с ферментом.

Молекулярно – биологические методы:

а) построены на выявлении хламидийной ДНК (РНК) в образцах путём гибридизации нуклеиновых кислот с использованием ДНК – зонда, меченного биотином;

б) в последние годы широко и часто используется ПЦР и лигазная цепная реакция, а именно ЛЦР.

Хламидиоз часто протекает с осложнениями, при которых возбудитель недоступен. Поэтому используются серологические реакции для выявления Ат: РСК, РНГА, реакция радиоиммунопреципитации (РИА), иммунофлюоресценция (МФА), микроиммунофлюоресценция (МИФ) иммунопероксидазные методы (ИПА), иммуноферментный анализ (ИФА).

Лечение. В первом триместре хламидиоз не лечится. Даже если инфекция была определена на сроке до 12 недель, врачи предпочитают

выждать и не предпринимать никаких мер. Антибиотики, которые назначаются при хламидиозе, могут плохо повлиять на развитие плода в первом триместре. В таком случае возможный риск лечения превышает пользу, поэтому и допускается выжидательная тактика.

Когда хламидийная инфекция сопровождается сильными выделениями из половых путей, на ранних сроках назначается местная терапия. В первом триместре разрешено использовать «Флуомизин», «Гексикон» и «Бетадин». Эти вагинальные свечи вводятся во влагалище один раз в сутки (рекомендуется на ночь). Длительность местной терапии составляет от 6 до 10 суток в зависимости от используемого лекарства.

В основном, вагинальные свечи легко переносятся беременными женщинами. Бывает, что отмечается появление зуда и жжения во влагалище на фоне терапии. В таком случае врачи рекомендуют заменить препарат на другой альтернативный препарат, не вызывающий подобных явлений.

С 16 недель беременности к терапии хламидиоза добавляются антибактериальные средства. Отлично себя зарекомендовал джозамицин – средство из группы макролидов. Доза лекарственного препарата определяется врачом. Курс лечения составляет 10 – 14 недель. Вместо джозамицина может применяться спирамицин или кларитромицин. Все эти препараты прошли клинические испытания, где была доказана их эффективность. Во второй половине беременности эти средства не оказывают никакого вредного влияния на состояние будущей мамы и плода.

В качестве местной терапии во втором и третьем триместрах беременности назначается «Тержинан», «Максимор», «Клион Д100» и другие препараты. Эти средства также выпускаются в виде вагинальных свечей и применяются однократно на ночь в течение 7 – 10 дней. Такие средства влияют на широкий спектр возбудителей и могут применяться при смешанной инфекции половых путей.

После окончания терапии обязательно осуществляется контроль его эффективности. Через 30 дней после отмены антибиотиков делается ПЦР или

ИФА. Повторное лечение во время беременности обычно не проводится. Специалисты считают, что это не имеет смысла, поскольку хламидии оказались не чувствительны к разрешенным антибиотикам. В этом случае лечение возобновляется после рождения ребенка.

Кроме антибактериального лечения назначаются и другие лекарственные препараты:

Препараты для стимуляции иммунитета. С этой целью во второй половине беременности назначается «Виферон». Препарат вводится в прямую кишку однократно на ночь. Длительность лечения составляет 10 дней. «Виферон» активизирует защитные силы организма, помогая ему справиться с инфекцией во время беременности.

Витамины. Большое внимание в терапии хламидиоза выделяется подбору витаминных комплексов. Эти средства не только тонизируют организм будущей мамы, но и насыщают малыша полезными веществами, необходимыми для его развития. Во время беременности желательно принимать препараты, разработанные специально для беременных женщин: «Элевит», «Витрум Пренатал форте» и другие. Такой подход к лечению позволяет повысить иммунитет и улучшить общее состояние беременной женщины.

Минеральные комплексы. Вместо поливитаминов врач может назначить минеральный комплекс «Фемибион». Это средство существует в двух вариантах – отдельно для каждой половины беременности. «Фемибион» является сбалансированным комплексом, доставляющим в организм беременной женщины все обязательные питательные вещества и витамины. На фоне его употребления отмечается быстрая прибавка веса и роста плода.

Препараты, улучшающие маточно-плацентарный кровоток. Плацента при хламидиозе иногда не справляется со своей функцией. Для профилактики кислородного голодания плода назначаются препараты, активизирующие кровоток в плаценте. С этой целью используются актовегин, пентоксифиллин



и другие лекарственные средства. Длительность лечения составляет от 5 до 10 суток.

### **1.5. Роль акушерки в профилактике осложнений хламидиоза у беременных**

При обнаружении нарушений микроценоза родовых путей и ассоциированной инфекции, диагностический поиск должен учитывать не только особенности самого возбудителя, но и характер, а также степень распространения инфекционного процесса, выявление экстрагенитальной патологии, состояние иммунного гомеостаза, наличие аутоиммунной патологии и особенности гормонального профиля. На начальном этапе постановки беременных на учет необходимо обнаружить женщин с инфекцией, особенно тех, кто ранее не проходил обследование на наличие TORCH-инфекции и не получал лечение с последующим контролем.

Для определения группы риска возможных осложнений во время беременности необходимо проводить следующее:

1. Тщательный сбор анамнеза и углубленный опрос пациенток, при этом учитываются следующие факторы:

1.1. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (хронические воспалительные заболевания придатков и матки, нарушение менструальной функции, патологии плаценты, бесплодие, преждевременные роды, перинатальные потери, внутриутробное инфицирование плода, гипотрофия новорожденного).

1.2. Частые, продолжительные и тяжелые рецидивы хронических инфекционных заболеваний или острые заболевания вирусной и бактериальной этиологии во время беременности.

1.3. Отсутствие комплексного своевременного специфического лечения во время беременности.

1.4. Наличие осложнений периода гестации (угроза прерывания беременности, анемия, многоводие, ФПН и др.) и несвоевременная их коррекция или отсутствие лечения.

1.5. Наличие йодной недостаточности.

2. Проведение клинико-лабораторной диагностики бактериальной и вирусной инфекции в период беременности женщинам, ранее не проходившим обследование, но имеющим отягощенный инфектологический анамнез, а также пациенткам, которые проходили обследование и реабилитацию до беременности с целью исключения или подтверждения обострения вирусной (ВПГ, ЦМВ) инфекции.

Спектр лабораторных обследований включает:

Традиционные: клинические анализы крови, мочи, анализ биохимических и реологических показателей крови, микроскопия и бактериологическое исследование вагинального отделяемого и мочи. Оценка состояния микроценоза влагалища проводится 4 раза: при установлении беременности (до 12 недель.), в 18 – 20, 28 – 30 и 37 – 38 недель.

Проводится комплексный анализ в системе мать-плацента-плод: УЗИ матки, плаценты, плода; доплерометрия маточно-плацентарного кровотока; анализ показателей кардиотокографии для оценки состояния плода, фетоплацентарного комплекса и выявления эхографических и доплерометрических маркеров внутриутробного инфицирования и ФПН.

Если у беременной хламидиоз, то во время родов есть шанс передать инфекцию ребенку. Около 50% детей, рожденных естественным путем от матерей, больных хламидиозом (к тому же многие дети, родившиеся путем кесарева сечения), заражаются от них хламидиозом. Примерно у половины младенцев после рождения, приблизительно в первые сутки, формируются инфекции глаз (чаще всего – конъюнктивит). Детям, которые подвергаются риску заразиться, сразу после рождения закапывают капли или закладывают мазь в глаза для предотвращения гонорейного конъюнктивита и хламидийной инфекции глаз.

Исходя из всего вышесказанного, можно сделать вывод о том, что вопрос о родах при заболевании хламидийной инфекцией очень животрепещущий для тех, кто действительно заботится о своем здоровье. Так что, если у беременной или у ее лечащего врача есть подозрение на болезнь, то нужно немедленно приступать к лечению и профилактике инфекции. Также не стоит пренебрегать и тем фактом, что в остальных 60% случаев инфицированных родов – дети проходят этот этап вполне благополучно и после не имеют последствий для своего здоровья. Кроме того, при неблагоприятных условиях женщина должна постоянно находиться в стационаре и под наблюдением профильных специалистов. Шанс того, что микоплазмы будут обнаружены, увеличивается примерно в 2,5 раза.

Микоплазмы *genitalium* очень часто вызывают послеабортные и, конечно же, послеродовые осложнения, характеризующиеся повышением титра специфических антител и С-реактивного белка. Восходящая инфекция специфична для преждевременных родов, при этом *M. genitalium* пробивается в околоплодные воды и при целом плодном пузыре, вызывает воспаление в плодных оболочках и эндометрии.

Заболеваемость новорождённых хламидийной инфекцией увеличивается соразмерно с заболеваемостью женщин, репродуктивного возраста (примерно 18 – 45 лет) и беременных. В основном, в период беременности допустима активация латентно-протекающей инфекции, негативное действие хламидийной инфекции на её течение, исход отображается на состоянии внутриутробного плода, новорождённого и ребёнка. Основное множество инфекционных заболеваний урогенитального тракта остаётся нераспознанной, и, следовательно, большинство беременных и новорождённых с инфекционной патологией не приобретают адекватного и качественного этиотропного лечения, поэтому отмечается увеличение уровня перинатальной, неонатальной и младенческой смертности, создается шанс персистенции хламидийной внутриутробной инфекции, а среди детей с развивающейся хламидийной инфекцией высокий процент ослабленного

иммунитета у часто болеющих и нечасто болеющих детей. Если у беременной хламидиоз, то это часто заканчивается преждевременными родами, самопроизвольными абортами, неразвивающейся беременностью, а иногда может приводить к развитию послеродовых воспалительных процессов органов малого таза. В то же время в некоторых исследованиях зависимость гестационного процесса от наличия хламидийной инфекции не обнаружено.

Скорее всего, что такие противоречивые результаты в первую очередь объединены с избытком разновидностей вариантов течения хламидиоза. Бессимптомное и персистирующее течение присуще для женщин, ориентировочно до 80%. Острое направление заболевания у беременных замечается не всякий раз, чаще имеет в своем распоряжении место хроническое, при котором совершается систематически интенсивное размножение контагия, но клинические признаки инфекции имеют все шансы отсутствовать. Персистенция допустима при иммунопатологии взаимодействия хламидийной клетки и организма-хозяина. В следствии этого притормаживается рост хламидии, видоизменяется её антигенная конструкция с постоянно текущим синтезом белка теплового шока. В связи с многообразием форм хламидийной инфекции у беременных, имеют место быть сложности в их диагностике. Шанс инфицироваться новорождённому при диагностированной хламидийной инфекции у матери равен 39 – 71%. При вертикальном пути хламидии переходят при непосредственном контакте плода с инфицированными родовыми путями. У новорождённых и у детей раннего детского возраста хламидии в основном поражают конъюнктиву и слизистую носоглотки. При этом формируются такие осложнения, как конъюнктивит, назофарингит и пневмония.

Аргументировано, что у женщин, которые ранее перенесли воспалительные гинекологические заболевания хламидийной этиологии на фоне родовой травмы и в раннем послеродовом периоде, может наблюдаться активизация скрытой хламидийной инфекции и нисходящее поступление жизнеспособных хламидий в матку и влагалище, в связи с этим умножается

риск развития инфекционных осложнений в послеродовом периоде и инфицирование новорожденного.

## **ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ ПРИ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ**

### **2.1. Структура и штаты медицинского персонала отделения патологии беременных №2 перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»**

Перинатальный центр (приложение 1) находится по адресу: г. Белгород, ул. Некрасова, 8/9. Перинатальный центр функционирует на 485 коек, из них 110 коек для беременных и рожениц, 110 для новорожденных, 150 коек патологии беременности, 55 коек отделения патологии новорожденных и 60 гинекологических коек.

Врачами перинатологами проводится консультации беременных женщин, направленных из ЛПУ, для определения тяжести сопутствующей патологии и возможности вынашивания беременности.

Резервом улучшения качества медицинской помощи является внедрение высокотехнологичной медицинской помощи, направленной на коррекцию экстрагенитальной патологии и восстановление репродуктивной функции организма, дальнейшее внедрение понятия «прегравидарная подготовка» вступающих в брак и планирующих рождение ребенка.

Основными направлениями деятельности являются:

1. Оказывает консультативно-диагностическую, лечебную и реабилитационную помощь преимущественно наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденных детей, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных профилактических и лечебно-диагностических технологий.

2. Осуществляет взаимодействие между учреждениями охраны материнства и детства, а при необходимости и другими организациями здравоохранения; оперативное слежение за состоянием беременных женщин, рожениц, родильниц и новорожденных детей, нуждающихся в интенсивной помощи, обеспечивает своевременное оказание им специализированной медицинской помощи при выявлении осложнений.

3. Проводит клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам и детям раннего возраста, сбор и систематизацию данных о результатах выхаживания новорожденных детей с различной патологией.

4. Организует и обеспечивает в структурных отделениях Центра противоэпидемический режим и качество лечебно-диагностического процесса на основе стандартизированных видов медицинской помощи.

5. Оказывает анестезиолого-реанимационную помощь, организует выездные формы помощи женщинам и детям.

6. Апробирует и внедряет в деятельность учреждений охраны материнства и детства современные медицинские технологии профилактики, диагностики и лечения, направленные на снижение материнских, перинатальных потерь и инвалидности с детства, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин.

7. Осуществляет профилактику отдаленных последствий перинатальной патологии (ретинопатии недоношенных, тугоухости с детства, детского церебрального паралича и др.).

8. Обеспечивает систему реабилитационных мероприятий и восстановительной терапии, медико-психологическую и социально-правовую помощь женщинам и детям раннего возраста.

9. Проводит организационно-методическую работу по повышению профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам перинатальной помощи, организует и проводит конференции, совещания по актуальным вопросам охраны здоровья матери и ребенка.

Отделение патологии беременных №2 расположено в новом корпусе перинатального центра и развернуто на 45 коек. Палаты в отделении одно-, трех- и четырехместные, обеспечены отдельным санузелом и душевыми комнатами.

За год в отделении проходят лечение и обследование около 1600 беременных с различной акушерской и экстрагенитальной патологией.

В отделении проводится:

1. Диагностика и лечение фетоплацентарной недостаточности;
2. Ведение и лечение беременных с синдромом задержки развития плода, мало- и многоводием;
3. Ведение беременности при хронической внутриутробной гипоксии плода различного генеза;
4. Ведение беременности с изосерологической несовместимостью крови матери и плода, различными заболеваниями крови матери (тромбоцитопении, АФ-синдром, анемии и т.д.);
5. Ведение беременности, осложненной угрозой прерывания; ведение беременности после ЭКО;
6. Ведение беременности у пациенток с гестозом различной степени тяжести;
7. Ведение беременности у пациенток с внутриутробным инфицированием плода (TORH-инфекции);
8. Ведение беременности при неправильном положении плода, патологии прикрепления плаценты;
9. Ведение беременности у пациенток с миомой матки;
10. Обследование, лечение и ведение беременных с различной экстрагенитальной патологией (сердечно-сосудистые заболевания, включая пороки сердца; заболевания органов дыхания; печени и желчных путей; сахарный диабет и другие эндокринные заболевания).

Еженедельно в отделении проводится общий обход беременных женщин с участием заведующего кафедрой акушерства, проводятся клинические



разборы случаев осложненного течения беременности у женщин с экстрагенитальной и акушерской патологией с целью решения вопроса дальнейшего ведения данной беременности, времени и способа родоразрешения. Все сотрудники отделения внимательно и чутко относятся к пациентам, прилагают максимум усилий для создания оптимальных условий их нахождения в нашем отделении.

**2.2. Анализ статистических данных заболевания хламидиоз у беременных отделения патологии беременных №2 перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница имени Святителя Иоасафа»**

Ежегодно большинство беременных женщин страдает хламидийной инфекцией. Для определения количества беременных с заболеванием хламидиоз, нами проведен анализ статистических данных (Таблица 1) за период 2016-2018 гг.

Таблица 1

Статистические данные за 2016 – 2018 гг.

Год	2016 г.	2017 г.	2018 г.
Численность беременных	5488	4518	5122
Количество беременных с заболеванием хламидиоз	52	141	128

На основании представленных данных, мы можем сделать вывод, что контингент беременных с заболеванием хламидиоз, имеет тенденцию к увеличению, особенно в 2017 году, что является актуальным, требует

профилактических мероприятий медицинским персоналом, в том числе акушеркой.

### 2.3. Анализ респондентов отделения патологии беременных №2

Методом исследования было анкетирование. В исследовании приняли участие 32 женщины разного возраста. Чтобы оценить риск развития хламидийной инфекции у исследуемых, им рекомендовалось пройти несложный тест (приложение 2), где участницы могли ответить на ряд вопросов, после чего были подсчитаны и проанализированы их ответы.

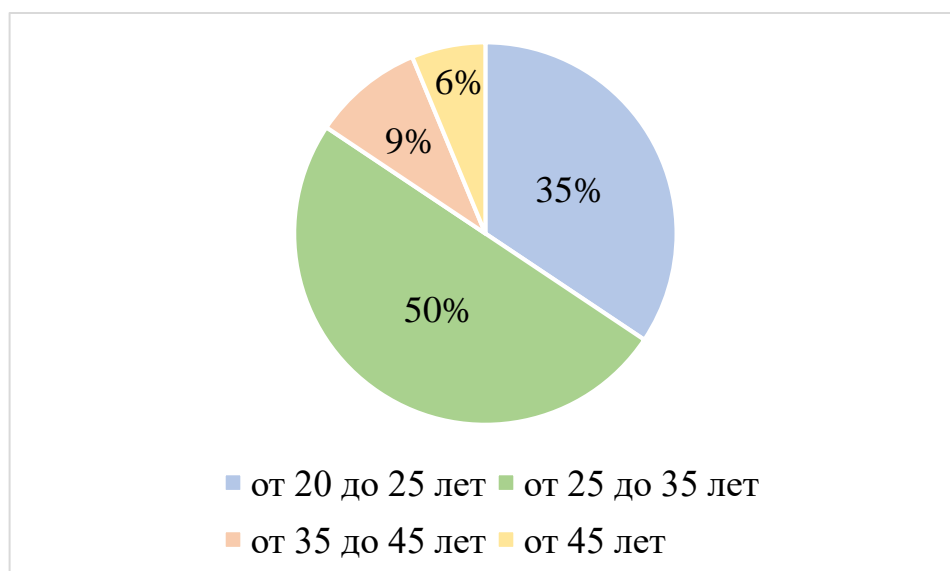


Рис. 1. Анализ респондентов по возрастной группе

Из анализа (Рис. 1) возрастных групп установлено:

- а) от 20 до 25 лет – 35%;
- б) от 25 до 35 лет – 50%;
- в) от 35 до 45 лет – 9%;
- г) от 45 лет – 6%.

Все респонденты, участвующие в тесте, проживают в разных населенных пунктах (Рис. 2): 47% проживают в городе, 53% - живут в селе.

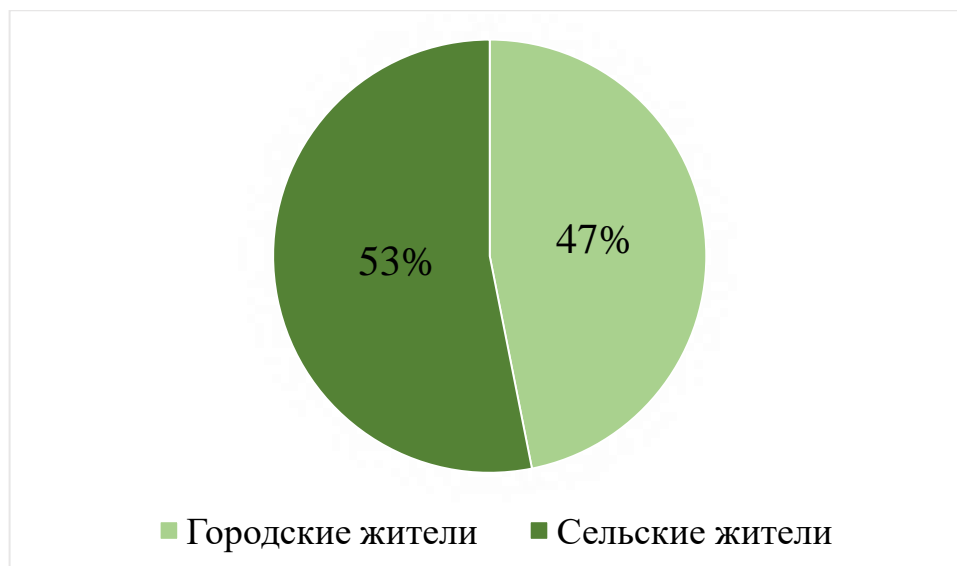


Рис. 2. Анализ респондентов по месту жительства

В пункте «семейное положение» (Рис. 3) 84% респондентов указали «замужем», 16% указали «не замужем».

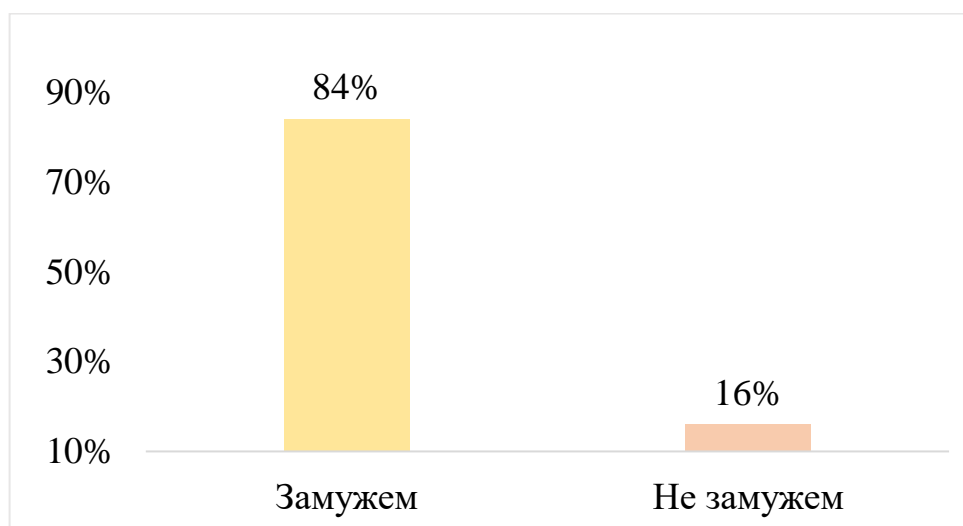


Рис. 3. Семейное положение респондентов

На вопрос «Первая ли у Вас беременность в данный момент?» (Рис. 4) 62% ответили «да», 38% ответили «нет».

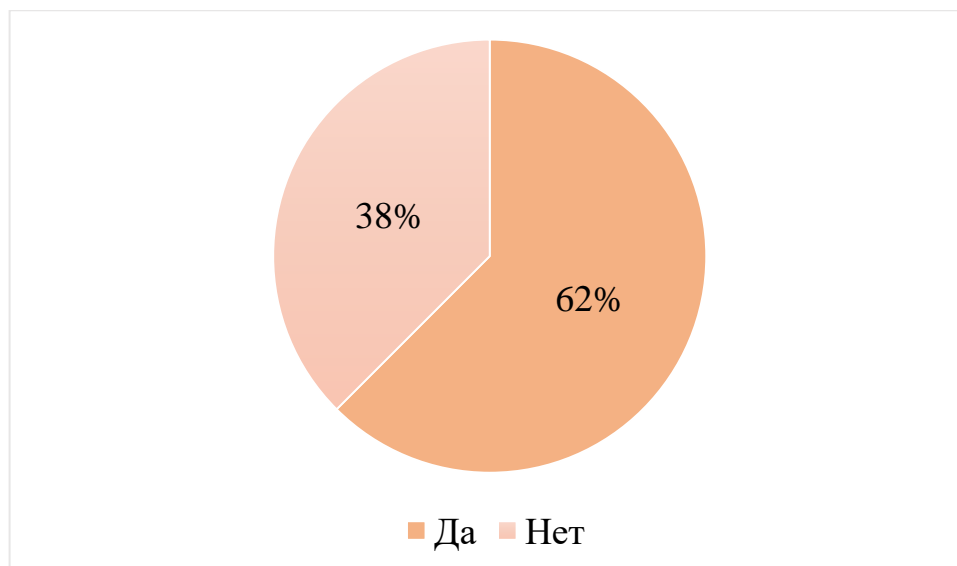


Рис. 4. Анализ респондентов по счету беременности

На вопрос «На какой неделе вы встали на учет в женскую консультацию?» (Рис. 5) 56% респондентов ответили «до 12 недель», 44% ответили «после 12 недель».

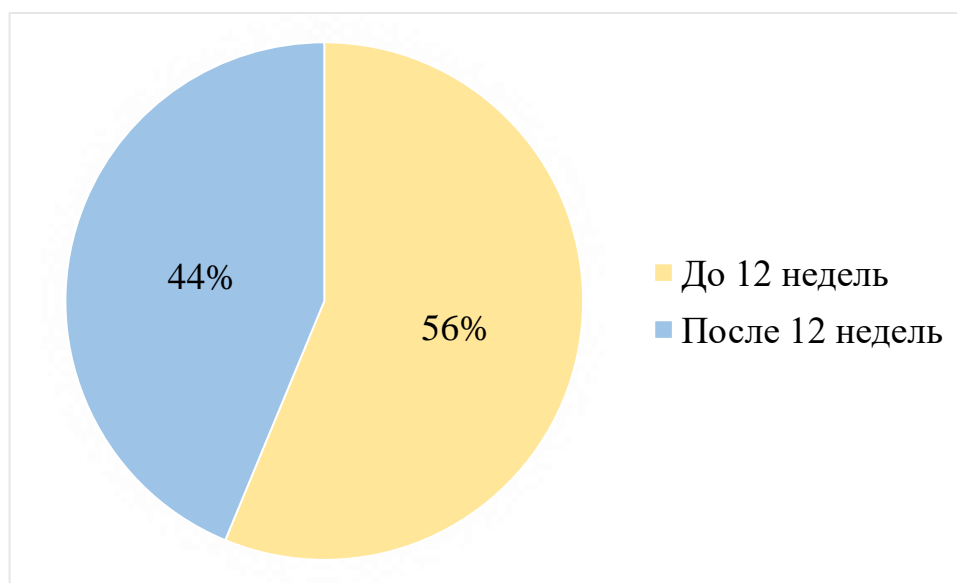


Рис. 5. Анализ респондентов о сроке постановки на учет в ЖК

На вопрос «Слышали ли Вы когда-нибудь об ИППП?» все респонденты ответили «да, слышала» (Рис. 6).



Рис. 6. Анализ респондентов на знания об ИППП

На вопрос «Как Вы узнали об ИППП?» мы получили следующие сведения от респондентов (Рис. 7): 16% получили информацию от родственников, 9% узнали об ИППП из специальной литературы, 50% получили информацию из СМИ, и 25% узнали от медицинских работников.

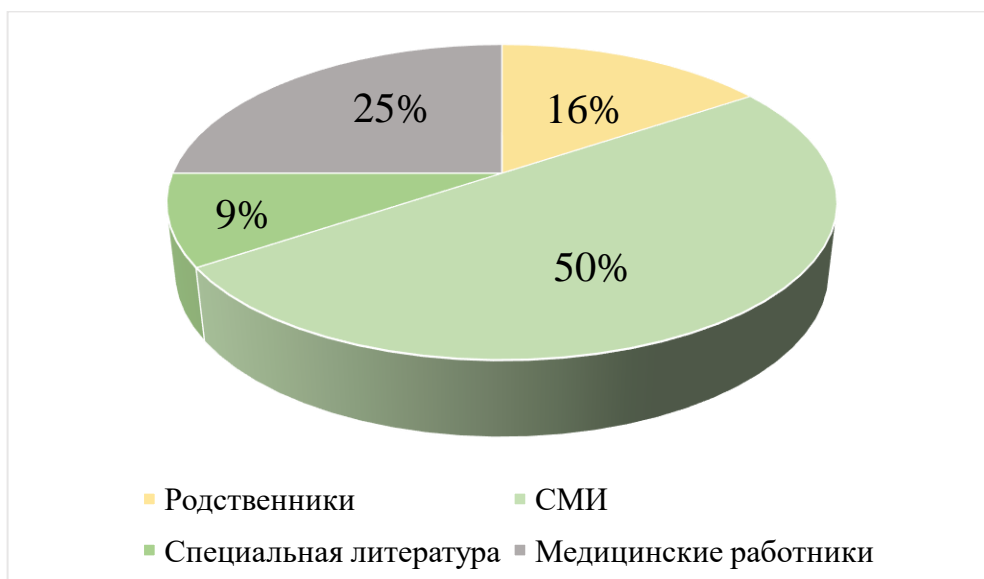


Рис. 7. Анализ респондентов о средствах получения информации об ИППП

На вопрос «Как часто Вы обращаетесь в поликлинику?» (Рис. 8) 16% респондентов ответили «регулярно», 25% ответили «редко», 59% ответили «часто». Мы можем сделать вывод, что большая часть респондентов относится серьезно к своему здоровью и посещают поликлинику часто.

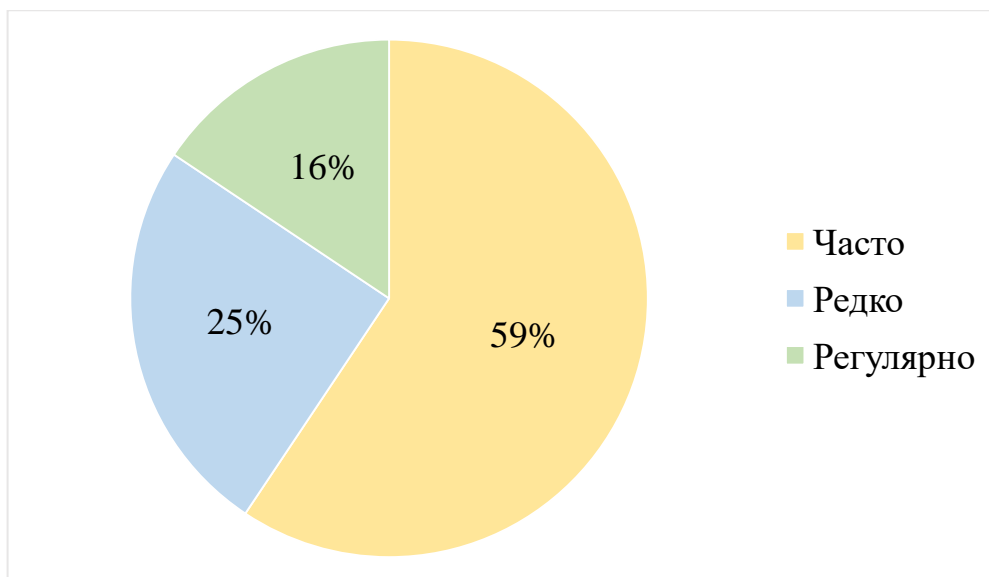


Рис. 8. Анализ респондентов на частоту обращения в поликлинику

На вопрос (Рис. 9) «Были ли у Вас случаи заражения ИППП? 78% респондентов ответили «да», 16% ответили «нет», 6% ответили «не знаю».

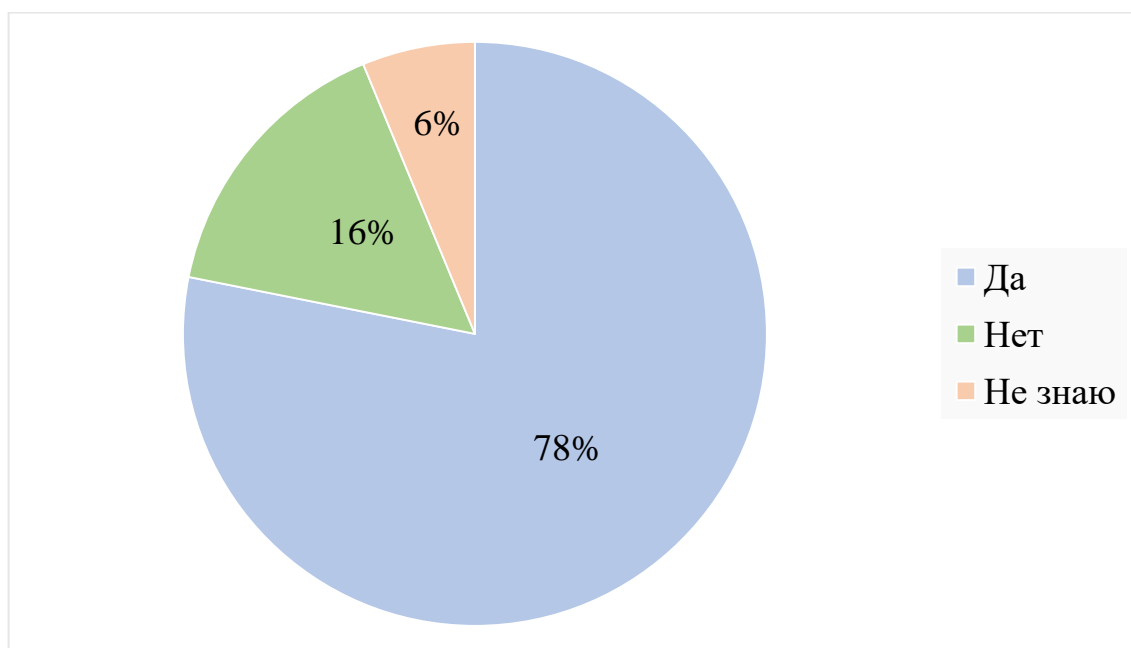


Рис. 9. Анализ респондентов на случаи заражения ИППП

На вопрос «Куда бы Вы обратились в случае заражения ИППП?» (Рис. 10) 75% ответили «в больницу», 20% ответили «в аптеку», и только 5% ответили «никуда».

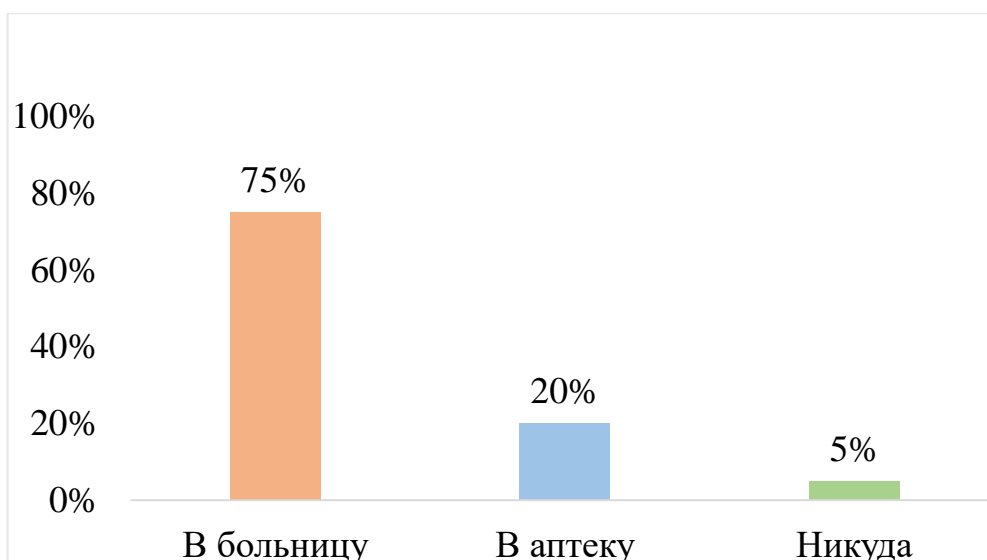


Рис. 10. Анализ респондентов на тему места обращения в случае заражения ИППП

На вопрос «Знаете ли Вы, что представляет собой анализ на TORCH-инфекции?» (Рис. 11) 69% ответили «да», 31% ответили «нет».

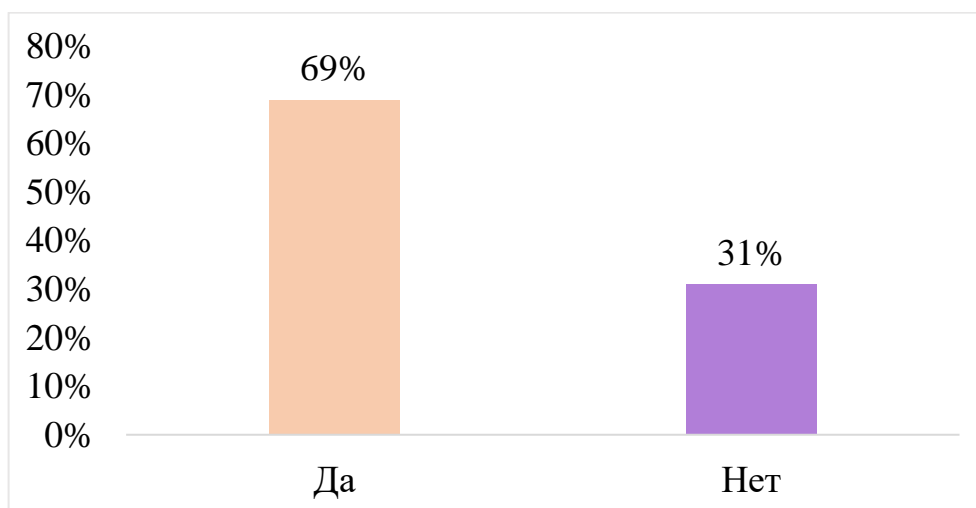


Рис. 11. Анализ респондентов на знания о TORCH-инфекции

На вопрос «Знаете ли Вы, что такое хламидийная инфекция?» анализ показал (Рис. 12), что большая часть респондентов, а именно 94%, имеют знания о хламидийной инфекции, а также о факторах риска развития этого заболевания, 6% опрошиваемых никогда не слышали об этой инфекции.

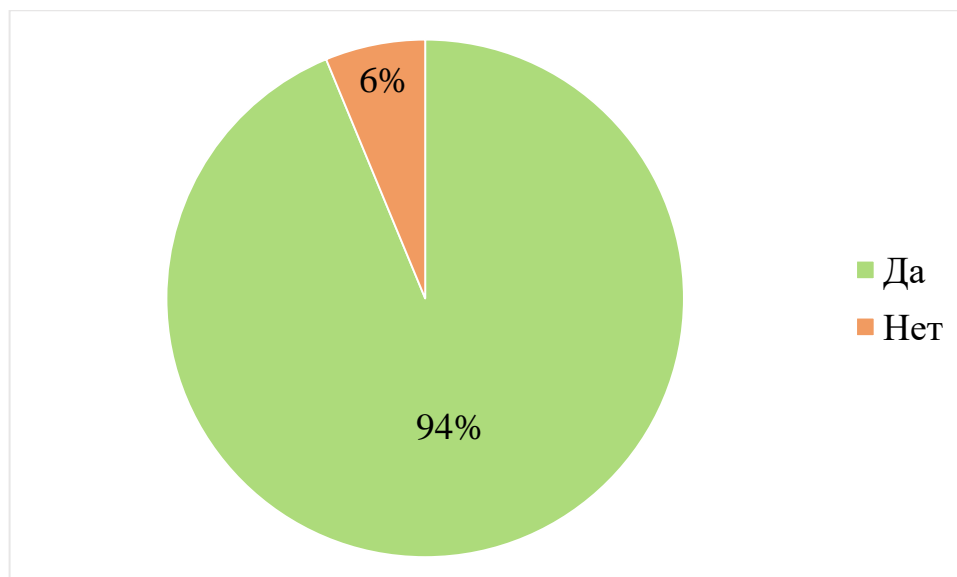


Рис. 12. Анализ респондентов на знания о хламидийной инфекции

На вопрос (Рис. 13) «Какие Вы знаете способы защиты от хламидийной инфекции?» 47% респондентов ответили «надежный половой партнер», 31% ответили «презервативы», 22% ответили «гормональные контрацептивы».

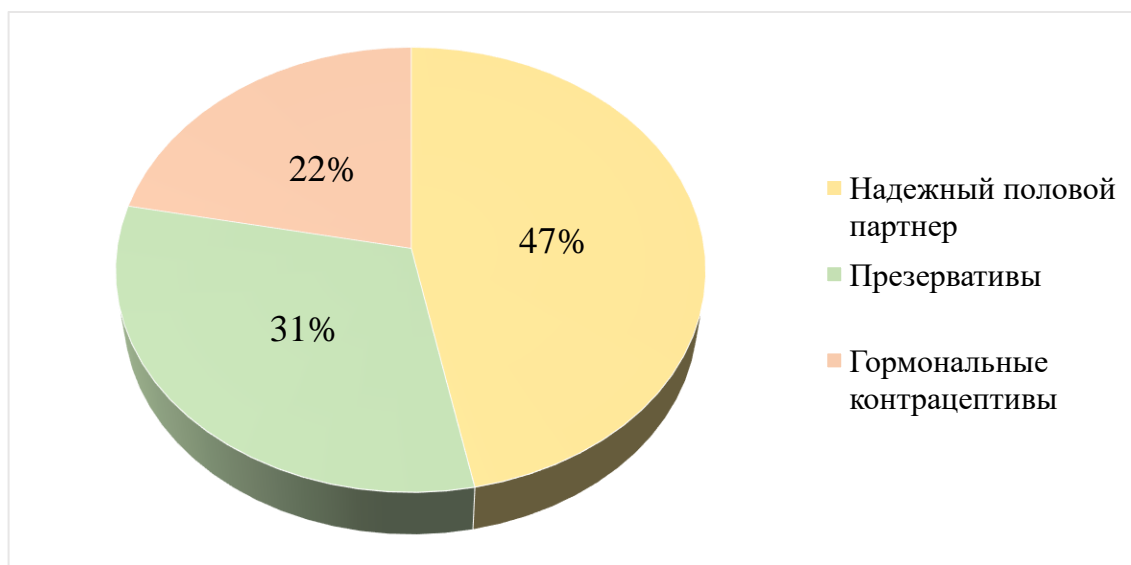


Рис. 13. Анализ респондентов на знания о способах защиты от хламидийной инфекции

На вопрос (Рис. 14) «Как Вы думаете, принадлежите ли Вы к группе риска заражения хламидийной инфекцией?» 62% респондентов ответили «да», 38% ответили нет.



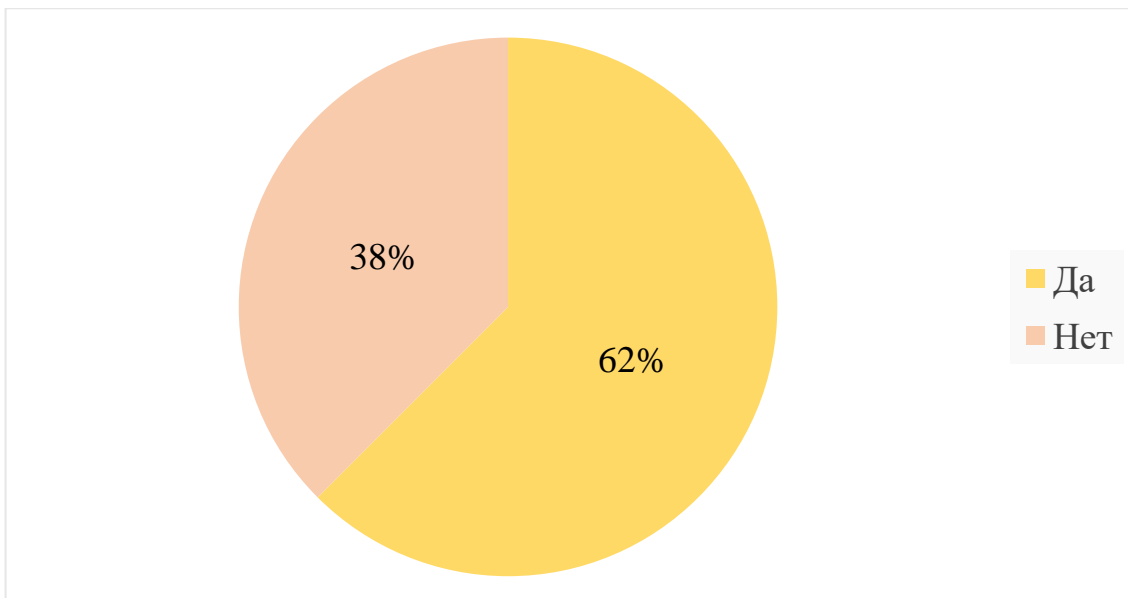


Рис. 14. Анализ респондентов на принадлежность к группе риска

На вопрос «Довольны ли Вы санитарно-просветительной работой среднего медперсонала, направленной на профилактику ИППП?» (Рис. 15) получился такой результат: 72% ответили «да», 28% ответили «нет».

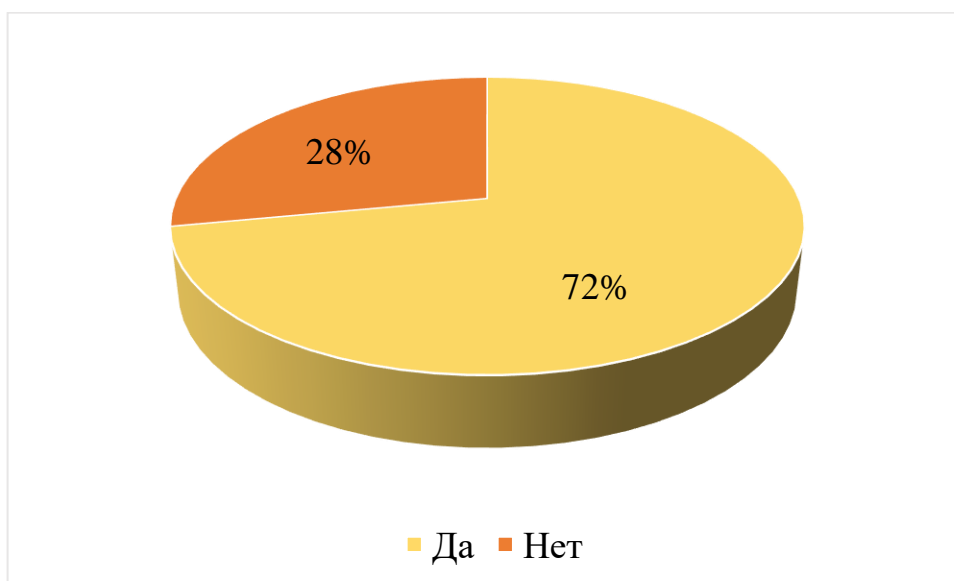


Рис. 15. Анализ респондентов на обслуживание медицинским персоналом

После проведенной исследовательской работы, были сделаны следующие выводы:

- Об ИППП слышали все (100%) респонденты.

- Информацию об ИППП 16% получили от родственников, 9% узнали об ИППП из специальной литературы, 50% получили информацию из СМИ, и 25% узнали от медицинских работников.

- Посещают поликлинику 16% респондентов регулярно, 25% редко, 59% часто. Мы можем сделать вывод, что большая часть респондентов относится серьезно к своему здоровью и посещают поликлинику часто.

- 78% респондентов ответили, что болели ИППП, 16% респондентов ответили, что таких случаев не было, 6% респондентов затрудняются ответить.

- В случае заражения ИППП 75% респондентов ответили, что обратятся в больницу, 20% обратятся в аптеку, и только 5% ответили, что никуда не обратятся. Представление об анализе на TORCH-инфекции имеют 69% респондентов, остальные 31% респондентов не знают, что это за анализ.

- Большая часть респондентов, а именно 94%, имеют знания о хламидийной инфекции, а также о факторах риска развития этого заболевания, 6% опрошенных никогда не слышали об этой инфекции.

- 47% респондентов считают, что надежный половой партнер не является фактором риска заражения хламидийной инфекцией, 31% считают, что презервативы способны защитить от хламидийной инфекции, 22% думают, что гормональные контрацептивы способны защитить от хламидийной инфекции.

- 2% респондентов считают, что принадлежат к группе риска заражения хламидийной инфекцией, остальные респонденты так не думают.

- 72% довольны санитарно-просветительной работой среднего медперсонала, а остальные 28% нет.

## РЕКОМЕНДАЦИИ

- Регулярно проводить беседы и создавать санитарные бюллетени, буклеты, памятки об ИППП, в частности, о таких распространенных заболеваниях, как хламидиоз.

- Необходима более углубленная подготовка акушерок и повышение их профессиональной компетенции для профилактики хламидиоза и остальных ИППП, также для оказания помощи беременным в случае заражения хламидийной инфекцией и другими ИППП.

- Беременным было рекомендовано регулярно посещать поликлиники, а также проходить медицинские обследования не реже 1 раза в год.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из проведенной исследовательской работы и изученного материала, мы можем сделать следующие выводы:

1. Хламидиоз в период беременности стоит относить к гинекологическим заболеваниям.

2. Врач определяет и устанавливает прогноз родов, а также выбор акушерской тактики и метода родоразрешения в связи со степенью риска предстоящих родов.

3. При хламидиозе допустимы и возможны роды через естественные родовые пути, в случае доношенной или почти доношенной беременности при предполагаемой средней массе плода 1800-3000 г, одноплодной или многоплодной беременности, при отсутствии показаний и нормальных размерах таза и абсолютно «зрелой» шейки матки, отсутствии отягощающего акушерского анамнеза и осложнений беременности.

Для снижения риска передачи хламидийной инфекции плоду, необходимо своевременно выявить эту проблему и назначить лечение. Беременная должна находиться под непрерывным контролем акушера-гинеколога.

Анализируя выше изложенный материал, можно сделать вывод, что беременным женщинам не стоит паниковать, узнав о том, что у них хламидиоз, так как данное заболевание можно вылечить на первых триместрах беременности.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э. К. Акушерство [Текст]: учебник для студентов медицинских вузов. - СПб.: СпецЛит, 2002.
2. Дзигуа М. В. Физиологическое Акушерство [Текст]: учебник для медучилищ и колледжей - «ГЭОТАР - Медиа», 2013.
3. Патрисия Уилсон. Гинекологические заболевания [Текст]: иллюстрированный справочник, 2007.
4. Мальцева Л. И. Современные проблемы инфекционной патологии в акушерстве и гинекологии [Текст]: практическая медицина, 2010.
5. Прилепская, В. Н. Руководство по акушерству и гинекологии для акушеров и фельдшеров [Текст] / В. Н. Прилепская, В. Е. Радзинский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
6. <http://mamusiki.ru/xlamidii-pri-beremennosti/>
7. [http://vmede.org/sait/?id=Ginekologija\\_baisova\\_2011&menu&page=14](http://vmede.org/sait/?id=Ginekologija_baisova_2011&menu&page=14)
8. <http://www.zppp.com/hlamidioz-hlamidii-pri-beremennosti1/rody1>
9. <http://mama66.ru/pregn/777>
10. <http://viferon.su/xlamidii-pri-beremennosti/>

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**



### Анкета

Выявление социологических, клинических, этических проблем респондентов отделения патологии беременных ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница имени Святителя Иосафа».

*Уважаемые респонденты!*

Данное социологическое исследование проводится с целью оценки уровня информированности беременных женщин г. Белгорода по вопросам профилактики хламидийной инфекции.

Заполнение анкеты анонимно, внимательно ознакомьтесь с вопросами и формулировками.

**1. Ваш возраст:** \_\_\_\_\_

**2. Место жительства:**

а) город, б) село

**3. Семейное положение:**

а) замужем), б) не замужем

**4. Первая ли у Вас беременность в данный момент?**

а) нет, б) да

**5. На какой неделе вы встали на учет в женскую консультацию?**

а) до 12 недель, б) после 12 недель

**6. Слышали ли Вы когда-нибудь об ИППП?**

а) нет, б) да

**7. Как Вы узнали об ИППП?**

а) от родителей, б) СМИ, г) из спец. литературы, д) от медицинских работников



**8. Как часто Вы обращаетесь в поликлинику?**

а) редко, б) часто, в) регулярно

**9. Были ли у Вас случаи заражения ИППП?**

а) да, б) нет

**10. Куда бы Вы обратились в случае заражения ИППП?**

а) в больницу, б) в аптеку, в) nowhere

**11. Знаете ли Вы, что представляет собой анализ на TORCH-инфекции?**

а) нет, б) да

**12. Знаете ли Вы, что такое хламидийная инфекция?**

а) нет, б) да

**13. Какие Вы знаете способы защиты от хламидийной инфекции?**

а) надежный половой партнер, б) презервативы, в) гормональные контрацептивы

**14. Как Вы думаете, принадлежите ли Вы к группе риска заражения хламидийной инфекцией?**

а) нет, б) да

**15. Довольны ли Вы санитарно-просветительной работой среднего медперсонала, направленной на профилактику ИППП?**

а) да, б) нет