Врожденная уреаплазменная, микоплазменная и хламидийная инфекция

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: P23.1, P37.8 · Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов»

Это инфекции новорожденных, обычно передающиеся от матери антенатально или во время родов и проявляющиеся главным образом конъюнктивитом, пневмонией, а при микоплазменно-уреаплазменной инфекции также менингитом или сепсисом. Рекомендация посвящена раннему распознаванию, лабораторному подтверждению и стационарному лечению новорожденных, особенно недоношенных и детей с низкой массой тела.

Главное

- Основные возбудители: C. trachomatis, M. genitalium, M. hominis, U. urealyticum и U. parvum; инфекция передается преимущественно вертикально, а вероятность передачи возрастает при меньшем сроке гестации и более длительном безводном промежутке.
- Для хламидийной инфекции типичны конъюнктивит на 5–14-й день жизни и пневмония с дебютом обычно в 4–12 недель; для уреаплазменной пневмонии характерно начало не ранее 2–3-й недели.
- Факторы риска у матери: возраст младше 25 лет, воспалительные заболевания органов малого таза, бесплодие, хроническая тазовая боль, внематочная беременность, хориоамнионит, преждевременное излитие вод с безводным промежутком ≥18 часов и преждевременные роды; у ребенка — недоношенность и низкая масса тела.
- У недоношенных инфекция может быть связана с пневмонией, менингитом, сепсисом, бронхолегочной дисплазией и тяжелой ретинопатией недоношенных.
- При подозрении на инфекцию этиотропное лечение начинают в ранние сроки; основная группа препаратов — макролиды, а выбор схемы зависит от возбудителя и клинической формы.
- Местное или системное введение препаратов новорожденному не считается надежной профилактикой; профилактика направлена прежде всего на выявление и лечение урогенитальной инфекции у беременной.

Диагностика

1. Соберите акушерско-гинекологический анамнез матери и оцените неонатальные факторы риска: недоношенность и низкую массу тела при рождении.
2. Проведите визуальный терапевтический осмотр новорожденного.
3. Выполните развернутый общий анализ крови с лейкоформулой, расчетом нейтрофильного индекса и подсчетом эозинофилов; при хламидийной инфекции возможна эозинофилия при обычно нормальном числе лейкоцитов. УУР B, УДД 3.
4. Проведите ПЦР или другое молекулярно-биологическое исследование материала по предполагаемому очагу: отделяемого конъюнктивы, мочи, мазков ротоглотки или носоглотки, мокроты или фаринго-трахеального аспирата; для хламидий также возможно исследование крови. ПЦР повторяют в конце курса антибактериальной терапии. Чувствительность методов составляет 98–100%, специфичность — 100%. УУР B, УДД 2.
5. При подозрении на пневмонию или менингит определите С-реактивный белок, в том числе в конце антимикробного курса. УУР C, УДД 4.
6. При дыхательных нарушениях выполните рентгенографию легких. УУР B, УДД 3.
7. При неврологических нарушениях выполните спинномозговую пункцию с исследованием ликвора: микроскопия, цитоз, белок и глюкоза; при уреаплазменном менингите типичны плеоцитоз, повышенный белок и снижение глюкозы. УУР C, УДД 4.
8. Для уточнения поражения органов направьте ребенка к офтальмологу при подтвержденной или предполагаемой инфекции, а при менингите или сепсисе — также к неврологу.
9. При уреаплазменной или микоплазменной инфекции с менингитом, пневмонией или сепсисом проведите нейросонографию.

Лечение

- Антибактериальную терапию назначают новорожденным с факторами риска, клиническими проявлениями и/или лабораторно-инструментальными признаками вероятной или доказанной инфекции; используются препараты группы макролидов. УУР С, УДД 5.
- При хламидийном конъюнктивите: эритромицин 50 мг/кг/сут внутрь в 4 приема 14 дней или азитромицин 20 мг/кг внутрь — однократно либо в течение 3 дней; дополнительно эритромициновая глазная мазь 4–5 раз в сутки. УУР В, УДД 2.
- При хламидийной пневмонии: эритромицин 50 мг/кг/сут внутрь в 4 приема 14 дней или азитромицин 10 мг/кг/сут внутрь или внутривенно 1 раз в сутки 5 дней.
- При пневмонии, вызванной M. hominis, назначают клиндамицин внутривенно 10 дней. Для новорожденных 0–7 дней схема составляет 5 мг/кг каждые 12 часов при массе <2 кг и каждые 8 часов при массе ≥2 кг; в возрасте 8–28 дней — каждые 8 часов при массе <2 кг и каждые 6 часов при массе ≥2 кг.
- При пневмонии, вызванной M. pneumoniae: эритромицин 40 мг/кг/сут внутрь в 3 приема 14 дней или азитромицин 10 мг/кг/сут внутрь либо внутривенно 1 раз в сутки 3–4 дня, при необходимости до 5–7 дней; после интервала 3–4 дня начинается второй курс, общая продолжительность — 2–4 недели.
- При уреаплазменной пневмонии: азитромицин 10 мг/кг/сут внутрь 7 дней, затем 5 мг/кг/сут еще 7 дней. Уровень убедительности рекомендаций С, УДД 4.
- При уреаплазменном или микоплазменном менингите по решению консилиума: доксициклин 4 мг/кг/сут в 2 приема вместе с моксифлоксацином 5 мг/кг/сут в 4 приема; внутривенно 4 недели, затем перорально 2 недели. УУР С, УДД 4.
- При дыхательной недостаточности применяют оксигенотерапию, неинвазивную или инвазивную вентиляцию; инфузионная терапия обеспечивает жидкость, парентеральное питание и коррекцию водно-электролитного баланса. УУР С, УДД 4 и С, УДД 5 соответственно.

Когда направить и как наблюдать

- Лечение проводят в стационаре: в ОРИТН, палате интенсивной терапии, отделении патологии новорожденных или на посту для новорожденных в детской больнице; выбор зависит от тяжести состояния.
- Недоношенному ребенку нужны условия кувеза, ограничение света, шума и прикосновений, контроль температуры и постуральная поддержка.
- Выписка возможна после стабилизации состояния и отсутствия органной недостаточности, нормализации маркеров воспаления, отрицательной ПЦР, отмены антибиотиков минимум за сутки и контроля общего анализа крови накануне выписки.

Частые вопросы

Когда заподозрить хламидийный конъюнктивит у новорожденного?

Обычно он начинается на 5–14-й день жизни, часто поражает один глаз; возможны отек, водянистые или слизисто-гнойные выделения, хемоз и слипание век после сна. Он может сопровождаться назофарингитом, отитом или пневмонией.

Как выглядит хламидийная пневмония у младенца?

Чаще дебютирует в 4–12 недель с ринита или заложенности носа, затем появляется длительный сухой приступообразный кашель. Обычно лихорадки нет, но возможны тахипноэ свыше 60 в минуту, цианоз и втяжение межреберий.

Какой материал брать для ПЦР?

Материал выбирают по предполагаемому очагу: отделяемое конъюнктивы, моча, мазки ротоглотки или носоглотки, мокрота или фаринго-трахеальный аспират; для хламидий также возможно исследование крови. ПЦР повторяют в конце курса антибактериальной терапии.

Чем лечить уреаплазменную пневмонию у новорожденного?

Азитромицин назначают внутрь по 10 мг/кг/сут в течение первой недели, затем по 5 мг/кг/сут в течение второй недели.

Нужна ли профилактическая антибиотикотерапия новорожденному от инфицированной матери?

Нет: местное и системное введение препаратов новорожденным не считается эффективной и надежной профилактикой. Основное профилактическое направление — диагностика и лечение урогенитальной инфекции у беременной.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1088-vrozhdennaya-ureaplazmennaya-mikoplazmennaya-i-hlamidijnaya-infekciya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1088_1