

Клинические рекомендации – Хламидийная инфекция – 2021 (17.02.2021) – Утверждены Минздравом РФ

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: A56, A74

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия:

ID: 194

По состоянию на 17.02.2021 на сайте МЗ РФ

Разработчик клинической рекомендации

- Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"
- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

Ключевые слова

Список сокращений

ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ИППП – инфекции, передаваемые половым путем

ИФА – иммуноферментный анализ

МКБ – Международная классификация болезней

ПИФ – прямая иммунофлюоресценция

ПЦР – полимеразная цепная реакция

РНК – рибонуклеиновая кислота

** – препарат входит в список ЖНВЛП

Термины и определения

Урогенитальная хламидийная инфекция – инфекция, передаваемая половым путем, возбудителем которой является *Chlamydia trachomatis*.

Chlamydia trachomatis – грам-отрицательная внутриклеточная бактерия, относящаяся к порядку *Chlamydiales*, семейству *Chlamydiaceae*, роду *Chlamydia*.

1. Краткая информация

1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Урогенитальная хламидийная инфекция – инфекция, передаваемая половым путем (ИППП), возбудителем которой является *Chlamydia trachomatis* [36].

1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Возбудитель урогенитальной хламидийной инфекции – *Chlamydia trachomatis*. Серотипы *Chlamydia trachomatis* А, В, Ва, С – возбудители трахомы; D-K – урогенитального хламидиоза; L1, L2, L3 – венерической лимфогранулемы.

Хламидии существуют в двух формах, различающихся по морфологическим и биологическим свойствам. Высокоинфекционной, спороподобной, внеклеточной формой является элементарное тельце (ЭТ), а вегетативной, репродуцирующейся, внутриклеточной – ретикулярное тельце (РТ).

Первым этапом инфекционного процесса является адсорбция ЭТ на плазмалемме клетки хозяина. Внедрение хламидий в клетку происходит путем эндоцитоза. Инвагинация участка плазмалеммы с адсорбированным ЭТ происходит в цитоплазму с образованием фагоцитарной вакуоли. Эта фаза занимает 7-10 часов. После этого в клетке в течение 6-8 часов происходит реорганизация ЭТ в вегетативную форму – ретикулярное тельце, способное к росту и делению.

Размножение хламидий ведет к формированию включений (тельца Провачека). В течение 18-24 часов развития они локализуются в цитоплазматическом пузырьке, образованном из мембраны клетки. Во включении может содержаться от 100 до 500 хламидий. Далее в течение 36-42 часов происходит процесс созревания РТ через переходные (промежуточные) тельца и развитие ЭТ следующего поколения. Полный цикл репродукции хламидии равен 48-72 часам и завершается разрушением пораженной клетки, однако в случае возникновения неблагоприятных метаболических условий для жизнедеятельности хламидии этот процесс может увеличиваться на более длительный период. Размножение патогенов в эпителиальных клетках приводит к нарушению целостности эпителиального слоя, десквамации и лимфоидной инфильтрации тканей.

Хламидии обладают тропизмом к цилиндрическому эпителию и способны поражать слизистую оболочку уретры, цервикального канала, прямой кишки, ротоглотки и конъюнктивы глаз. У взрослых женщин микроорганизмы не способны размножаться в неизменном многослойном плоском эпителии влагалища, т.к. проявляют высокую чувствительность к кислой среде его содержимого, поэтому первичным очагом поражения, как правило, является слизистая оболочка шейки матки. В детском и подростковом периоде хламидии могут вызывать поражение слизистых оболочек вульвы и влагалища, чему способствуют анатомо-физиологические особенности репродуктивной системы девочек (несовершенство физиологических защитных механизмов, небольшое количество слоев поверхностного эпителия, щелочная реакция вагинального отделяемого).

Инфицирование взрослых лиц происходит при любых формах половых контактов с больным хламидийной инфекцией, детей – перинатальным путем и при половом контакте; в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и ухода за детьми [36]. Возможен также вертикальный путь передачи инфекции [44].

1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Урогенитальная хламидийная инфекция является широко распространенной инфекцией, передаваемой половым путем. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно 131 миллион человек инфицируются *Chlamydia trachomatis*. Распространенность хламидийной инфекции в популяции варьирует в

зависимости от возраста, при этом наиболее высокая заболеваемость отмечается у лиц моложе 25 лет.

В Российской Федерации заболеваемость хламидийной инфекцией в 2018 году составила 27,7 случаев на 100000 населения: у лиц в возрасте от 0 до 14 лет – 0,22 случаев на 100000 населения, у лиц в возрасте 15-17 лет – 36,0 случаев на 100000 населения, у лиц в возрасте старше 18 лет – 33,4 случаев на 100000 населения [41].

1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

- A56.0 – Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта;
- A56.1 – Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов;
- A56.2 – Хламидийная инфекция мочеполового тракта, неуточненная;
- A56.3 – Хламидийная инфекция аноректальной области;
- A56.4 – Хламидийный фарингит;
- A56.8 – Хламидийные инфекции, передаваемые половым путем, другой локализации;
- A74.0 – Хламидийный конъюнктивит (H13.1*).
- A74.8 – Другие хламидийные инфекции
- A74.9 – Хламидийная инфекция неуточненная

1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Общепринятой классификации урогенитальной хламидийной инфекции не существует. Клинически выделяют следующие формы заболевания:

- Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта:
 - уретрит;
 - цервицит;
 - цистит;
 - вульвовагинит.

- Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов:
 - парауретрит;
 - эпидидимит;
 - орхит;
 - простатит, сопутствующий уретриту;
 - вестибулит;
 - сальпингоофорит;
 - эндометрит.

- Хламидийная инфекция аноректальной области.
- Хламидийный фарингит.
- Хламидийные инфекции, передаваемые половым путем, другой локализации (пельвиоперитонит, артрит, пневмония, перигепатит).
- Хламидийный конъюнктивит.

1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта

Объективные симптомы у женщин: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры; отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, эрозии слизистой оболочки шейки матки.

Объективные симптомы у мужчин: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры; слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры.

Хламидийная инфекция аноректальной области – объективные симптомы: гиперемия кожных покровов складок анального отверстия; слизисто-гнойное отделяемое из прямой кишки.

Хламидийный фарингит – объективные симптомы: гиперемия и отечность слизистой оболочки ротоглотки и миндалин.

Хламидийный конъюнктивит – объективные симптомы: гиперемия и отечность конъюнктивы пораженного глаза; скудное слизисто-гнойное отделяемое в углах пораженного глаза.

Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов

Объективные симптомы у женщин: вульвит: незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей, гиперемия наружных отверстий протоков вульварных желез, болезненность и отечность протоков при пальпации; сальпингоофорит: при остром течении воспалительного процесса – увеличенные, болезненные при пальпации маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания – незначительная болезненность, уплотнение маточных труб; эндометрит: при остром течении воспалительного процесса – болезненная, увеличенная матка мягкой консистенции, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания – плотная консистенция и ограниченная подвижность матки; пельвиоперитонит: характерный внешний вид – *facies hypocratica*, гектическая температура тела, гипотензия, олигурия, резкая болезненность живота при поверхностной пальпации, в нижних отделах определяется напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом раздражения брюшины.

Объективные симптомы у мужчин: эпидидимоорхит: слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, при пальпации определяются увеличенные, плотные и болезненные яичко и его придаток, наблюдается гиперемия и отек мошонки в области поражения; простатит, сопутствующий уретриту: при пальпации определяется болезненная, уплотненная предстательная железа.

У лиц обоего пола возможно хламидийное поражение парауретральных желез, при этом объективными симптомами являются: слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, наличие плотных болезненных образований величиной с просыное зерно в области выводных протоков парауретральных желез.

Хламидийные инфекции, передаваемые половым путем, другой локализации

В некоторых случаях течение может осложняться реактивным артритом хламидийной этиологии (распространенность составляет 30-40 случаев на 100000 случаев хламидийной

инфекции) [56, 57].

При диссеминированной хламидийной инфекции у пациентов обоего пола могут развиваться пневмония, перигепатит, перитонит [36].

Хламидийная инфекция у беременных. Хламидийная инфекция может приводить к прерыванию беременности, невынашиванию, развитию фетоплацентарной недостаточности, внутриутробному инфицированию плода, послеродовым воспалительным заболеваниями, неонатальным инфекциям.

В I триместре беременности наиболее характерным осложнением является угрожающий выкидыш, неразвивающаяся беременность и спонтанный аборт. Во II и III триместрах угроза прерывания беременности имеет длительное течение, а токолитическая терапия дает, как правило, нестойкий эффект. В плацентах женщин с генитальным хламидиозом происходит нарушение иммунного гомеостаза с образованием патогенных иммунных комплексов (ПИК), включающих IgM, IgG, IgA и фиксирующих C3-фракцию комплемента как маркер патогенности. В случаях инфицирования амниотических оболочек может развиваться многоводие, специфическое поражение плаценты (плацентит), плацентарная недостаточность, гипотрофия и гипоксия плода. В процессе эхографического обследования беременных с внутриутробным инфицированием достоверно чаще встречаются следующие эхографические признаки: многоводие, маловодие, гиперэхогенная взвесь в околоплодных водах, изменения плаценты. При проведении ультразвуковой плацентографии у женщин с инфекционной патологией гениталий обнаруживаются следующие изменения: утолщение плаценты, разнородная эхогенность паренхимы плаценты, преждевременное "старение" плаценты, расширение межворсинчатых пространств, расширение субхориального пространства, утолщение/удвоение контура базальной пластинки. Для беременных с хламидийной инфекцией и фетоплацентарной недостаточностью первичными ее проявлениями являются нарушения внутриплацентарного кровотока [47].

Хламидийная инфекция у новорожденных. Положительный результат методом ПЦР на хламидии выявляется у 17% новорожденных детей, причем у 4/5 из них в дальнейшем происходит самостоятельная эрадикация этого микроорганизма. Хламидийная инфекция, доказанная серологическими реакциями, на первом году жизни развивается у 9,7% наблюдаемых детей. При этом большую роль (6,5%) играет постнатальное инфицирование, в 3,2% имеет место врожденная хламидийная инфекция. Структуру хламидийной инфекции, развивающейся у детей на первом году жизни, составили: конъюнктивит (33,4%), поражение дыхательных путей (22,2%), инфекция мочевых путей (22,2%), сочетанное поражение конъюнктивы и уrogenитального тракта (11,1%), вульвит (11,1%) [45]. При наличии хламидийной уrogenитальной инфекции у беременной женщины в большинстве случаев хламидии передаются новорожденным во время родов. В этом случае выявляются симптомы вялотекущего конъюнктивита, пневмонии, реже – отита. У части детей, родившихся от инфицированных матерей, хламидии выделяют из ротоглотки, носоглотки и прямой кишки. Кроме манифестных форм (конъюнктивит, пневмония, инфекция мочеполовой системы) наблюдаются и неспецифические проявления в виде отеочного и геморрагического синдромов, длительной гипербилирубинемии, замедленного восстановления массы тела. Клинические проявления внутриутробного хламидиоза чаще выражаются в виде генерализованной формы, внутриутробной пневмонии, синдрома желтухи, фетального гепатита, конъюнктивита, задержки внутриутробного развития. [46].

2. Диагностика

Критерии установления диагноза

Диагноз хламидийной инфекции устанавливается на основании выявления *S. trachomatis* в результате лабораторных исследований биологического материала (молекулярно-биологическими методами).

2.1. Жалобы и анамнез

Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта

У 70-95% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы: слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей; межменструальные кровянистые выделения; болезненность во время половых контактов (диспареуния); зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); дискомфорт или боль в нижней части живота.

Субъективные симптомы у мужчин: слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры; зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); дискомфорт, зуд, жжение в области уретры; болезненность во время половых контактов (диспареуния); учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса); боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку. До 50% хламидийных инфекций у мужчин бессимптомны.

Субъективные и объективные симптомы хламидийной инфекции в детском возрасте аналогичны таковым у взрослых лиц. Особенностью клинического течения заболевания у девочек является более выраженная субъективная и объективная симптоматика и поражение слизистых оболочек вульвы и влагалища.

Хламидийная инфекция аноректальной области

У лиц обоего пола, как правило, отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы: при локальном поражении прямой кишки: зуд, жжение в аноректальной области, незначительные выделения из прямой кишки желтоватого или красноватого цвета; при локализации процесса выше анального отверстия: болезненные тенезмы, болезненность при дефекации, слизисто-гнойные выделения из прямой кишки, нередко с примесью крови, вторичные запоры.

Хламидийный фарингит

У лиц обоего пола, как правило, отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы: чувство сухости в ротоглотке; боль, усиливающаяся при глотании.

Хламидийный конъюнктивит – субъективные симптомы: незначительная болезненность пораженного глаза; сухость и покраснение конъюнктивы; светобоязнь; скудное слизисто-гнойное отделяемое в углах пораженного глаза.

Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов

Субъективные симптомы у женщин: вестибулит: незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей, болезненность и отечность в области вульвы; сальпингоофорит: боль в области нижней части живота схваткообразного характера, слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, отмечается нарушение менструального цикла; эндометрит: боль в нижней части живота, как правило, тянущего характера, слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, нередко отмечаются пост- и межменструальные скудные кровянистые выделения; пельвиоперитонит: резкая боль в животе, тошнота, рвота, слабость, нарушение дефекации.

Субъективные симптомы у мужчин: эпидидимоорхит: слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, дизурия, диспареуния, болезненность в области придатка яичка и паховой области, чаще односторонняя; боль в промежности с иррадиацией в область прямой кишки, в нижней части живота, в области мошонки; боль может распространяться на семенной канатик, паховый канал, область поясницы, крестца;

простатит, сопутствующий уретриту: боль в промежности и в нижней части живота с иррадиацией в область прямой кишки, дизурия.

У лиц обоего пола возможно хламидийное поражение парауретральных желез, при этом субъективными симптомами являются: зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала; болезненность во время половых контактов (диспареуния); болезненность в области наружного отверстия уретры.

2.2. Физикальное обследование

Проводится осмотр кожных покровов наружных половых органов и перианальной области, видимых слизистых оболочек наружных половых органов и уретры, оценивается наличие свободных выделений и их характер, проводится пальпация уретры, а также регионарных лимфатических узлов.

У женщин: осмотр слизистых оболочек влагалища и видимой части шейки матки с помощью зеркала Куско; оценка выделений в заднем и задне-боковых сводах влагалища, выделений из цервикального канала; бимануальное влагалищное исследование.

У мужчин: пальпация органов мошонки, пальцевое ректальное исследование (по показаниям).

Объективные клинические проявления заболевания, выявляемые при физикальном обследовании, см. в [разделе](#) "Клиническая картина".

2.3. Лабораторные диагностические исследования

Диагноз устанавливается на основании обнаружения ДНК и/или РНК *S. trachomatis* молекулярно-биологическими методами (например, ПЦР, NASBA) в исследуемом клиническом материале, полученном с учетом локализации воспалительного процесса и данных сексуального анамнеза. Для диагностики неосложненной хламидийной инфекции генитальной локализации забор клинического материала осуществляется из уретры у мужчин, из уретры и цервикального канала у женщин.

- Рекомендовано проводить верификацию диагноза хламидийной инфекции на основании результатов лабораторных исследований молекулярно-биологическими методами,

направленными на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *S. trachomatis* в зависимости от локализации инфекционного процесса, а также данных сексуального анамнеза: молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки ротоглотки на хламидию трахоматис (*Chlamydia trachomatis*) и/или отделяемого слизистой оболочки прямой кишки на хламидию трахоматис (*Chlamydia trachomatis*) и/или отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на хламидию трахоматис (*Chlamydia trachomatis*) и/или отделяемого из уретры на хламидии трахоматис (*Chlamydia trachomatis*) и/или спермы на хламидии (*Chlamydia trachomatis*) и/или секрета простаты на хламидию трахоматис (*Chlamydia trachomatis*) и/или отделяемого конъюнктивы на хламидию трахоматис (*Chlamydia trachomatis*) и/или исследование мочи на хламидию трахоматис (*Chlamydia trachomatis*) [1-8, 15, 16].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии:

При подозрении на воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) обязательное проведение исследования на хламидийной инфекции отделяемого цервикального канала и операционного материала.

Чувствительность методов составляет 98-100%, специфичность – 100%. Необходимо соблюдение условий транспортировки клинического материала в лабораторию. Забор материала для исследований может осуществляться не ранее, чем через месяц окончания антибиотикотерапии препаратами активными в отношении *Chlamydia trachomatis*. На чувствительность исследования могут влиять различные ингибирующие факторы, вследствие чего предъявляются строгие требования к организации и режиму работы лаборатории для исключения контаминации клинического материала.

Молекулярно-биологическое исследование мочи на хламидию трахоматис (*Chlamydia trachomatis*) преимущественно используется при выраженных клинических проявлениях уретрита.

Необходимо для получения достоверных результатов лабораторных исследований соблюдение ряда требований, к которым относятся:

- получение клинического материала из уретры не ранее, чем через 3 часа после последнего мочеиспускания, при наличии обильных уретральных выделений – через 15-20 минут после мочеиспускания;

- получение клинического материала из цервикального канала и влагалища вне менструации;

- соблюдение условий доставки образцов в лабораторию

- Не рекомендовано применять метод микробиологическое (культуральное) исследование для выделения *S. trachomatis* в рутинной практике [9].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Не рекомендовано использование других методов лабораторных исследований, в том числе метод прямой иммунофлюоресценции (ПИФ), иммуноферментный анализ (ИФА) для обнаружения антител к *S. trachomatis*, микроскопический и морфологический методы для диагностики хламидийной инфекции урогенитального тракта [9, 10, 16].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Не рекомендовано применение биологических, химических и алиментарных провокаций с целью повышения эффективности диагностики и лечения хламидийной инфекции [11].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 3)

2.4. Инструментальные диагностические исследования

- Рекомендовано при необходимости исключения воспалительных заболеваний органов малого таза и осложненного течения хламидийной инфекции проведение ультразвукового исследования органов малого таза (комплексное) [42, 43, 44, 68]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

2.5. Иные диагностические исследования

- Рекомендована консультация врача акушера-гинеколога при вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза, при ведении беременных и женщин в период лактации, больных хламидийной инфекцией [15].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендована консультация врача-уролога с целью диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы, при длительном течении и неэффективности ранее проводимой терапии эпидидимоорхита, простатита, сопутствующего уретриту [15].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендована консультация врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога, врача-проктолога, врача-ревматолога, у детей – врача-неонатолога, врача-педиатра – с целью уточнения объема и характера дополнительного обследования [67].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

3. Лечение

Показания к терапии

Идентификация *S. trachomatis* (ДНК или РНК) в биологическом материале.

Цели лечения [66, 67]:

- эрадикация *S. trachomatis*
- клиническое выздоровление;
- предотвращение развития осложнений;
- предупреждение инфицирования других лиц.

3.1. Консервативное лечение

- Рекомендовано для лечения хламидийных инфекций нижнего отдела мочеполовой системы с целью эрадикации *S. trachomatis* пероральное назначение:

доксициклин** 100 мг 2 раза в сутки течение 7 дней [12, 15-20, 48, 49, 50, 51, 53].

Уровень убедительности рекомендаций **A** (уровень достоверности доказательств 1)

или

офлоксацин** 400 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней [15, 16, 22-28, 50].

или

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5)

или

#левофлоксацин** по 500 мг 1 раза в сутки течение 7 дней [16, 39, 40, 52, 54].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5)

или

джозамицин** 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней [15, 16, 22-28, 55].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств 2)

- Рекомендовано для лечения хламидийных инфекций аноректальной области, хламидийного фарингита, хламидийного конъюнктивита с целью эрадикации *S. trachomatis* пероральное назначение:

#доксициклин** 100 мг 2 раза в сутки течение 7 дней [12, 15-20, 48, 49, 50, 51, 53].

Комментарии: Препарат противопоказан беременным. В связи с лучшей переносимостью предпочтительным является назначение доксициклина** в форме таблеток (действ. вещ-во – доксициклина моногидрат).

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5)

или

офлоксацин** 400 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней [15, 16, 22-28, 50].

или

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5)

или

#левофлоксацин** по 500 мг 1 раза в сутки течение 7 дней [16, 39, 40, 52, 54].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5)

или

джозамицин** 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней [15, 16, 22-28, 55].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств 2)

- Рекомендовано для лечения хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов с целью эрадикации *S. trachomatis* пероральное назначение:

#доксициклина** 100 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней [12, 15-17, 58, 59, 63, 64].

Комментарии: Препарат противопоказан беременным. В связи с лучшей переносимостью предпочтительным является назначение доксициклина** в форме таблеток (действ. вещ-во – доксициклина моногидрат).

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5)

или

#офлоксацин** 400 мг 2 раза в сутки в течение 14-21 дней [12, 15-17, 69, 70, 71]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5)

или

джозамицин** 500 мг 3 раза в сутки в течение 14-21 дней [12, 15-17, 70, 71]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: Длительность курса терапии зависит от степени клинических проявлений воспалительных процессов мочеполовых органов, результатов лабораторных и инструментальных исследований. В зависимости от вышеперечисленных факторов длительность терапии может варьировать от 14 до 21 дня. [17].

Не проводят системную энзимотерапию, иммуномодулирующей терапию и терапию местными антисептическими препаратами [15].

- Рекомендуется для лечения беременных и женщин в период лактации с целью эрадикации *S. trachomatis* назначать перорально:

джозамицин** 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней [32, 33, 55].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5)

или

азитромицин** 1,0 г однократно [31, 33].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств 1)

или

эритромицин 500 мг 4 раза в сутки в течение 7 дней [20].

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств 1)

Комментарии: Лечение беременных, больных хламидийной инфекцией, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод. При лечении женщин в период лактации предпочтительно назначение джозамицина**. При назначении азитромицина** или эритромицина необходимо приостановить кормление ребенка грудью на время лечения, если предполагаемая польза для матери превышает риск для новорожденного.

- Рекомендуется для лечения детей с целью эрадикации *C. trachomatis* (с массой тела менее 45 кг) назначать перорально:

джозамицин** 50 мг на кг массы тела в сутки, разделенные на 2 приема, в течение 7 дней [34-36].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: лечение хламидийной инфекции у детей с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых с учетом противопоказаний.

или

#азитромицин** 10 мг на кг массы тела в сутки, в течение 7 дней [37, 38, 65]

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: при генерализованной форме хламидийной инфекции и неонатальной пневмонии в условиях стационара применяют эритромицин внутривенно детям первых трех месяцев жизни – 20-40 мг/кг/сутки (при тяжелых инфекциях доза может быть удвоена), от 4 месяцев до 18 лет – 30-50 мг/кг/сутки за 2-4 введения.

- Рекомендуется новорожденным от матерей с нелеченой хламидийной инфекцией динамическое наблюдение. При развитии офтальмии, вызванной *Chlamydia trachomatis* рекомендовано лечение [60-62]:

- #Эритромицин 50 мг/кг в день внутрь, разделенных на 4 приема в течение 14 дней

или

- #Азитромицин** 20 мг/кг внутрь однократно в день в течение 3-х дней.

Уровень убедительности рекомендаций **B** (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: профилактическое лечение в асимптомных случаях может быть назначено лишь новорожденным при невозможности обеспечить их наблюдение [44].

3.2. Хирургическое лечение

Не применяется.

3.3. Иное лечение

Диетотерапия не применяется.

Обезболивание не применяется.

4. Реабилитация

Реабилитация не применяется.

5. Профилактика

Установление излеченности хламидийной инфекции на основании молекулярно-генетических методов не менее чем через месяц после окончания лечения антимикробными

препаратами. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

Профилактика:

- исключение случайных половых контактов;
- использование средств барьерной контрацепции;
- обследование и лечение половых партнеров.

- При отсутствии эффекта от лечения рекомендуется исключение реинфекции и назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы [15].

Уровень убедительности рекомендаций **C** (уровень достоверности доказательств – 5)

Организация оказания медицинской помощи

Лечение в основном проводится амбулаторно в условиях медицинского учреждения дерматовенерологического профиля. При обращении беременных женщин – в условиях медицинского учреждения акушерско-гинекологического профиля.

Показаниями для госпитализации и лечения в стационарных условиях являются осложненное течение хламидийной инфекции (ВЗОМТ среднетяжелой и тяжелой степени, эпидидимит/эпидидимоорхит).

При выявлении больного хламидийной инфекцией заполняется форма N 089-у/кв "Извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонококковой инфекции, хламидийных инфекций, трихомоноза, аногенитальной герпетической вирусной инфекции, аногенитальных (венерических) бородавок, микоза, чесотки" в порядке установленном письмом Министерства здравоохранения РФ от 2 марта 2015 г. N 13-2/25.

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

На исход лечения влияет соблюдение режима приема препаратов, использование средств барьерной контрацепции, исключение случайных половых контактов, лечение половых партнеров.

Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Оценка выполнения
1	Подтверждение диагноза молекулярно-биологическими методами исследования	Да/Нет
2	Назначен доксициклин** или азитромицин** или эритромицин или джозамицин** или офлоксацин** или левофлоксацин**	Да/Нет
3	Достигнута эрадикация <i>C. trachomatis</i>	Да/Нет

Список литературы

1. CDC. Recommendations for the laboratory-based detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*-- 2014. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports. Centers for Disease Control. Mar 14 2014; 63(RR-

02): 1-19.

2. Grad A., Vica M.L., Matei H.V., Grad D.R., Coman I., and Tataru D.A. Polymerase Chain Reaction as a Diagnostic Tool for Six Sexually Transmitted Infections – Preliminary Results: Clujul Med. 2015; 88(1): 33-37.

3. Knox J., Tabrizi S.N., Miller P., et al. Evaluation of self-collected samples in contrast to practitioner-collected samples for detection of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and Trichomonas vaginalis by polymerase chain reaction among women living in remote areas. Sex Transm Dis. Nov 2002; 29(11): 647-654.

4. Chachter J., Chernesky M.A., Willis D.E., et al. Vaginal swabs are the specimens of choice when screening for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae: Results from a multicenter evaluation of the APTIMA assays for both infections. Sex Transm Dis. Dec 2005; 32(12): 725-728.

5. Schachter J., Moncada J., Liska S., Shayeveich C., Klausner J.D. Nucleic acid amplification tests in the diagnosis of Chlamydial and Gonococcal infections of the oropharynx and rectum in men who have sex with men. Sex Transm Dis. Jul 2008; 35(7): 637-642.

6. Mimiaga M.J., Mayer K.H., Reisner S.L., et al. Asymptomatic gonorrhea and chlamydial infections detected by nucleic acid amplification tests among Boston area men who have sex with men. Sex Transm Dis. May 2008; 35(5): 495-498.

7. Bachmann L.H., Johnson R.E., Cheng H., et al. Nucleic acid amplification tests for diagnosis of Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatisrectal infections. J. Clin Microbiol. May 2010; 48(5): 1827-1832.

8. Шипицына Е.В., Шалепо К.В., Савичева А.М., Домейка М. Научные исследования по оптимизации методов лабораторной диагностики инфекций, передаваемых половым путем. Журнал акушерства и женских болезней, 2007; том LVI. N 5: с. 32-35.

9. Association of Public Health Laboratories (APHL). Laboratory diagnostic testing for Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae. Expert consultation meeting summary report. Atlanta, GA.: Silver Spring, MD, APHL, 2009; uRLhttp://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID_2009Jan_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf.

10. Horner P. et al. Enhanced enzyme immunoassay with negative-gray-zone testing compared to a single nucleic acid amplification technique for community based chlamydial screening of men. Journal of Clinical Microbiology, 2005, 43(5): 2065-2069.

11. Renton A., Filatova E., Ison C., Meheus A., Dmitriev G., Akovbian V., et al. A trial of the validity of genital smears and cultures with gonococcal vaccine provocation in diagnosing genital gonorrhoea in women. Int J STD AIDS 2009; 20: 24-29.

12. Lau C.Y., Qureshi A.K. Azithromycin versus doxycycline for genital Chlamydial infections: a meta-analysis of randomized clinical trials. Sex Transm Dis 2002; 29: 497-502.

13. Hocking J., Kong F., Vodstrcil L., et al. Controlled Trials Infection – a Meta-Analysis of Randomised the Treatment of Genital Chlamydia. Sex Transm Infect 2013; 89: A30.

14. Geisler W.M., Koltun W.D., Abdelsayed N., et al. Safety and efficacy of WC2031 versus vibramycin for the treatment of uncomplicated urogenital Chlamydia trachomatis infection: a randomized, double-blind, double-dummy, active-controlled, multicenter trial. Clin Infect Dis 2012; 55: 82 – 8.

15. CDC. Sexually Transmitted Diseases Guidelines; 2014; URL: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2014/2014-std-guidelines-peer-reviewers-08-20-2014.pdf>.

16. European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections 2015. URL <http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>.

17. Adimora A.A. Treatment of uncomplicated genital Chlamydia trachomatis infections in adults. Clin Infect Dis 2002; 35: S183-S186.

18. Schillinger J.A., Kissinger P., Calvet H., Whittington W.L., Ransom R.L., Sternberg M.R., et al. Patient-delivered partner treatment with azithromycin to prevent repeated Chlamydia

trachomatis infection among women: a randomized, controlled trial. *Sex Transm Dis* 2003; 30: 49-56.

19. Dreses-Werringloer U., Padubrin I., Zeidler H., Kohler L. Effects of azithromycin and rifampin on *Chlamydia trachomatis* infection in vitro. *Antimicrob Agents Chemother* 2001; 45: 3001 – 8.

20. Pitsouni E., Iavazzo C., Athanasiou S., Falagas M.E. Single-dose azithromycin versus erythromycin or amoxicillin for *Chlamydia trachomatis* infection during pregnancy: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Int J Antimicrob Agents* 2007; 30: 213 – 21.

21. Czeizel A.E., Rockenbauer M., Olsen J., Sorensen H.T. A case-control teratological study of spiramycin, roxithromycin, oleandomycin and josamycin. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79: 234 – 7.

22. Iakubovich A.I., Chuprin A.E., Rakitin D.A. Urogenital chlamydia infection: treatment with wilprafen. *Urologiia*. 2003 Jan – Feb; (1): 55 – 8.

23. Ibsen H.H., Moller B.R., Halkier-Sorensen L., et al. Treatment of nongonococcal urethritis: comparison of ofloxacin and erythromycin. *Sex Transm Dis* 1989; 16: 32-35.

24. Maiti H., Chowdhury F.H., Richmond S.J., et al. Ofloxacin in the treatment of uncomplicated gonorrhea and chlamydial genital infection. *Clin Ther* 1991; 13: 441-447.

25. Takahashi S., Ichihara K., Hashimoto J., et al. Clinical efficacy of levofloxacin 500 mg once daily for 7 days for patients with non-gonococcal urethritis. *J Infect Chemother* 2011; 17: 392-396.

26. Khrianin A.A. and Reshetnikov O.V. Is it safe to use josamycin in the obstetrics practice in Russia?. *Antibiot Khimioter* 2007; 52: 32-36.

27. Primiero F.M., Caruso G., Grottanelli F., et al. Josamycin in the treatment of *Chlamydia trachomatis* cervicitis. *J Chemother* 1989; 1: 909-910.

28. Lucisano A., Vitale A.M., Cinque B., et al. Josamycin in the treatment of chlamydial genital infections in infertile women. *J Chemother* 1989; 1: 906-908.

29. Molochkov V.A., Mostakova N.N. Vilprafene (josamycin) therapy of chronic chlamydial prostatitis. *Urologiia*. 2001 May-Jun; (3): 34 – 5.

30. Rahangdale L., Guerry S., Bauer H.M., Packel L., Rhew M., Baxter R., et al. An observational cohort study of *Chlamydia trachomatis* treatment in pregnancy. *Sex Transm Dis* 2006; 33: 106 – 10.

31. Brocklehurst P., Rooney G. Interventions for treating genital chlamydia trachomatis infection in pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD000054. DOI: 10.1002/14651858.CD000054.

32. Soltz-Szots J., Schneider S., Niebauer B., Knobler R.M., Lindmaier A. Significance of the dose of josamycin in the treatment of chlamydia infected pregnant patients. *Z Hautkr* 1989; 64: 129 – 31.

33. Галимова Э.Р. Опыт лечения хламидийной урогенитальной инфекции у беременных вильпрафеном. *Актуальные вопросы акушерства и гинекологии* 2001-2002; 1(1).

34. Darville T. *Chlamydia trachomatis* infections in neonates and young children. *Semin Pediatr Infect Dis* 2005; 16: 235 – 44.

35. Wang Y., Yang W.B., Yuan H.Y., Zhang Q.X., Zhu X.Y. Analysis of the infection status and the drug resistance of mycoplasma and chlamydiae in genitourinary tracts of children with suspected nongonococcal urethritis. *Zhonghua Er Ke Za Zhi*. 2009 Jan; 47(1): 62 – 4.

36. Ведение больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями: Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. – М.: Деловой экспресс, 2012: 112 с.

37. Hammerschlag M.R., Gelling M., Roblin P.M., Kutlin A., Jule J.E. Treatment of neonatal chlamydial conjunctivitis with azithromycin. *The Pediatric infectious disease journal*. Nov 1998; 17(11): 1049-1050.

38. Kohlhoff C.A., Hammerschlag M.R. Treatment of chlamydial infections: 2014 update (review). *Expert Opin. Pharmacother.* (2015) 16 (2): 205-212.
39. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2015: Chlamydial Infections. CDC.
40. Mikamo H., Yamagishi Y., Takahashi K., et al. Clinical study of levofloxacin 500 mg qd in the treatment of cervicitis and intrauterine infections caused by *Chlamydia trachomatis*. *Jpn J Antibiot.* 2011 Aug; 64(4): 217 – 29.
41. Кубанов А.А., Богданова Е.В. Организация и результаты оказания медицинской помощи по профилю "дерматовенерология" в Российской Федерации. Итоги 2018 года. – Вестник дерматологии и венерологии. – Том 95. – N 4. – С. 8-23.
42. Landers D.V., Sweet R.L. Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess//*Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1985. – Vol. 151. – P. 1098-1110. (диагностика tuboовариального абсцесса при осложненных формах ВЗОМТ).
43. Moore K.R., Smith J.S., Cole S.R., Dittmer D.P., Schoenbach V.J., Baird D.D. Chlamydia trachomatis Seroprevalence and Ultrasound-Diagnosed Uterine Fibroids in a Large Population of Young African-American Women. *Am J Epidemiol.* 2018; 187(2): 278-286. doi:10.1093/aje/kwx231.
44. Honkila M., Wikstrom E., Renko M., et al. Probability of vertical transmission of *Chlamydia trachomatis* estimated from national registry data. *Sex Transm Infect.* 2017; 93(6): 416-420. doi: 10.1136/sextrans-2016-052884 (B2).
45. Бекарова А.М. Хламидийная инфекция у новорожденных и детей первого года жизни. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, 2003 г.
46. Виноградова И.В. "Эпидемиология, диагностические критерии и течение хламидийной инфекции у новорожденных детей", диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, 2004 г.
47. П.В. Буданов. Актуальные проблемы лечения беременных с рецидивирующей хламидийной инфекцией. *Лечащий врач.* N 10/07.
48. Paez-Canro C., Alzate J.P., Gonzalez L.M., Rubio-Romero J.A., Lethaby A., Gaitan H.G.. Antibiotics for treating urogenital *Chlamydia trachomatis* infection in men and non-pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019; 1(1): CD010871. Published 2019 Jan 25. doi: 10.1002/14651858.CD010871.pub2.
49. William M. Geisler, Apurva Uniyal, Jeannette Y. Lee, Shelly Y. Lensing, Shaondra Johnson, Raymond C.W. Perry, Carmel M. Kadrnka and Peter R. Kerndt. Azithromycin versus Doxycycline for Urogenital *Chlamydia trachomatis* Infection. *N Engl J Med* 2015; 373: 2512-2521 DOI: 10.1056/NEJMoa1502599.
50. WHO Guidelines for the Treatment of *Chlamydia trachomatis*. 2016. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379707/pdf/Bookshelf_NBK379707.pdf.
51. Nicole H.T.M. Dukers-Muijers, Petra F.G. Wolfs, Henry De Vries, Hannelore M. Gotz, Titia Heijman, Sylvia Bruisten, Lisanne Eppings, Arjan Hogewoning, Mieke Steenbakkens, Mayk Lucchesi, Maarten F. Schim van der Loeff, Christian J.P.A. Hoebe, Treatment Effectiveness of Azithromycin and Doxycycline in Uncomplicated Rectal and Vaginal *Chlamydia trachomatis* Infections in Women: A Multicenter Observational Study (FemCure), *Clinical Infectious Diseases*, Volume 69, Issue 11, 1 December 2019, Pages 1946-1954, <https://doi.org/10.1093/cid/ciz050>
52. KARL E. MILLER/Diagnosis and Treatment of *Chlamydia trachomatis* Infection. *Am Fam Physician.* 2006 Apr 15; 3(8): 1411-1416.
53. Geisler W.M., Koltun W.D., Abdelsayed N., et al. Safety and efficacy of WC2031 versus vibramycin for the treatment of uncomplicated urogenital *Chlamydia trachomatis* infection: a randomized, double-blind, double-dummy, active-controlled, multicenter trial. *Clin Infect Dis* 2012; 55: 82 – 8.
54. Takahashi S., Ichihara K., Hashimoto J., et al. Clinical efficacy of levofloxacin 500 mg once daily for 7 days for patients with nongonococcal urethritis. *J Infect Chemother* 2011; 17: 392 –

6.

55. E. Lanjouw, J.M. Ossewaarde, A. Sary, F. Boag. European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections. 2010. URL: https://www.aslimnica.lv/sites/default/files/editor/euro_guideline_chlamydia_2010.pdf.

56. Carter J.D. and Hudson A.P. The evolving story of Chlamydia-induced reactive arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 2010; 22: 424-430; Taylor-Robinson D. and Keat A. Observations on Chlamydia trachomatis and other microbes in reactive arthritis. *Int J STD AIDS* 2015; 26: 139-144.

57. Bojovic J., Strelac N. and Pavlica L. Reiter's syndrome – disease of young men – analysis of 312 patients. *Med Pregl* 2014; 67: 222-230.44.

58. CDC 2015 Sexually transmitted infections treatment guidelines. Pelvic Inflammatory Disease. URL: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/pid.htm>.

59. Ю.Б. Белоусов, О.И. Карпов, Д.Ю. Белоусов. Клинико-экономическое обоснование применения вильпрафена в лечении урогенитального хламидиоза. Качественная клиническая практика 2006 N 1.

60. Tan A.K. Ophthalmia Neonatorum. *N Engl J Med*. 2019 Jan 10; 380(2): e2. doi: 10.1056/NEJMicm1808613.

61. Jin J. Prevention of Gonococcal Eye Infection in Newborns. *JAMA*. 2019 Jan 29; 321(4): 414. doi: 10.1001/jama.2018.21434.

62. Zikic A. et al. Treatment of neonatal chlamydial conjunctivitis: A systematic review and meta-analysis//*Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*. – 2018. – Т. 7. – N. 3. – С. e107-e115.

63. European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections. Revision date: July 2010. (E. Lanjouw, J.M. Ossewaarde, A. Sary, F. Boag).

64. European Branch of the International Union against Sexually Transmitted Infections (IUSTI Europe) and the European Office of the World Health Organisation (WHO-Europe).

65. Савенкова М.С., Афанасьева А.А. Хламидиоз у детей. Современные аспекты лечения. Клиническая эффективность. с. 6-12. URL: <https://www.umedp.ru/upload/iblock/e23/e23ac6fa5ddf584bd9e2be92049f3090.pdf>.

66. Kimberly A. Workowski, Mary F. Lampe, Kim G. Wong; et al Mary B. Watts, Walter E. Stamm, Long-term Eradication of Chlamydia trachomatis Genital Infection After Antimicrobial Therapy Evidence Against Persistent Infection. *JAMA*. 1993; 270(17): 2071-2075. doi: 10.1001/jama.1993.03510170061031.

67. Урогенитальный хламидиоз. Учебное пособие 2014. Под редакцией д.м.н., профессора А.В. Молочкова, к.м.н. С.В. Муракова, д.м.н., профессора С.А. Попкова. ISBN 978-5-98511-256-6.

68. Gradison M. Pelvic Inflammatory Diseases. American Academy of Family Physicians. – 2012.

69. ВЗОМТ: Роль хламидийной инфекции (рациональные методы терапии) Информационный материал подготовлен д.м.н. Л.А. Марченко и к.м.н. Л.М. Ильиной 2006 г. по данным официальных рекомендаций Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2002 г.; статьи В.И. Кулакова А.С. Анкирской, С.М. Белобородова в ж. Гинекология (экстра-выпуск: "Современная ЭРА терапии инфекций в гинекологии"), 2004; *MMWR* 2004 (53) 42: 983; *WebMDHealthNews*, 2005 г.

70. Молочков А.В. Урогенитальный хламидиоз. Учебное пособие Москва 2014.

71. Е.И. Боровкова. Современные стандарты терапии инфекций, передаваемых половым путем. Медицинский совет 2014 N 11.

Приложение А1

Состав рабочей группы

1. Кубанов Алексей Алексеевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, Президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

2. Серов Владимир Николаевич – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, президент Российского общества акушеров-гинекологов.

3. Аполихина Инна Анатольевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

4. Богданова Елена Витальевна – старший научный сотрудник научно-организационного отдела ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

5. Гомберг Михаил Александрович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ГБУЗ "МНПЦДК" Департамента здравоохранения г. Москвы, член Союза "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов".

6. Гуцин Александр Евгеньевич – кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник ГБУЗ "МНПЦДК" Департамента здравоохранения г. Москвы, член Союза "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов".

7. Довлетханова Эльмира Робертовна – кандидат медицинских наук, врач научно-поликлинического отделения ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

8. Долгушина Наталия Витальевна – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора – руководитель департамента организации научной деятельности ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

9. Доля Ольга Валентиновна – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник ГБУЗ "МНПЦДК" Департамента здравоохранения г. Москвы, член Союза "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов".

10. Катунин Георгий Леонидович – кандидат медицинских наук, врач дерматовенеролог ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

11. Кисина Вера Ивановна – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ГБУЗ "МНПЦДК" Департамента здравоохранения г. Москвы, член Союза "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов", член Российского межрегионального общества специалистов по доказательной медицине, член Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС).

12. Ковалык Владимир Павлович – кандидат медицинских наук, доцент, член Союза "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов".

13. Ласеев Денис Иванович – член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

14. Любасовская Людмила Анатольевна – кандидат медицинских наук, заведующая отделением клинической фармакологии антимикробных и иммунобиологических препаратов института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

15. Малова Ирина Олеговна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии Иркутского ГМУ, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

16. Межевитинова Елена Анатольевна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник научно-поликлинического отделения ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова"

Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

17. Нечаева Ирина Анатольевна – кандидат медицинских наук, врач дерматовенеролог ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

18. Онипченко Виктория Викторовна – главный врач ГБУЗ НСО "Новосибирской областной клинической кожно-венерологический диспансер", главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Новосибирской области, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

19. Плахова Ксения Ильинична – доктор медицинских наук, ученый секретарь, и.о. заведующего отделом ИППП ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

20. Потекаев Николай Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, директор ГБУЗ "МНПЦДК" Департамента здравоохранения г. Москвы, главный внештатный специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава РФ, президент Национального альянса дерматологов и косметологов России.

21. Прилепская Вера Николаевна – доктор медицинских наук профессор, заслуженный деятель науки РФ, заместитель директора по научной работе, руководитель научно-поликлинического отделения ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

22. Припутневич Татьяна Валерьевна – доктор медицинских наук, директор института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

23. Рахматулина Маргарита Рафиковна – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом клинической лабораторной диагностики МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

24. Соломка Виктория Сергеевна – доктор биологических наук, заместитель директора по научной работе ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

25. Сысоева Татьяна Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии РМАПО, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

26. Фатеева Екатерина Владимировна – младший научный сотрудник отдела ИППП ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

27. Фриго Наталия Владиславовна – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник ГБУЗ "МНПЦДК" Департамента здравоохранения г. Москвы, член Союза "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов".

28. Чеботарев Вячеслав Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматологии и косметологии с курсом ДПО "Ставропольского государственного медицинского университета" член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

29. Чикин Вадим Викторович – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник отдела дерматологии ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Конфликт интересов:

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

- Врачи-специалисты: дерматовенерологи, акушеры-гинекологи, колопроктологи, урологи, педиатры, офтальмологи.
- Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанной специальности.

Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"

5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов
---	---

Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

Порядок обновления клинических рекомендаций.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3

Связанные документы

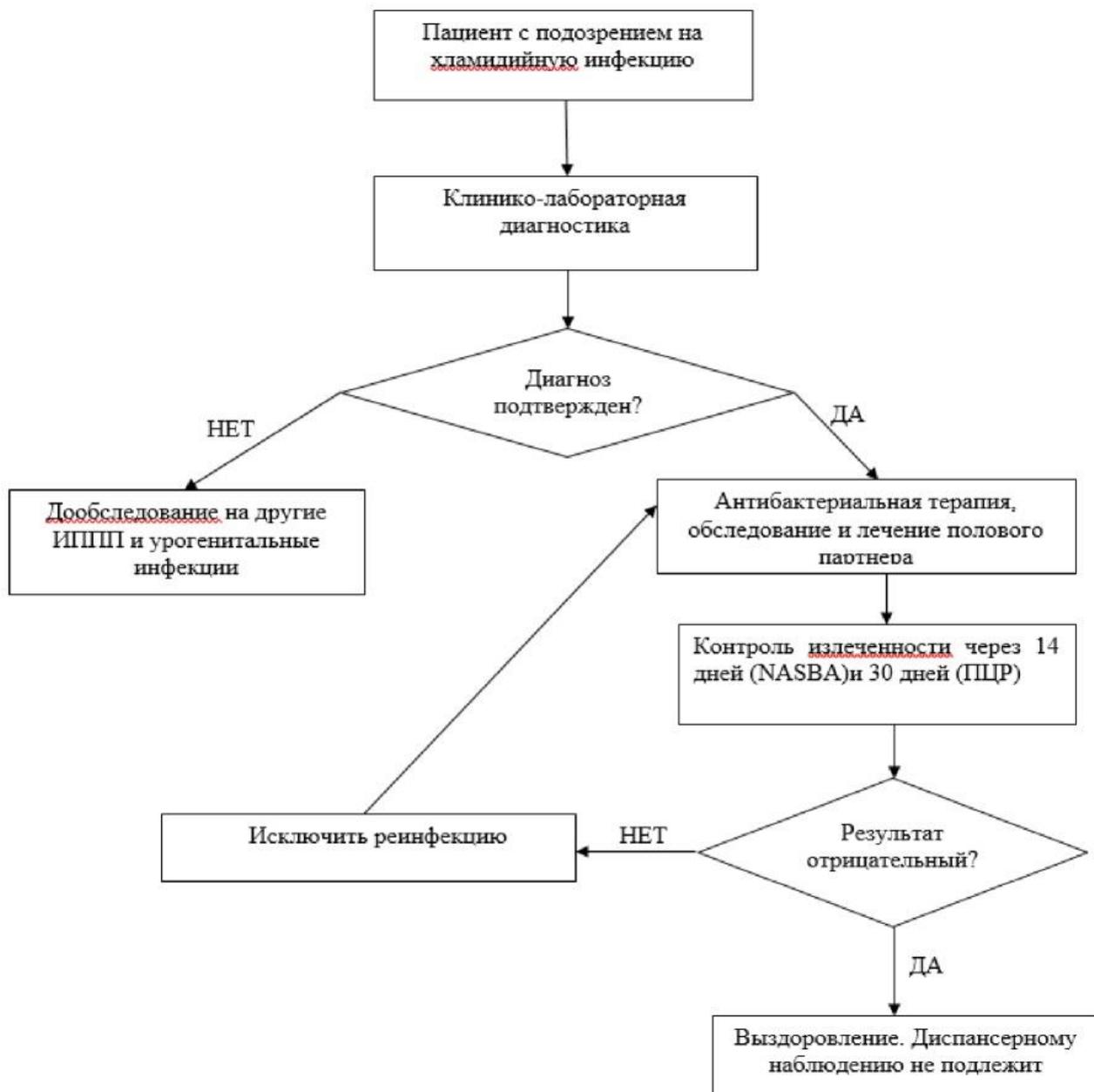
Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю "дерматовенерология", утвержденный Приказом Министерства здравоохранения РФ 15.11.2012 N 924н.
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 01.11.2012 N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".

Приложение Б

Алгоритмы ведения пациента

Блок-схема 1. Алгоритм ведения пациента



Приложение В

Информация для пациентов

1. С целью предупреждения повторного инфицирования хламидийной инфекцией необходимо обследование и лечение половых партнеров.

2. В период лечения и диспансерного наблюдения необходимо воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности.

3. С целью установления излеченности необходима повторная явка к врачу для обследования через месяц после окончания лечения.

4. Рекомендуется обследование на другие инфекции, передаваемые половым путем.

5. При неустановленном источнике инфицирования рекомендуется повторное серологическое исследование на сифилис через 3 месяца, на ВИЧ, гепатиты В и С – через 3-6-9 месяцев.

Приложение Г

Не используются.

Новые, изданные в 2020-2021 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/klinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54.



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.