



МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

## Хламидийная инфекция

МКБ 10: A56/A74.0

Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 2 года)

ID: KP194

URL

Профессиональные ассоциации

- Российское общество дерматовенерологов и косметологов Российское общество акушеров-гинекологов

# Оглавление

- Ключевые слова
- Список сокращений
- Термины и определения
- 1. Краткая информация
- 2. Диагностика
- 3. Лечение
- 4. Реабилитация
- 5. Профилактика
- 6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания
- Критерии оценки качества медицинской помощи
- Список литературы
- Приложение А1. Состав рабочей группы
- Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций
- Приложение А3. Связанные документы
- Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента
- Приложение В. Информация для пациентов
- Приложение Г.

## Ключевые слова

- Хламидийная инфекция
- *Chlamydia trachomatis*
- Инфекции, передаваемые половым путем

# Список сокращений

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота

ИППП – инфекция, передаваемая половым путем

ИФА – иммуноферментный анализ

МКБ – Международная классификация болезней

ПИФ – прямая иммунофлюоресценция

ПЦР – полимеразная цепная реакция

ПЦР-РВ – полимеразная цепная реакция в режиме реального времени

РКИ – рандомизированные контролируемые исследования

РНК – рибонуклеиновая кислота

РТ – ретикулярное тельце

ЭТ – элементарное тельце

NASBA (Nucleic Acids Sequence-Based Amplification) – реакция транскрипционной амплификации

## Термины и определения

Урогенитальная хламидийная инфекция – инфекция, передаваемая половым путём, 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

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

## 1.2 Этиология и патогенез

Хламидии представляют собой неподвижные, грамотрицательные бактерии, являющиеся облигатными внутриклеточными паразитами эукариотических клеток. *Chlamydia trachomatis* принадлежит к роду *Chlamydia* семейства *Chlamydiaceae*. Серотипы *Chlamydia trachomatis* А, В, Ва, С являются возбудителями 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).

На первом этапе инфекционного процесса при участии электростатических сил происходит адсорбция ЭТ хламидий на плазмалемме клетки хозяина и внедрение хламидий в клетку. Участки плазмалеммы с адсорбированными на них ЭТ инвагинируются в цитоплазму с образованием фагоцитарных вакуолей. Этот этап занимает 7-10 часов. В клетке могут одновременно находиться несколько элементарных телец, т.е. в цитоплазме клеток может оказаться несколько микроколоний хламидий. Далее, на втором этапе, в течение 6-8 часов происходит реорганизация инфекционных ЭТ в метаболически активные неинфекционные, вегетативные, внутриклеточные формы – ретикулярные тельца, способные к росту и делению. Эти внутриклеточные формы, представляющие собой микроколонии, называют хламидийными включениями – тельцами Гальбершtedтера-Провачека. В течение 18-24 часов развития они локализуются в цитоплазматическом пузырьке, образованном из мембраны клетки хозяина. На следующем этапе, в течение 36-42 часов происходит процесс созревания, через переходные (промежуточные тельца), и трансформации РТ путем деления в ЭТ. ЭТ путем разрушения инфицированной клетки выходят из нее. Освободившиеся и находящиеся внеклеточно ЭТ через 48-72 часа снова проникают в новые клетки хозяина, где начинается новый цикл развития хламидий. В случае воздействия неблагоприятных условий, например, применения неадекватных доз антибактериальных препаратов, хламидии могут трансформироваться в L-формы, обладающие слабой антигенной способностью воздействовать на иммунокомпетентные клетки. При бессимптомном течении хламидийной инфекции происходит высвобождение ЭТ из инфицированной клетки через узкий ободок цитоплазмы. При этом клетка может сохранять свою жизнеспособность.

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 неизмененном 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. У детей и подростков 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.

## 1.3 Эпидемиология

Урогенитальная хламидийная инфекция является широко распространенной инфекцией, передаваемой половым путем (ИППП). По оценкам Всемирной организации здравоохранения, 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 2015 году составила 41,3 случаев на 100000 населения: у лиц в возрасте от 0 до 14 лет – 0,5 случаев на 100000 населения, у лиц в возрасте 15-17 лет – 44,7 случаев на 100000 населения, у лиц в возрасте старше 18 лет – 49,7 случаев на 100000 населения. Однако эти цифры скорее отражают неполную регистрацию заболевания, чем реальную заболеваемость.

## 1.4 Кодирование по МКБ 10

**Другие хламидийные болезни, передающиеся половым путем (A56):**

A56.0 – Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта;

A56.1 – Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов:

Хламидийный(ые): эпидидимит (N51.1\*), воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (N74.4\*), орхит (N51.1\*);

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\*).

## 1.5 Классификация

1. Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта:

- a. уретрит;
- b. цервицит;
- c. цистит;
- d. вульвовагинит.

2. Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов:

- a. парауретрит;
- b. эпидидимит;
- c. орхит;
- d. простатит, сопутствующий уретриту;
- e. вестибулит;
- f. сальпингоофорит;
- g. эндометрит.

3. Хламидийная инфекция аноректальной области.

4. Хламидийный фарингит.

5. Хламидийные инфекции, передаваемые половым путем, другой локализации (пельвиоперитонит, артрит, пневмония, перигепатит).

6. Хламидийный конъюнктивит.

## 1.6 Клиническая картина

*Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта*

Более чем у 70% 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.

Объективными симптомами заболевания у женщин являются: 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.

Субъективными симптомами хламидийной инфекции у мужчин являются: 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.

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

#### *Хламидийная инфекция аноректальной области*

У лиц обоего пола, как правило, отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие симптомы: при локальном поражении прямой кишки – зуд, жжение в аноректальной области, гиперемия кожных покровов складок анального отверстия, незначительное слизисто-гнойное отделяемое из прямой кишки; при локализации процесса выше анального отверстия – болезненные тенезмы, болезненность при дефекации, гиперемия кожных покровов складок анального отверстия, 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 симптомы: чувство сухости в ротоглотке; боль, усиливающаяся при глотании; гиперемия и отечность слизистой оболочки ротоглотки и миндалин.

#### *Хламидийный конъюнктивит*

Симптомами хламидийного конъюнктивита являются: незначительная болезненность пораженного глаза, сухость и покраснение конъюнктивы, светобоязнь, гиперемия и отечность конъюнктивы пораженного глаза, скудное слизисто-гнойное отделяемое в углах поражённого глаза.

#### *Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов*

Субъективными симптомами у женщин являются:

- **везикулит:** незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей, болезненность и отечность в области вульвы. При формировании абсцесса железы присоединяются симптомы общей интоксикации; боли усиливаются при ходьбе и в покое, принимая пульсирующий характер;
- **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.

Объективными симптомами у женщин являются:

- **везикулит:** незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей, гиперемия наружных отверстий протоков везикулярных желез, болезненность и отечность протоков при пальпации. При формировании абсцесса железы – общая и местная гипертермия, при пальпации железы наблюдаются скудные слизисто-гнойные выделения; определяется четко ограниченная инфильтрация, гиперемия и выраженная болезненность в зоне проекции протока;
- **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.

Субъективными симптомами у мужчин являются:

- **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.

Объективными симптомами у мужчин являются:

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

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; объективными симптомами парауретрита являются: слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, наличие плотных болезненных образований величиной с просыное зерно в области выводных протоков парауретральных желез.

Субъективные и объективные симптомы хламидийной инфекции у детей и подростков аналогичны таковым у взрослых лиц. Особенностью клинического течения заболевания у девочек является более выраженная клиническая симптоматика и поражение слизистых оболочек вульвы и влагалища.

#### *Хламидийные инфекции, передаваемые половым путем, другой локализации*

Реактивный артрит хламидийной этиологии может протекать в виде уретрокулоосиновидного синдрома, который классически проявляется в виде триады: уретрит, конъюнктивит, артрит. При реактивном артрите в порядке убывания страдают следующие суставы: коленный, голеностопный, плюснефаланговый, пальцев стоп, тазобедренный, плечевой, локтевой и другие. Заболевание чаще протекает в виде моноартрита. Средняя продолжительность первого эпизода заболевания – 4-6 месяцев. Реактивный артрит протекает волнообразно: в 50% случаев через различные интервалы времени наблюдаются рецидивы заболевания. У 20% больных выявляются различные энтезопатии: наиболее часто страдает ахиллово сухожилие и плантарная фасция, что вызывает нарушения ходьбы. Синдром также может сопровождаться поражением кожи и слизистых оболочек (кератодермия, цирцинарный баланопостит, изъязвления слизистой оболочки полости рта), а также симптомами поражения сердечно-сосудистой, нервной системы и патологией почек.

При диссеминированной хламидийной инфекции у пациентов обоего пола могут развиваться пневмония, перигепатит, пельвиоперитонит, не имеющие патогномичных симптомов.

## 2. Диагностика

### 2.1 Жалобы и анамнез

Субъективные клинические проявления хламидийной инфекции описаны в разделе «Клиническая картина».

### 2.2 Физикальное обследование

Объективные клинические проявления хламидийной инфекции, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».

### 2.3 Лабораторная диагностика

- Исследование на хламидийную инфекцию **рекомендуется** проводить:
- лицам с клиническими и/или лабораторными признаками воспалительного процесса органов урогенитального тракта и репродуктивной системы, при наличии показаний – прямой кишки, ротоглотки, конъюнктивы, суставов;
- при предгравидарном обследовании половых партнеров;
- при обследовании женщин во время беременности;
- при предстоящих оперативных (инвазивных) манипуляциях на половых органах и органах малого таза;
- лицам с перинатальными потерями и бесплодием в анамнезе;
- половым партнёрам больных ИППП;
- лицам, перенесшим сексуальное насилие [15, 16].

#### Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 3)

- **Рекомендуется** верификация диагноза хламидийной инфекции на основании результатов лабораторных исследований молекулярно-биологическими методами, направленными на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *S. trachomatis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации [1-8,15,16].

#### Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств – 1+)

**Комментарии:** Чувствительность методов составляет 98-100%, специфичность - 100%. На чувствительность исследования могут влиять различные ингибирующие факторы, вследствие чего предъявляются строгие требования к организации и режиму работы лаборатории для исключения контаминации клинического материала.

- **Не рекомендуется** применять метод выделения *S. trachomatis* в культуре клеток в рутинных исследованиях и для установления этиологии бесплодия [9].

#### Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 3)

- Категорически **не рекомендуется** использование других методов лабораторных исследований, в том числе метода прямой иммунофлюоресценции (ПИФ), иммуноферментного анализа (ИФА) для обнаружения антител к *S. trachomatis*, микроскопического и морфологического методов для диагностики хламидийной инфекции [9,10,16].

#### Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 3)

- Для получения достоверных результатов лабораторных исследований **рекомендуется** соблюдение ряда требований, к которым относятся:
- сроки получения клинического материала с учетом применения антибактериальных лекарственных препаратов: для идентификации *S. trachomatis* методом амплификации РНК (NASBA) – не ранее, чем через 14 дней после окончания приема препаратов, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в режиме реального времени) - не ранее, чем через месяц после окончания приема препаратов;
- 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.

#### Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 3)

- Категорически **не рекомендуется** применение биологических, химических и алиментарных провокаций с целью повышения эффективности диагностики и лечения хламидийной инфекции [11].

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

## **2.4 Инструментальная диагностика**

*Не применяется.*

## **2.5 Иная диагностика**

- **Рекомендуется** консультация врача-акушера-гинеколога при вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза, при ведении беременных, больных хламидийной инфекцией.

**Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)**

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

**Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)**

- **Рекомендуется** консультация врача-офтальмолога, врача-оториноларинголога, врача-проктолога, врача-ревматолога, у детей – врача-неонатолога, врача-педиатра – для выявления изменений в других органах и системах и определения необходимого объема диагностических и лечебных мероприятий в зависимости от выявленной патологии.

**Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)**

## 3. Лечение

### 3.1 Консервативное лечение

- **Рекомендуется** для лечения хламидийных инфекций нижнего отдела мочеполовой системы, аноректальной области, хламидийного фарингита, хламидийного конъюнктивита назначение перорально одного из следующих антибактериальных препаратов:

*Препараты выбора*

доксицилин\*\* 100 мг 2 раза в сутки течение 7 дней [12, 15-20].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1+)**

или

азитромицин\*\* 1,0 г однократно [12, 15-20].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1+)**

или

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

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2++)**

*Альтернативный препарат*

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

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2++)**

- **Рекомендуется** для лечения хламидийных инфекций верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других мочеполовых органов назначение перорально одного из следующих антибактериальных препаратов:

*Препараты выбора*

доксицилина\*\* 100 мг 2 раза в сутки в течение 14-21 дней [12, 15-17].

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1+)**

или

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

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1+)**

*Альтернативный препарат*

офлоксацин\*\* 400 мг 2 раза в сутки в течение 14-21 дней [12, 15-17].

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 1+)**

**Комментарии:** *Длительность курса терапии зависит от выраженности 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.*

- **Рекомендуется** для лечения беременных назначение перорально одного из следующих антибактериальных препаратов:

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

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2+)**

или

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

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1+)**

**Комментарии:** Лечение беременных, больных хламидийной инфекцией, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод при участии врачей-акушеров-гинекологов.

- **Рекомендуется** для лечения детей с массой тела менее 45 кг назначение перорально одного из следующих антибактериальных препаратов:

джозамицин\*\* 50 мг на кг массы тела в сутки, разделённые на 3 приема, в течение 7 дней [34-36].

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

или

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

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

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

- **Не рекомендуется** проведение системной энзимотерапии, иммуномодулирующей терапии и терапии местными антисептическими препаратами.

**Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)**

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

**Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)**

### 3.2 Хирургическое лечение

*Не применяется.*

### 3.3 Иное лечение

*Не применяется.*

## 4. Реабилитация

*Не применяется.*

## 5. Профилактика

### 5.1 Профилактика

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

### 5.2. Диспансерное наблюдение

*Установление излеченности хламидийной инфекции на основании методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее, чем через месяц после окончания лечения.*

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

## **6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания**

# Критерии оценки качества медицинской помощи

№№	Критерии качества	Уровень доказательств достоверности	Уровень доказательств убедительности
1	Выполнено подтверждение диагноза молекулярно-биологическими методами исследования	1+	A
2	Проведена терапия доксициклина моногидратом или азитромицином* или джозамицином или офлоксацином	1+, 2++, 2+, 3, 4	A, B, C, D
3	Достигнута эрадикация <i>C. trachomatis</i>	неприменимо	неприменимо
4	Достигнуто исчезновение клинических симптомов заболевания (клиническое выздоровление)	неприменимо	неприменимо

\* при неосложненных формах хламидийной инфекции

# 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. ([https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=GRAD%20AI%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=26528045](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=GRAD%20AI%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26528045)) ([https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=MATEI%20HV%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=26528045](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=MATEI%20HV%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26528045)) ([https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=GRAD%20DL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=26528045](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=GRAD%20DL%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26528045)) ([https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=COMAN%20I%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=26528045](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=COMAN%20I%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26528045)) ([https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=TATARU%20DA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=26528045](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=TATARU%20DA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=26528045))
3. Knox J, Tabrizi SN, 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 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4508611/>)
4. Chachter J, Chernesky MA, Willis DE, 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. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4508611/>)
5. Schachter J, Moncada J, Liska S, Shayevich C, Klausner JD. 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. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4508611/>)
6. Mimiaga MJ, Mayer KH, Reisner SL, 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. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4508611/>)
7. Bachmann LH, Johnson RE, Cheng H, et al. Nucleic acid amplification tests for diagnosis of *Neisseria gonorrhoeae* and *Chlamydia trachomatis* rectal infections. *J Clin Microbiol.* May 2010;48(5):1827-1832. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4508611/>)
8. Е. В. Шипицына, К. В. Шалепо, А. М. Савичева, М. Домейка. Научные исследования по оптимизации методов лабораторной диагностики инфекций, передаваемых половым путем // Журнал акушерства и женских болезней. – 2007. – том LVI.- №5, с. 32-35. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4508611/>)
9. Association of Public Health Laboratories (APHL). Laboratory diagnostic testing for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. Expert consultation meeting summary report, 13-15 January 2009 Atlanta, GA. Silver Spring, MD, APHL, 2009 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4508611/>) ([http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID\\_2009Jan\\_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf](http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID_2009Jan_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf)) ([http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID\\_2009Jan\\_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf](http://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. ([http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID\\_2009Jan\\_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf](http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID_2009Jan_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf))
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. ([http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID\\_2009Jan\\_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf](http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID_2009Jan_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf))
12. Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital *Chlamydial infections*: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Sex Transm Dis* 2002;29:497-502 ([http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID\\_2009Jan\\_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf](http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID_2009Jan_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf))
13. J Hocking, F Kong, L Vodstrcil, et al. Controlled Trials Infection - a Meta-Analysis of Randomised the Treatment of Genital Chlamydia. *Sex Transm Infect* 2013; 89: A30 ([http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID\\_2009Jan\\_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf](http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID_2009Jan_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf))

14. Geisler WM, Koltun WD, 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. ([http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID\\_2009Jan\\_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf](http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID_2009Jan_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf))
15. CDC. Sexually Transmitted Diseases Guidelines; 2014; available at: ([http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID\\_2009Jan\\_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf](http://www.aphl.org/aphlprograms/infectious/std/Documents/ID_2009Jan_CTGCLab-Guidelines-Meeting-Report.pdf))<http://www.cdc.gov/std/treatment/2014/2014-std-guidelines-peer-reviewers-08-20-2014.pdf> (<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). Available at (<http://www.cdc.gov/std/treatment/2014/2014-std-guidelines-peer-reviewers-08-20-2014.pdf>)<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf> (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
17. Adimora AA. Treatment of uncomplicated genital *Chlamydia trachomatis* infections in adults. *Clin Infect Dis* 2002;35:S183-S186. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
18. Schillinger JA, Kissinger P, Calvet H, Whittington WL, Ransom RL, Sternberg MR, 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. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
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. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
20. Pitsouni E, Iavazzo C, Athanasiou S, Falagas ME. 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. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
21. Czeizel AE, Rockenbauer M, Olsen J, Sorensen HT. A case-control teratological study of spiramycin, roxithromycin, oleandomycin and josamycin. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79:234–7. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
22. Iakubovich AI, Chuprin AE, Rakitin DA. Urogenital chlamydia infection: treatment with wilprafen. *Urologiia*. 2003 Jan-Feb;(1):55–8. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
23. Ibsen HH, Moller BR, Halkier-Sorensen L, et al. Treatment of nongonococcal urethritis: comparison of ofloxacin and erythromycin. *Sex Transm Dis* 1989; 16: 32–35. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
24. Maiti H, Chowdhury FH, Richmond SJ, et al. Ofloxacin in the treatment of uncomplicated gonorrhoea and chlamydial genital infection. *Clin Ther* 1991; 13: 441–447. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
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. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
26. Khrianin AA and Reshetnikov OV. Is it safe to use josamycin in the obstetrics practice in Russia?. *Antibiot Khimioter* 2007; 52: 32–36. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
27. Primiero FM, Caruso G, Grottanelli F, et al. Josamycin in the treatment of *Chlamydia trachomatis* cervicitis. *J Chemother* 1989; 1: 909–910. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
28. Lucisano A, Vitale AM, Cinque B, et al. Josamycin in the treatment of chlamydial genital infections in infertile women. *J Chemother* 1989; 1: 906–908. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
29. Molochkov VA, Mostakova NN. Vilprafene (josamycin) therapy of chronic chlamydial prostatitis. *Urologiia*. 2001 May-Jun;(3):34–5. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
30. Rahangdale L, Guerry S, Bauer HM, Packer L, Rhew M, Baxter R, et al. An observational cohort study of *Chlamydia trachomatis* treatment in pregnancy. *Sex Transm Dis* 2006;33:106–10. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
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. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
32. Soltz-Szots J, Schneider S, Niebauer B, Knobler RM, Lindmaier A. Significance of the dose of josamycin in the treatment of chlamydia infected pregnant patients. *Z Hautkr* 1989;64:129–31. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
33. Галимова ЭР. Опыт лечения хламидийной уrogenитальной инфекции у беременных вильпрафеном. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии 2001–2002; 1(1). (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
34. Darville T. *Chlamydia trachomatis* infections in neonates and young children. *Semin Pediatr Infect Dis* 2005;16:235–44. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
35. Wang Y, Yang WB, Yuan HY, Zhang QX, Zhu XY. 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. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
36. Ведение больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, и уrogenитальными инфекциями: Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. – М.: Деловой экспресс, 2012. – 112 с. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)

37. Hammerschlag MR, Gelling M, Roblin PM, Kutlin A, Jule JE. Treatment of neonatal chlamydial conjunctivitis with azithromycin. *The Pediatric infectious disease journal*. Nov 1998;17(11):1049-1050. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)
38. 38. Kohlhoff C.A., Hammerschlag M.R. Treatment of chlamydial infections: 2014 update (review). *Expert Opin. Pharmacother.* (2015)16 (2):205-212. (<http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2015/Chlamydia2015.pdf>)

## Приложение А1. Состав рабочей группы

1. Кубанова Анна Алексеевна – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, Президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
2. Кубанов Алексей Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
3. Рахматулина Маргарита Рафиковна – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
4. Соколовский Евгений Владиславович – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
5. Малова Ирина Олеговна – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
6. Аполихина Инна Анатольевна – доктор медицинских наук, профессор, член Российского общества акушеров-гинекологов
7. Мелкумян Алина Грантовна – кандидат медицинских наук, член Российского общества акушеров-гинекологов.
8. Плахова Ксения Ильинична – доктор медицинских наук, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

# Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

## Целевая аудитория клинических рекомендаций:

1. Врачи-специалисты: дерматовенерологи, акушеры-гинекологи, урологи, педиатры;
2. Ординаторы и слушатели циклов повышения квалификации по указанным специальностям.

Таблица П1- Уровни достоверности доказательств

Уровни достоверности доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например, описания случаев, серий случаев)
4	Мнение экспертов

Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности доказательств	Характеристика показателя
A	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+

## Порядок обновления клинических рекомендаций

Рекомендации в предварительной версии рецензируются независимыми экспертами. Комментарии, полученные от экспертов, систематизируются и обсуждаются членами рабочей группы. Вносимые в результате этого изменения в рекомендации или причины отказа от внесения изменений регистрируются.

Предварительная версия рекомендаций выставляется для обсуждения на сайте ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России для того, чтобы лица, не участвующие в разработке рекомендаций, имели возможность принять участие в обсуждении и совершенствовании рекомендаций.

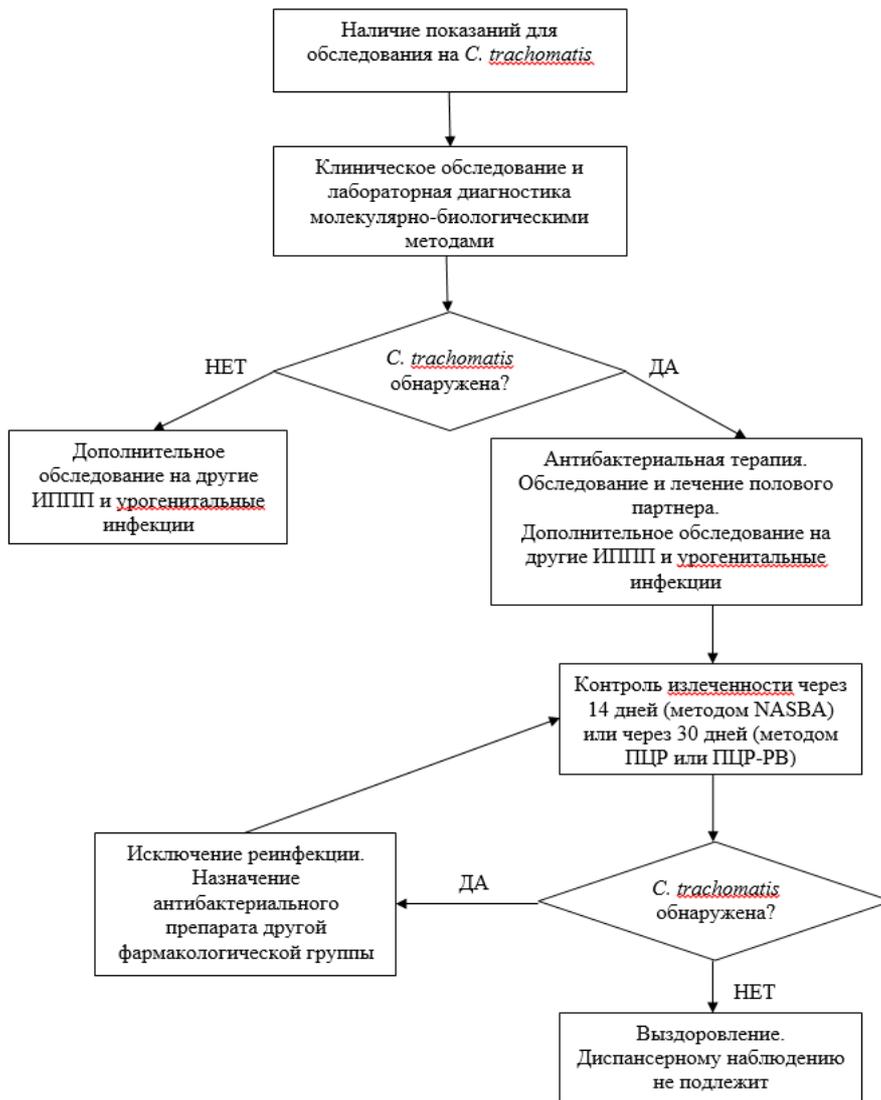
Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно анализируются членами рабочей группы.

## **Приложение А3. Связанные документы**

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

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г.

## Приложение Б. Алгоритмы 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 (методом NASBA через 14 дней после окончания лечения, методами ПЦР или ПЦР в реальном времени – не ранее, чем через месяц после окончания лечения).
4. Рекомендуется обследование на другие инфекции, передаваемые половым путем.
5. При установленном источнике инфицирования рекомендуется повторное серологическое исследование на сифилис через 3 месяца, на ВИЧ, гепатиты В и С – через 3-6-9 месяцев.

## Приложение Г.