

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И
КОСМЕТОЛОГИИ

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ
«ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ»**

ТАШКЕНТ 2025



“УТВЕРЖДАЮ”
И.о. директора ГУ
“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
Сабиров У.Ю.

« 27 » марта 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ
«ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ»**

ТАШКЕНТ 2025

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ»**

ТАШКЕНТ 2025

Вводная часть
Коды по МКБ-10/11:

A56	ХЛАМИДИЙНЫЕ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА	1B10	Хламидийная лимфогранулема
A56.1	ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА И ДРУГИХ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. ХЛАМИДИЙНЫЙ ЭПИДИДИМИТ, ОРХИТ, ВЗОМТ	1B11	Неязвенная хламидийная инфекция, передающаяся половым путем
A56.2	ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА НЕУТОЧНЕННАЯ	1B1Y	Другие уточненные инфекции, передающиеся половым путем из-за хламидиоза
A56.3	ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ	1B1Z	Инфекции, передающиеся половым путем из-за хламидиоза, неуточненные
A56.4	ХЛАМИДИЙНЫЙ ФАРИНГИТ		
A56.8	ХЛАМИДИЙНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, ДРУГОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ		
	https://mkb-10.com/index.php?pid=309		https://icd11.ru/

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению дерматовенерология:

1.	Сабилов У.Ю.	Директор центра, д.м.н., профессор	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
2.	Раджабова Ю.Н.	Методист Центра непрерывного повышения квалификации врачей, PhD	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
3.	Порсохонова Д.Ф.	Заведующая лабораторией по изучению проблем ИППП и РН, д.м.н.	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
4.	Боходирова А.А.	Учёный секретарь	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз
5.	Рахматова М.С.	Помощник заместителя директора по научной работе	“РСНПМЦДВиК” МЗ РУз

Рецензенты:

1. Батпенова Гульнар Рыскельдыевна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии с курсом иммунологии АО «Медицинский Университет

Астана», президент объединения «Казахстанская Ассоциация дерматовенерологов и дерматокосметологов»

2. Мирсаидова Муниса Абдушукуровна – д.м.н., с.н.с., руководитель центра по непрерывному повышению квалификации врачей РСНПМЦДВиК МЗ РУз.

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – д.м.н., заместитель директора по лечебной, главный врач клиники.
2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич - к.м.н., заместитель директора по научной работе

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Дата и номер выписки из протокола обсуждения: Выписка из протокола № 3 от 27.03.2025 года Учёного совета РСНПМЦДВиК МЗ РУз

Список сокращений

МКБ	Международная классификация болезней
ИХЛА	Иммунохемилюминесцентный
ИФЛА	Иммунофлюоресцентный анализ
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
РИФ	Реакция ИммуноФлуоресценции
РИБТ	Реакция Иммобилизации Бледных Трепонем
РПГА	Реакция Пассивной Гемагглютинации
ИХА	ИммуноХроматографический Анализ
IgG IgM	Иммуноглобулины G и M
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЭТ	Элементарное тельце

Оглавление

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ»	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ «ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ »	28
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ « ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ ».....	34

Пользователи протокола:

1. Врачи дерматовенерологи;
2. Врачи общей практики;
3. Врачи педиатры;
4. Врачи лаборанты;
5. Врачи эпидемиологи;
6. Организаторы здравоохранения;
7. Клинические фармакологи;
8. Студенты, клинические ординаторы, магистранты, докторанты, преподаватели медицинских вузов;
9. Пациенты с данной патологией, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Настоящий протокол является основой для внедрения современных методов диагностики и лечения хламидийной инфекции в практику здравоохранения повсеместно.

Категория пациентов в данной нозологии: обследованию подлежат пациенты, подозреваемые на хламидийные инфекции и лица с подтверждённым диагнозом.

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.

Шкала оценки уровней достоверности доказательств 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

Шкала оценки уровней достоверности доказательств для 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

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций для 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)

Основная часть.

Введение

Хламидиоз – распространенная инфекция, передающаяся половым путем, которая может встречаться как у мужчин, так и у женщин. Возбудителем заболевания является бактерия *Chlamydia trachomatis*. Оно поддается терапии и может быть полностью вылечено при помощи антибиотиков.

При своевременном лечении хламидиоз, как правило, не вызывает долгосрочных последствий. Вместе с тем в отсутствие лечения хламидийная инфекция может приводить к серьезным проблемам и способствовать передаче и заражению ВИЧ-инфекцией и другими ИППП. Непролеченный хламидиоз может иметь серьезные последствия, в том числе в виде воспалительных заболеваний органов малого таза, а также повышенного риска бесплодия и внематочной беременности. У беременных женщин инфекция может спровоцировать преждевременное рождение (недоношенность) или маловесность ребенка.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>

Определение

Урогенитальная хламидийная инфекция – инфекция, передаваемая половым путём (ИППП), возбудителем которой является *Chlamydia trachomatis*. [1]

Этиология и патогенез заболевания

Возбудитель урогенитальной хламидийной инфекции – *Chlamydia trachomatis*. Серотипы *Chlamydia trachomatis* А, В, Ва, С являются возбудителями трахомы; D, E, F, G, H, I, J, K – урогенитального хламидиоза, хламидийного конъюнктивита, фарингита и проктита; L1, L2, L3 – венерической лимфогранулемы. *Chlamydia pneumoniae*, *Chlamydia psittaci* и *Chlamydia pecorum* выделены в отдельный род *Chlamydophila*.

Chlamydia trachomatis представляют собой неподвижные, кокковидные, грамотрицательные облигатные внутриклеточные микроорганизмы.

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. При неблагоприятных условиях хламидии способны к длительному внутриклеточному паразитированию в дормантном состоянии. Дормантное состояние хламидий, защищенных мембранами эпителиальных и эндотелиальных клеток, позволяет возбудителю сохранить свою жизнеспособность в неблагоприятных для него условиях. При делении клеток макроорганизма хламидии сохраняют возможность активного размножения и во вновь образованных клетках. 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, маточных труб, эндометрия, прямой кишки, ротоглотки и конъюнктивы глаз, а также эпителиоциты лимфатических и кровеносных сосудов, лейкоциты, моноциты, макрофаги. 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, близкое к щелочному кислотно-щелочное равновесие цервиковагинального секрета).

У женщин с перенесенной хламидийной инфекцией удваивается риск развития рака яичников. Также хламидии повышают риск развития рака шейки матки как в коинфекции с вирусом папилломы человека, так и без него. Хламидии подавляют способность клетки исправлять дефекты и инициируют преждевременный выход клетки из митоза, индуцируя метаплазию шейки матки, что формирует клетки-мишени для коинфекции и персистенции вируса папилломы человека [84, 85]. Инфицирование взрослых лиц и подростков происходит при любых формах половых контактов с больным хламидийной инфекцией, детей – интранатальным 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].

Эпидемиология

Урогенитальная хламидийная инфекция является широко распространенной инфекцией, передаваемой половым путем. 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 [41].

Классификация

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

Выделяют следующие клинические разновидности хламидийной инфекции:

- 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
- A74.8 - Другие хламидийные инфекции.
- A74.9 - Хламидийная инфекция неуточненная.

Клиническая картина заболевания

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

Моноинфицирование *Chlamydia trachomatis* в подавляющем числе случаев протекает мало- или бессимптомно.

Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта

Объективные симптомы у женщин при остром течении воспалительного процесса: 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; при остром течении вагинита у девочек: отечность и гиперемия стенок влагалища, его сводов, слизисто-гнойные выделения в заднем своде влагалища. Объективные симптомы у мужчин при остром течении воспалительного процесса: 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 при остром течении воспалительного процесса: гиперемия кожных покровов складок анального отверстия, слизисто-гнойное отделяемое из прямой кишки.

Хламидийный фарингит

Объективные симптомы при остром течении воспалительного процесса: гиперемия и отечность слизистой оболочки ротоглотки и миндалин.

Хламидийный конъюнктивит

Объективные симптомы при остром течении воспалительного процесса: гиперемия и отечность конъюнктивы пораженного глаза, скудное слизисто-гнойное отделяемое в углах поражённого глаза.

Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов

Объективные симптомы у женщин:

- вестибулит: незначительные слизисто-гнойные выделения из половых путей, гиперемия наружных отверстий протоков вестибулярных желез, болезненность и отечность протоков при пальпации;
- катаральный бартолинит: незначительные слизисто-гнойные выделения из устья бартолиниевой железы, гиперемия устья железы, болезненность и отечность 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.

Объективные симптомы у мужчин при остром течении воспалительного процесса:

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

У лиц обоего пола возможно хламидийное поражение парауретральных желез, при этом объективными симптомами при остром течении воспалительного процесса 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

Хламидийный пельвиоперитонит не имеет специфических симптомов и характеризуется резкой болью в животе, тошнотой, рвотой, слабостью, нарушением дефекации, характерным внешним видом – *facies hypocratica*, гектической температурой тела, гипотензией, олигурией, резкой болезненностью живота при поверхностной пальпации, напряжением мышц в нижних отделах брюшной стенки и положительным симптомом раздражения брюшины.

В некоторых случаях течение заболевания может осложняться реактивным артритом хламидийной этиологии (распространенность составляет 30-40 случаев на 100000 случаев хламидийной инфекции) [56, 57, 67].

При диссеминированной хламидийной инфекции у пациентов обоего пола могут развиваться пневмония, перигепатит и перитонит (синдром Фитца-Хью-Кертиса) [36].

Хламидийная инфекция у беременных

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

В I триместре беременности наиболее характерными осложнениями являются угрожающий выкидыш, неразвивающаяся беременность и спонтанный аборт; во II и III триместрах – угроза прерывания беременности, токолитическая терапия которой дает, как правило, нестойкий эффект. В плацентах женщин с генитальным хламидиозом происходит нарушение иммунного гомеостаза с образованием патогенных иммунных комплексов, включающих IgM, IgG, IgA и фиксирующих C3-фрагмент как маркер патогенности. В случае инфицирования амниотических оболочек может развиваться многоводие, специфическое поражение плаценты (плацентит), плацентарная недостаточность, гипотрофия и гипоксия плода. При эхографическом исследовании беременных с внутриутробным инфицированием выявляются следующие признаки: многоводие, маловодие, гиперэхогенная взвесь в околоплодных водах, изменения плаценты. При проведении ультразвуковой плацентографии у женщин с инфекционной патологией гениталий обнаруживаются: 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

При наличии хламидийной урогенитальной инфекции у беременных в большинстве случаев хламидии передаются новорожденным во время родов, в 3,2% имеет место интранатальное инфицирование. Хламидийная инфекция у новорожденных наиболее часто проявляется конъюнктивитом (33,4%), поражением дыхательных путей (22,2%), инфекцией мочевых путей (22,2%), вульвитом (11,1%), реже хламидии выделяют из ротоглотки, носоглотки и прямой кишки [45]. Кроме манифестных форм (конъюнктивит, пневмония, инфекция мочеполовой системы) могут наблюдаться неспецифические проявления в виде отека и геморрагического синдромов, длительной гипербилирубинемии, замедленного восстановления массы тела. В ряде случаев внутриутробное инфицирование может проявляться в виде генерализованной формы, синдрома желтухи, фетального гепатита, задержки внутриутробного развития [46].

Жалобы и анамнез:

Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта

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

У 50% мужчин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При остром течении воспалительного процесса могут быть следующие субъективные симптомы: слизисто-гнойные 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.

Субъективные симптомы хламидийной инфекции в детском возрасте аналогичны таковым у взрослых лиц. Особенностью клинического течения заболевания у девочек является более выраженная субъективная симптоматика и поражение слизистых оболочек вульвы и влагалища. При остром течении вагинита у девочек могут быть следующие субъективные симптомы: зуд, жжение, болезненность в области вульвы и влагалища, слизисто-гнойные выделения из половых путей.

Хламидийная инфекция аноректальной области

У лиц обоего пола, как правило, отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При остром течении воспалительного процесса 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 остром течении воспалительного процесса 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 поражённого 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;
- катаральный бартолинит: незначительные слизисто-гнойные выделения из устья бартолиниевой железы, болезненность и отечность в области железы;
- сальпингоофорит: при остром течении воспалительного процесса – 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: при остром течении воспалительного процесса – 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.

Субъективные симптомы у мужчин при остром течении воспалительного процесса:

- 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.

Физикальное обследование:

Проводится осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек наружных половых органов; оценивается состояние слизистой оболочки наружного отверстия уретры, наличие свободных выделений из уретры и их характер, проводится пальпация уретры, а также регионарных лимфатических узлов.

У сексуально активных лиц женского пола проводится осмотр преддверия влагалища с пальпацией зоны вестибулярных желез, осмотр слизистых оболочек стенок и сводов влагалища и видимой части шейки матки с использованием влагалищных зеркал; оценка выделений в заднем и задне-боковых сводах влагалища, выделений из цервикального канала; бимануальное влагалищно-абдоминальное исследование.

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

С целью диагностики экстрагенитальных форм хламидийной инфекции проводится осмотр аноректальной области, слизистых оболочек ротоглотки и конъюнктивы.

Методы, подходы и процедуры диагностики

Диагноз хламидийная инфекция устанавливается на основании комплекса клинических и эпидемиологических данных, подтвержденных инструментальными и лабораторными исследованиями, направленными на обнаружение возбудителя.[8]

Лабораторные исследования

В 2	<ul style="list-style-type: none">• Общий анализ крови• Скрининговые тесты на сифилис один из: РМП, RPR, КСР• Микроскопическая или ПЦР-идентификация <i>Chlamydia trachomatis</i> и других ИППП
----------------	---

С 5	<ul style="list-style-type: none">• Общий анализ мочи• Общий анализ кала• Исследование на ВИЧ инфекцию• Биохимические исследования• Подтверждающие тесты на сифилис (два из трех: ИХА, РПГА-количественный, ИФА (Ig М и суммарные антитела).• Диагностика <i>Chlamydia trachomatis</i> и др. ИППП другими методами (культуральный, ИФА, ПЦР и пр.)• Микроскопическое исследование секрета предстательной железы• Пальцевое исследование предстательной железы• Обследование на НВС или НВВ• Иммуногистохимическое исследование• Определение в крови уровня витамина Д методом ИФА, ИХЛА• Двухстаканная проба Томпсона
----------------	--

В 2	Рекомендовано проводить верификацию диагноза хламидийной инфекции на основании результатов лабораторных исследований молекулярно-биологическими методами, направленными на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК <i>Chlamydia trachomatis</i> : молекулярно-биологическое исследование мазков со слизистой оболочки ротоглотки на хламидию трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) и/или отделяемого слизистой оболочки прямой кишки на хламидию трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) и/или отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на хламидию трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) и/или отделяемого из уретры на хламидию трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) и/или спермы на хламидию трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) и/или секрета простаты на хламидию трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) и/или отделяемого конъюнктивы на хламидию трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>) и/или исследование мочи на хламидию трахоматис (<i>Chlamydia trachomatis</i>)
----------------	--

Комментарии:

При подозрении на воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) обязательно проведение исследования для выявления специфических фрагментов ДНК и/или РНК *Chlamydia trachomatis* из соскоба цервикального канала и операционного материала.

Чувствительность молекулярно-биологических методов составляет 98-100%, специфичность – 100%. Молекулярно-биологическое исследование мочи на хламидию трахоматис (*Chlamydia trachomatis*) используется преимущественно при выраженных клинических проявлениях уретрита. Для получения достоверных результатов лабораторных исследований необходимо 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 до менструации или через 2 дня после ее окончания;
- получение клинического материала из цервикального канала и влагалища не ранее, чем через 24-48 часов после проведения интравагинального ультразвукового исследования и кольпоскопии;
- исключение накануне обследования и в день его проведения спринцевания влагалища;
- исключение в день проведения обследования гигиенических процедур половых органов с использованием средств интимной гигиены;
- исключение за 3-5 дней до дня обследования применения жиросодержащих вагинальных лекарственных препаратов (свечи, кремы, вагинальные таблетки);
- опорожнение мочевого пузыря не позднее чем за 2 часа до сбора первой порции мочи;
- получение клинического материала для исследования методами ПЦР и ПЦР в реальном времени не ранее, чем через месяц после окончания терапии препаратами, активными в отношении *Chlamydia trachomatis*, методом NASBA – не ранее, чем через 2 недели после окончания терапии препаратами, активными в отношении *Chlamydia trachomatis*;
- соблюдение условий доставки клинических образцов в лабораторию.

Инструментальные исследования:

https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-predstavleniya-o-hronicheskom-uretrogenom-prostatite-metodah-ego-diagnostiki-i-lecheniya?utm_source=chatgpt.com
<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

С 5	Рекомендовано направление пациента для проведения ультразвукового исследования органов малого таза (комплексного) при необходимости исключения воспалительных заболеваний органов малого таза и осложненного течения хламидийной инфекции [42-44, 68].
----------------	---

С 5	Уретроскопия может быть полезна при осложненном или хроническом течении хламидийного уретрита, особенно если требуется визуальная оценка изменений слизистой.
----------------	---

С 5	Кольпоскопия полезна для оценки состояния шейки матки при подозрении на осложненное течение хламидийной инфекции или сопутствующие патологии.
----------------	---

С
5 Ректороманоскопия позволяет визуально оценить поражения и для оценки состояния слизистой оболочки прямой и сигмовидной кишки.

Показания для консультации специалистов

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

С
5 **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].

С
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].

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

С
5 **Рекомендована** консультация иммунолога для диагностики хронических, рецидивирующих хламидиозов. Цель консультации: Назначение иммуномодуляторов или других вспомогательных средств для коррекции иммунного ответа.

С
5 **Рекомендована** консультация инфекциониста для диагностики хронической и осложнённой формы хламидиоза. Распространение инфекции на суставы (реактивный артрит) или другие органы. Цель консультации: Оценка общего состояния пациента. Подбор системной антибактериальной и иммуномодулирующей терапии.

Дифференциальный диагноз:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com

Хламидийную инфекцию дифференцируют с бактериальный вагинозом, трихомонадой влагалищной, гонококковой инфекцией, вагинальным кандидозом, инородным телом, микоплазменной инфекцией гениталиум, уреаплазменной инфекцией и т.п.

Для проведения дифференциального диагноза следует учитывать все указанные выше клинические, эпидемиологические и лабораторные критерии диагностики.

Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения
<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

Тактика лечения хламидийной инфекции на амбулаторном и стационарном уровнях:

Лечение хламидийной инфекции направлено на устранение возбудителя *Chlamydia trachomatis*, предотвращение осложнений и восстановление функций пораженных органов. Применяются антибактериальные препараты с доказанной эффективностью. Неспецифические методы терапии используют для устранения симптомов заболевания, восстановления поврежденных тканей и предотвращения распространения инфекции.

- Выделяют три вида терапии:
 - специфическое;
 - профилактическое;
 - пробное (*exjuvantibus*).

Специфическое лечение

Проводится при подтвержденной хламидийной инфекции, диагноз которой установлен клинически и лабораторно путем обнаружения возбудителя методом ПЦР или других тестов.

Профилактическое лечение

Проводится по эпидемическим показаниям у лиц, контактировавших с больными хламидийной инфекцией. Цель профилактического лечения — предотвращение распространения инфекции. Решение о проведении профилактической терапии принимается врачом индивидуально.

- Обязательному профилактическому лечению подлежат:
 - Члены семейных очагов (родители, дети, супруги, другие родственники), а также лица, проживающие вместе, при наличии половых или тесных бытовых контактов.
 - Члены коллективов (групп, подразделений, учебных заведений), где зарегистрированы случаи хламидийной инфекции или выявлены новые больные.

Пробное лечение (*exjuvantibus*)

Проводится в случаях, когда врач по клиническим данным подозревает хламидийную инфекцию, но диагноз не подтвержден лабораторными методами. При положительном эффекте от терапии проводится окончательная регистрация случая.

Принципы терапии

- Принципы терапии должны соблюдаться врачом независимо от выбранного антибиотика:
 - Одновременное лечение всех половых партнеров и контактных лиц для предотвращения реинфекции.
 - Исключение половых контактов на период лечения.
 - Соблюдение курса антибактериальной терапии согласно рекомендациям врача.
 - Проведение контрольного обследования через 4 недели после завершения терапии.
 - Лечение осложнений (тазовые воспалительные заболевания, эпидидимит, конъюнктивит) одновременно с этиотропной терапией.

После завершения лечения рекомендуется информировать пациента о необходимости соблюдения правил личной гигиены, использования барьерных методов контрацепции и регулярного обследования для предотвращения рецидивов и новых случаев инфекции.

Медикаментозное лечение.

Включение незарегистрированных лекарственных средств в клинический протокол в Республике Узбекистан в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи

и в системе обязательного социального медицинского страхования не будет являться основанием для возмещения расходов.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>

https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1050/1/UMK_2017_022.pdf

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com

Таблица-1

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения):

МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Доксициклин	таблетки 100 мг перорально 2 раза в сутки 7-14 дней	В https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com
Миноциклин	таблетки 100 мг перорально 2 раза в сутки 7-14 дней	В https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia
Офлоксацин	таблетки 400 мг перорально 2 раза в сутки 7-21 дней	В https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1050/1/UMK_2017_022.pdf
Левифлоксацин	таблетки по 500 мг 1 раз/сут. 7 дней. При в/м или в/в введении взрослым разовая доза составляет 20-40 мг	В apicr.minzdrav.gov.ru
Азитромицин	Таблетки 500 мг перорально 1 раз в сутки 7 дней	В apicr.minzdrav.gov.ru https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com
Джозамицин	Таблетки 500 мг перорально 3 раза в сутки 7-21 дней	В apicr.minzdrav.gov.ru
Амоксициллин	Таблетки 500 мг перорально 3 раза в день в течение 7 дней	В https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com
Эритромицин	Таблетки 500 мг перорально 3 раза в день в течение 7 дней	В https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com

Примечание: Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов. Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально. Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

Таблица-2

Перечень основных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):

МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
рекомбинантные ИФН альфа-2b суппозитории ректальные	У взрослых: по 500 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней У детей: по 3 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней У беременных: по 1 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней	С https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com
Инозин пранобекс	внутри, после еды, 500 мг 3-4 раза в день в течении 10 дней	С https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com
Меглюмина акридонацетат	3 инъекции с интервалом в 24 часа и далее еще 3 инъекции с интервалом в 48 часов	С https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com
Тилорона дигидрохлорид	по 1-2 таблетки (250 мг) 1 раз сутки в первые два дня, затем по 1 таблетке (125 мг) через день в течение 2-4-х недель. Или в период ремиссии по 0,125 г (1 таблетка) после еды, в первые два дня каждой недели, всего 5 недель. Курсовая доза 1,25 г.	С https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com

Азоксимера бромид	внутри, после еды, 6 мг 2 раза в день или 12 мг один раз в день в течении 10 дней	С https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com
Тимопентин	<ul style="list-style-type: none"> • внутримышечная инъекция разведение стерильной водой для инъекций 1 мл; • внутривенное капельное вливание растворение в 250 мл 0,9% инъекционного раствора натрия хлорида. Препарат применяют следуя рекомендациям. Профилактика и лечение иммунодефицитных состояний по 1-2 флакона 2 раза в день. Курс лечения 15-30 дней;	С https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com
Урсодезоксихолевая кислота	Внутри. Детям и взрослым с массой тела менее 34 кг рекомендуется применять урсодезоксихолевую кислоту в виде суспензии. Рекомендуемая доза урсодезоксихолевой кислоты составляет 10 мг/кг/сутки	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com
Эссенциальные фосфолипиды	в/в медленно 1-2 ампулы (5-10 мл) , разводить раствор кровью пациента в соотношении 1:1. При необходимости разведения препарата используется только 5% или 10% раствор декстрозы для инфузионного введения Внутри. Для подростков старше 12 лет и с массой тела более 43 кг, а также для взрослых рекомендуется принимать по 2 капсулы 3 раза/сут во время еды.	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com
Антраль	внутри после еды 3 раза в сутки взрослым и детям старше 10 лет - по 200 мг на прием детям 4-10 лет - по 100 мг на прием	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com

Оксиматрин	<p>в/м по 600 мг , один раз в день</p> <p>в/в 600 мг развести в 100 – 250 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида. Вводить внутривенно капельно, со скоростью 60 капель в минуту, один раз в день</p> <p>внутри, по 2 капсулы (0,2 г оксиматрина) три раза в день. При необходимости дневную дозу можно увеличить до 3 капсул три раза в день (что эквивалентно 0,3 г оксиматрина).</p>	<p>С</p> <p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com</p>
Глутатион	<p>Глутатион в/м, в/в медленно (2-3 минуты) или путем инфузий по 600 мг в сутки или 1200мг через день.</p> <p>Внутри. 250мг в сутки, медленно рассасывая под языком.</p> <p>Курс приема 2-3-месячные циклы, которые можно повторять 2-3 раза в год.</p>	<p>С</p> <p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com</p>
Диклофенак	<p>таблетки 25мг, 50 мг-внутри-2-3 раза в день;</p> <p>таблетки, капсулы 100 мг-внутри-1 раз в день;</p> <p>ампулы 3мл 25мг/мл-в/м-1-2 раза в день.</p>	<p>С</p> <p>https://emedicine.medscape.com/article/331347-medication?utm_source=chatgpt.com</p>
Ибупрофен	<p>таблетки 200 мг-внутри-3-4 раза в день;</p> <p>таблетки 400 мг-внутри-2-3 раза в сут.</p>	<p>С</p> <p>https://emedicine.medscape.com/article/331347-medication?utm_source=chatgpt.com</p>
Парацетамол	<p>таблетки 500мг- внутри-2-3 раза в день.</p>	<p>С</p> <p>https://emedicine.medscape.com/article/331347-medication?utm_source=chatgpt.com</p>
Цианокобаламин (Витамин В12)	<p>в/м или в/в по 1 мг ежедневно в течение 1-2 недель,</p>	<p>С</p>

	поддерживающая доза 1-2 мг в/м или в/в - от 1 раза в неделю, до 1 раза/мес.	https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=hatgpt.com
Пиридоксин гидрохлорид (Витамин В6)	в/м, дозу препарата врач назначает индивидуально из расчета 1-2 мг/кг массы тела в сутки. Курс лечения – 2 недели.	С https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=hatgpt.com
Рибофлавина мононуклеотид (Витамин В2)	Внутрь: взрослым - 5-10 мг в сутки; детям - 2-5 мг 1 раз в сутки. Длительность лечения - 1-1.5 мес. В/м: 1 мл 1% раствора (0.1 г) 1 раз в сутки в течение 10-15 дней (детям - 3-5 дней), затем 2-3 раза в неделю; курс лечения - 15-20 инъекций.	С https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=hatgpt.com
Тиамин гидрохлорид (Витамин В1)	в/м (глубоко) Начинать введение препарата рекомендуется с малых доз (не более 0,5 мл 5% раствора) и только при хорошей переносимости переходить на более высокие дозы Взрослым назначают по 25–50 мг тиамин гидрохлорида (0,5–1 мл 5% раствора) 1 раз в сутки, ежедневно; детям — по 12,5 мг (0,25 мл 5% раствора) 1 раз в сутки. Курс лечения составляет 10–30 инъекций.	С https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=hatgpt.com
Альфа-липоевая кислота	в/в капельной инфузии взрослым в дозе 600 мг в сутки в течение минимум 30 минут. Внутрь взрослым и детям старше 14 лет - по 1 капсуле 1 раз в день перед едой. Продолжительность приема - не менее 1 месяца	С https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=hatgpt.com
Альфа-токоферола ацетат (Витамин Е)	Внутрь после еды в дозировке по 50 – 100 мг в день (длительность приема - 20-40 дней)	С https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=hatgpt.com

Витамин А + Е	внутри после еды в дозировке витамин Е по 100 мг + витамин А 100 000 МЕ в день (длительность приема - 20-40 дней)	С https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=hatgpt.com
Ретинола ацетат (Витамин А)	Высшая суточная доза для взрослых не должна превышать 100 000 МЕ 33 000–100 000 МЕ/сут	С https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=hatgpt.com
Аскорбиновая кислота (Витамин С)	Внутри, в/м, в/в Для профилактики дефицитных состояний - 25-75 мг/сут, для лечения 250 мг/сут и более в разделенных дозах	С https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=hatgpt.com
Холекальциферол (Витамин D)	<p>Коррекция дефицита витамина D (уровень 25(OH)D <20 нг/мл)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50 000 МЕ еженедельно в течение 8 недель внутри - 200 000 МЕ ежемесячно в течение 2 месяцев внутри - 150 000 МЕ ежемесячно в течение 3 месяцев внутри - 6000 - 8000 МЕ в день - 8 недель внутри <p>Коррекция недостатка витамина D (уровень 25(OH)D ≥20 и <30 нг/мл)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50 000 МЕ еженедельно в течение 4 недель внутри - 200 000 МЕ однократно внутри - 150 000 МЕ однократно внутри - 6000 – 8000 МЕ в день - 4 недели внутри <p>Поддержание уровней витамина D ≥30 нг/мл</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1000 - 2000 МЕ ежедневно внутри - 6 000 – 14 000 МЕ однократно в неделю внутри 	С https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=hatgpt.com

Экстракт алоэ	Подкожно. Ежедневно по 1 мл (максимальная суточная доза 3 - 4 мл), детям до 5 лет–0,2-0,3 мл, старше 5 лет– 0,5 мл. Курс 30-50 инъекций, повторные курсы лечения проходят после двух-, трёхмесячного перерыва.	С https://www.vidal.ru/drugs/aloes_extract_fluid_33026?ysclid=m7agglmfyj591225458
Стекловидное тело	Вводят под кожу по 2 мл ежедневно. Повторение курса лечения рекомендуется через один месяц или позднее. Продолжительность курса лечения определяется индивидуально.	С https://www.vidal.ru/drugs/lucentis_18798?ysclid=m7agh6jzp296429366

Примечание: Если необходимый препарат из определённой группы отсутствует в перечне, утверждённом для применения в стационаре, или временно недоступен, врач может назначить альтернативный препарат (препараты с разным механизмом действия, но одной терапевтической целью). Выбор лекарства осуществляется на основе клинической ситуации, состояния пациента и доступных ресурсов. Дозировка и количество препаратов определяются врачом индивидуально.

Препараты для увлажнения кожи (эмоленты), медицинские изделия, биологически активные добавки, микроэлементы, витамины, антиоксиданты и косметические средства могут применяться по необходимости при лечении дерматологических больных, если они не имеют противопоказаний и сертифицированы на территории Республики Узбекистан.

Физиотерапевтические методы лечения:

Физиотерапия при хламидийной инфекции применяется для уменьшения воспалительных процессов, повышения местного кровообращения, укрепления иммунной системы и ускорения восстановления тканей. Она является дополнением к антибактериальной терапии и направлена на улучшение эффективности лечения и снижение риска осложнений.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK379708/>

С5	НИЛИ Озонотерапия
----	----------------------

Показания для госпитализации в медицинскую организацию: дневной и круглосуточный стационар:

- неэффективность проводимого ранее лечения;
- пациенты с психическими, неврологическими или иными заболеваниями, при которых пациент при отсутствии ухаживающего за ним лица не может самостоятельно полностью выполнить все необходимые назначения;
- Диссеминированная хламидийная инфекция: Такие состояния, как хламидийная пневмония, перигепатит или перитонит, требуют госпитализации в специализированные стационары для проведения интенсивной терапии.
- Осложненные формы хламидиоза: Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) средней и тяжелой степени тяжести, вызванные хламидийной инфекцией, являются показанием для стационарного лечения.

В остальных случаях, при отсутствии осложнений, лечение хламидийной инфекции проводится амбулаторно под наблюдением врача. Важно своевременно обратиться к специалисту для оценки состояния и определения оптимальной тактики лечения.

Показания для выписки:

- клиническое улучшение: Отсутствие симптомов заболевания, таких как выделения, боль или дискомфорт.
- нормализация лабораторных показателей: Отрицательные результаты тестов на наличие *Chlamydia trachomatis*, подтверждающие эрадикацию возбудителя.
- стабильное общее состояние: Отсутствие признаков системных осложнений или сопутствующих инфекций.
- завершение курса антибиотикотерапии: Пациент должен полностью пройти предписанный курс лечения под наблюдением врача.
- информированность пациента: Пациент должен быть проинформирован о мерах профилактики повторного инфицирования и важности обследования половых партнеров.

Индикаторы эффективности лечения:

Критериями излеченности хламидийной инфекции являются:

Отсутствие симптомов заболевания, таких как выделения, боль или дискомфорт.

После выписки рекомендуется проведение контрольного обследования через 3–4 недели для подтверждения излечения и исключения возможного рецидива инфекции.

Также важно обеспечить наблюдение за пациентом для своевременного выявления и лечения возможных осложнений. [42,52,59,65]

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ
«ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ»**

ТАШКЕНТ – 2025

Коды по МКБ-10/11:

A56	ХЛАМИДИЙНЫЕ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВО-ГО ТРАКТА
A56.1	ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА И ДРУГИХ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. ХЛАМИДИЙНЫЙ ЭПИДИДИМИТ, ОРХИТ, ВЗОМТ
A56.2	ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА НЕУТОЧНЕННАЯ
A56.3	ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
A56.4	ХЛАМИДИЙНЫЙ ФАРИНГИТ
A56.8	ХЛАМИДИЙНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, ДРУГОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ
	https://mkb-10.com/index.php?pid=309

Введение

Хламидиоз – распространенная инфекция, передающаяся половым путем, которая может встречаться как у мужчин, так и у женщин. Возбудителем заболевания является бактерия *Chlamydia trachomatis*. Оно поддается терапии и может быть полностью вылечено при помощи антибиотиков.

При своевременном лечении хламидиоз, как правило, не вызывает долгосрочных последствий. Вместе с тем в отсутствие лечения хламидийная инфекция может приводить к серьезным проблемам и способствовать передаче и заражению ВИЧ-инфекцией и другими ИППП. Непролеченный хламидиоз может иметь серьезные последствия, в том числе в виде воспалительных заболеваний органов малого таза, а также повышенного риска бесплодия и внематочной беременности. У беременных женщин инфекция может спровоцировать преждевременное рождение (недоношенность) или маловесность ребенка.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>

Схемы лечения

Антибиотикотерапия

Антибиотики являются основным методом терапии при лечении хламидийной инфекции.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>

https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1050/1/UMK_2017_022.pdf

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

**A
1**

Рекомендовано для лечения хламидийных инфекций нижнего отдела мочеполовой системы с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* назначать перорально: доксициклин 100 мг 2 раза в сутки течение 7 дней [12-20, 48-51, 53]

Комментарии: Доксициклин является терапией первой линии. Предпочтительным является назначение доксициклина** в форме таблеток (действующее вещество – доксициклина моногидрат) в связи с его лучшей переносимостью.

**B
2**

Рекомендовано для лечения хламидийных инфекций нижнего отдела мочеполовой системы с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* назначать перорально: миноциклин 100 мг 2 раза в сутки течение 7 дней [70-74]

**C
5**

Рекомендовано для лечения хламидийных инфекций нижнего отдела мочеполовой системы с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* назначать перорально: офлоксацин 400 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней [15, 16, 23, 24, 50]

**C
5**

Рекомендовано для лечения хламидийных инфекций нижнего отдела мочеполовой системы с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* назначать перорально: левифлоксацин 500 мг 1 раз в сутки течение 7 дней [16, 25, 39, 40, 52, 54]

**B
2**

Рекомендовано для лечения хламидийных инфекций нижнего отдела мочеполовой системы с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* назначать перорально: джозамицин 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней [16, 21, 22, 26-29, 55, 59]

Комментарии:

У *Chlamydia trachomatis* может развиваться устойчивость к макролидам в результате мутации в генах 23S рРНК, rplD, rplV; к фторхинолонам – в результате мутации в генах gyrA, parC и ygeD; к тетрациклинам – в результате мутации в гене groB. Однако на сегодняшний день нет доказательств какой-либо стабильной генетической и фенотипической устойчивости клинических штаммов *Chlamydia trachomatis* к любому из рекомендуемых antimicrobных препаратов данных групп, которая влияла бы на исход терапии. Устойчивость к макролидам и тетрациклинам у хламидий не имеет генетической базы, так как появление генов резистентности оказывает неблагоприятное влияние на способность мутантных микроорганизмов к

выживанию. Тестирование чувствительности *Chlamydia trachomatis* к антибактериальным препаратам при выборе препарата для лечения хламидийной инфекции является нецелесообразным [75-81].

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

Рекомендовано для лечения хламидийных инфекций аноректальной области, хламидийного фарингита, хламидийного конъюнктивита с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* назначать перорально: доксициклин 100 мг 2 раза в сутки течение 7 дней [12-20, 48-51, 53]

Рекомендовано для лечения хламидийных инфекций аноректальной области, хламидийного фарингита, хламидийного конъюнктивита с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* назначать перорально: миноциклин 100 мг 2 раза в сутки течение 10 дней [70-74]

Рекомендовано для лечения хламидийных инфекций аноректальной области, хламидийного фарингита, хламидийного конъюнктивита с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* назначать перорально: офлоксацин 400 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней [15, 16, 23, 24, 50]

Рекомендовано для лечения хламидийных инфекций аноректальной области, хламидийного фарингита, хламидийного конъюнктивита с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* назначать перорально: левофлоксацин 500 мг 1 раз в сутки течение 7 дней [16, 39, 40, 52, 54]

Рекомендовано для лечения хламидийных инфекций аноректальной области, хламидийного фарингита, хламидийного конъюнктивита с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* назначать перорально: джозамицин 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней [16, 26-29, 55, 59]

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

Рекомендовано для лечения хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* назначать перорально: доксициклин 100 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней [12, 15-17, 58, 63, 64]

Рекомендовано для лечения хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* назначать перорально: миноциклин 100 мг 2 раза в сутки течение 14 дней [82, 83]

С 5 **Рекомендовано** для лечения хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* назначать перорально: офлоксацин 400 мг 2 раза в сутки в течение 14-21 дней [12, 15-17, 69]

С 5 **Рекомендовано** для лечения хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, органов малого таза и других органов с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* назначать перорально: джозамицин 500 мг 3 раза в сутки в течение 14-21 дней [12, 16, 17, 59]

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].

Системная энзимотерапия, иммуномодулирующая терапия и терапия местными антисептическими препаратами не проводится [15].

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

С 5 **Рекомендовано** для лечения беременных и женщин в период лактации с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* назначать перорально: джозамицин 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней [32, 33, 55]

В 1 **Рекомендовано** для лечения беременных и женщин в период лактации с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* назначать перорально: азитромицин 1,0 г однократно [30, 31, 33]

В 4 **Рекомендовано** для лечения беременных и женщин в период лактации с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* назначать перорально: амоксициллин 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней [20, 30]

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 необходимо приостановить кормление ребенка грудью на время лечения, если предполагаемая польза для матери превышает риск для новорожденного.

Выявлена связь применения макролидов во время беременности, особенно эритромицина, с неблагоприятными исходами у детей [86, 87].

Амоксициллин является альтернативным препаратом для лечения беременных с хламидийной инфекцией из-за риска персистенции хламидий после применения пенициллинов, что было продемонстрировано в исследованиях на животных *in vitro* [88, 89].

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

В 3 **Не рекомендовано** назначать азитромицин и доксициклин при инвазивных гинекологических манипуляциях (гистероскопия и др.), т.к. они негативно влияют на вагинальную микрофлору, а также приводят к росту *Lactobacillus inners* (CST III) и *Lactobacillus crispatum* (CST I), которые могут способствовать повторному инфицированию *Chlamydia trachomatis* [90-92].

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

С 5 **Рекомендовано** для лечения детей с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* (в возрасте до 8 лет и/или с массой тела менее 45 кг) назначать перорально: джозамицин 50 мг на кг массы тела в сутки, разделённые на 3 приема, в течение 7 дней [34-36]

С 5 **Рекомендовано** для лечения детей с целью эрадикации *Chlamydia trachomatis* (в возрасте до 8 лет и/или с массой тела менее 45 кг) назначать перорально: азитромицин 10 мг на кг массы тела в сутки в течение 7 дней [37, 38, 65].

Комментарии: Лечение хламидийной инфекции у детей в возрасте старше 8 лет и/или с массой тела более 45 кг проводится в соответствии со схемами лечения у взрослых с учетом противопоказаний.

Данные об эффективности и оптимальной дозе азитромицина для лечения хламидийной инфекции у младенцев и детей с массой тела <45 кг ограничены, имеющиеся данные показывают, что может быть эффективным короткий курс терапии (азитромицин 20 мг на кг массы тела в сутки 1 раз в сутки в течение 3 дней).

При генерализованной форме хламидийной инфекции и неонатальной пневмонии в условиях стационара возможно применение эритромицина внутривенно: детям первых трех месяцев жизни – 20-40 мг на кг массы тела в сутки (при тяжелых инфекциях доза может быть удвоена), детям старше 4 месяцев – 30-50 мг на кг массы тела в сутки за 2-4 введения в течение 14-21 дня.

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

В 2 **Рекомендовано** новорожденным с хламидийным конъюнктивитом назначать перорально [60-62]: эритромицин 50 мг на кг массы тела в сутки, разделенных на 4 приема в течение 14 дней

В 2 **Рекомендовано** новорожденным с хламидийным конъюнктивитом назначать перорально [60-62]: азитромицин 20 мг на кг массы тела внутрь однократно в сутки в течение 3 дней

Комментарии: новорожденным от матерей с нелеченной хламидийной инфекцией может быть назначено профилактическое лечение при невозможности проведения их обследования [44].

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

Инструментальные методы лечения:

**С
5**

Рекомендовано пациентам с хламидийным проктитом применять низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) для уменьшения воспаления, стимуляции регенерации тканей и улучшения микроциркуляции.

Хирургическое вмешательство: не проводится

Иное лечение: Диетотерапия не применяется. Обезболивание не применяется.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ»

ТАШКЕНТ – 2025

Коды по МКБ-10/11:

A56	ХЛАМИДИЙНЫЕ ИНФЕКЦИИ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МОЧЕПОЛОВО-ГО ТРАКТА
A56.1	ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА И ДРУГИХ МОЧЕПОЛОВЫХ ОРГАНОВ. ХЛАМИДИЙНЫЙ ЭПИДИДИМИТ, ОРХИТ, ВЗОМТ
A56.2	ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ МОЧЕПОЛОВОГО ТРАКТА НЕУТОЧНЕННАЯ
A56.3	ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ АНОРЕКТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ
A56.4	ХЛАМИДИЙНЫЙ ФАРИНГИТ
A56.8	ХЛАМИДИЙНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, ДРУГОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ
	https://mkb-10.com/index.php?pid=309

Введение

Хламидиоз – распространенная инфекция, передающаяся половым путем, которая может встречаться как у мужчин, так и у женщин. Возбудителем заболевания является бактерия *Chlamydia trachomatis*. Оно поддается терапии и может быть полностью вылечено при помощи антибиотиков.

При своевременном лечении хламидиоз, как правило, не вызывает долгосрочных последствий. Вместе с тем в отсутствие лечения хламидийная инфекция может приводить к серьезным проблемам и способствовать передаче и заражению ВИЧ-инфекцией и другими ИППП. Непролеченный хламидиоз может иметь серьезные последствия, в том числе в виде воспалительных заболеваний органов малого таза, а также повышенного риска бесплодия и внематочной беременности. У беременных женщин инфекция может спровоцировать преждевременное рождение (недоношенность) или маловесность ребенка.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>

Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Реабилитация не применяется.

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

- раннее выявление хламидийной инфекции путем скрининга сексуально активных женщин в возрасте до 25 лет включительно и мужчин в возрасте до 30 лет включительно, лиц из групп риска по инфицированию ИППП (работников коммерческого секса, сексуально активных подростков и др.), супружеских пар при подготовке к беременности;
- информирование населения о способах передачи хламидийной инфекции и ее последствиях для репродуктивного здоровья;
- использование средств барьерной контрацепции или исключение всех форм случайных половых контактов;
- обследование и лечение половых партнеров [41].

Организация оказания медицинской помощи

Лечение в основном проводится амбулаторно в условиях медицинской организации дерматовенерологического профиля, беременных – в условиях медицинской организации акушерско-гинекологического профиля.

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

При выявлении больного хламидийной инфекцией врачами-дерматовенерологами, врачами акушерами-гинекологами, врачами-колопроктологами, врачами-урологами и врачами других специальностей заполняется форма №058 «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 РУз от 31 декабря 2020г. №363.

Беременные с факторами риска заражения хламидиозом (возраст до 25 лет, неиспользование презервативов во время последнего полового акта, более 2 половых партнеров за последние 12 месяцев, недавняя смена полового партнера) должны пройти обследование на хламидиоз при первом посещении врача акушера-гинеколога и в третьем триместре, чтобы предотвратить послеродовые осложнения у матери и хламидийную инфекцию у младенца [93-96].

Установление излеченности хламидийной инфекции проводится на основании результатов исследования методами ПЦР и ПЦР в реальном времени не ранее, чем через месяц после окончания антибактериальной терапии, методом NASBA – не ранее, чем через 2 недели после окончания антибактериальной терапии.

При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

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

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. 2014;63(RR-02):1-19.
2. Grad A, Vica ML, Matei HV, Grad DR, Coman I, and Tataru DA. 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 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. 2002;29(11):647-654.
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. 2005;32(12):725-728.
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. 2008;35(7):637-642.
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. 2008;35(5):495-498.
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. 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;(5):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](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.
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 CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital *Chlamydial infections*: a meta-analysis of randomized clinical trials. Sex Transm Dis. 2002;(29):497-502.
13. Kong FY, Tabrizi SN, Fairley CK, Vodstrcil LA, Huston WM, Chen M, Bradshaw C, Hocking JS. The efficacy of azithromycin and doxycycline for the treatment of rectal chlamydia infection: a systematic review and meta-analysis. J Antimicrob Chemother. 2015;70(5):1290-7.

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.
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 AA. Treatment of uncomplicated genital *Chlamydia trachomatis* infections in adults. *Clin Infect Dis*. 2002;(35):S183-S186.
18. Kong FY and Hocking JS. Treatment challenges for urogenital and anorectal *Chlamydia trachomatis*. *BMC Infect Dis*. 2015;15:293.
19. Khosropour CM, Dombrowski JC, Barbee LA, et al. Comparing azithromycin and doxycycline for the treatment of rectal chlamydial infection: A retrospective cohort study. *Sex Transm Dis*. 2014;41:79-85.
20. Schwebke JR, Rompalo A, Taylor S, et al. Re-evaluating the treatment of nongonococcal urethritis: emphasizing emerging pathogens – a randomized clinical trial. *Clin Infect Dis*. 2011;52:163-170.
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.
22. Iakubovich AI, Chuprin AE, Rakitin DA. Urogenital chlamydia infection: treatment with wilprafen. *Urologiia*. 2003;(1):55-8.
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.
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.
25. Mikamo H, Sato Y, Hayasaki Y, Hua YX, Tamaya T. Adequate levofloxacin treatment schedules for uterine cervicitis caused by *Chlamydia trachomatis*. *Chemotherapy*. 2000;46(2):150-2. .
26. Khrianin AA and Reshetnikov OV. Is it safe to use josamycin in the obstetrics practice in Russia? *Antibiot Khimioter*. 2007;(52):32-36.
27. Primiero FM, Caruso G, Grottanelli F, et al. Josamycin in the treatment of *Chlamydia trachomatis* cervicitis. *J Chemother*. 1989;(1):909-910.
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.
29. Molochkov VA, Mostakova NN. Vilprafene (josamycin) therapy of chronic chlamydial prostatitis. *Urologiia*. 2001;(3):34-5.
30. Rahangdale L, Guerry S, Bauer HM, 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.
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.
33. Галимова Э.Р. Опыт лечения хламидийной урогенитальной инфекции у беременных вильпрафеном. Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Сб. Научных трудов 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 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;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 MR, Gelling M, Roblin PM, Kutlin A, Jule JE. Treatment of neonatal chlamydial conjunctivitis with azithromycin. *The Pediatric infectious disease journal.* 1998;7(11):1049-1050.
38. Kohlhoff CA, Hammerschlag MR. Treatment of chlamydial infections: 2014 update (review). *Expert Opin. Pharmacother.* 2015;16(2):205-212.
39. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2015: Chlamydial Infections.
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;64(4):217-29.
41. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по инфекциям, передаваемым половым путем 2016-2021. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250268/WHO-RHR-16.09-rus.pdf?sequence=1>.
42. Landers DV, Sweet R.L. Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1985;(151):1098-1110.
43. Moore KR, Smith JS, Cole SR, Dittmer DP, Schoenbach VJ, Baird DD. *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.
44. Honkila M, Wikström 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.
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. Буданов П.В. Актуальные проблемы лечения беременных с рецидивирующей хламидийной инфекцией. *Лечащий врач,* 2007;(10):21-5.
48. Pérez-Canro C, Alzate JP, González LM, Rubio-Romero JA, Lethaby A, Gaitán HG. 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.
49. Geisler WM, Uniyal A, Lee JY, Lensing SY, Johnson S, Perry RCW, Kadrnka CM and Kerndt PR. Azithromycin versus doxycycline for urogenital *chlamydia trachomatis* infection. *N Engl J Med.* 2015;373:2512-2521.
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 HT, Dukers-Muijers M, Petra F, Wolffs G, De Vries H, Götz HM, Heijman T, Bruisten S, Eppings L, Hogewoning A, Steenbakkers M, Lucchesi M, Schim van der Loeff MF, Christian J P A

- Hoebel. Treatment effectiveness of azithromycin and doxycycline in uncomplicated rectal and vaginal *Chlamydia trachomatis* infections in women: A multicenter observational study (FemCure). *Clinical Infectious Diseases*. 2019;69(1):1946-1954.
52. Karl E Miller. diagnosis and treatment of *Chlamydia trachomatis* infection. *Am Fam Physician*. 2006;73(8):1411-1416.
53. Kong FY, Tabrizi SN, Law M, et al. Azithromycin versus doxycycline for the treatment of genital *Chlamydia infection*: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Infect Dis*. 2014;59:193-205.
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. Lanjouw E, Ossewaarde JM, Strydom A, Boag F. 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 JD and Hudson AP. The evolving story of *Chlamydia*-induced reactive arthritis. *Curr Opin Rheumatol*. 2010;(22):424-430.
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.
58. CDC 2015. Sexually transmitted infections treatment guidelines. *Pelvic Inflammatory Disease*. URL. <https://www.cdc.gov/std/tg2015/pid.htm>.
59. Белоусов Ю.Б., Карпов О.И., Белоусов Д.Ю. Клинико-экономическое обоснование применения вильпрафена в лечении урогенитального хламидиоза. *Качественная клиническая практика*. 2006;(1):64-75.
60. Tan AK. Ophthalmia Neonatorum. *N Engl J Med*. 2019;380(2):e2. doi: 0.1056/NEJMicm1808613.
61. Jin J. Prevention of Gonococcal Eye Infection in Newborns. *JAMA*. 2019;321(4):414.
62. Zikic A. et al. Treatment of neonatal chlamydial conjunctivitis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society*. 2018;7(3):e107-e115.
63. British Association of Sexual Health and HIV. 2014 Draft UK national guideline for the management of genital infection with *Chlamydia trachomatis*, <http://www.bashh.org/BASHH/Guidelines/Guidelines/BASHH/Guidelines/Guidelines.aspx?hkey=072c83ed-0e9b44b2-a989-7c84e4fbd9de> (2013, accessed 15 August 2015).
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. *Эффективная фармакотерапия*. 2012;(53):6-13.
66. Workowski KA, Lampe MF, Wong KG et al. Long-term eradication of *Chlamydia trachomatis* genital infection after antimicrobial therapy evidence against persistent infection. *JAMA*. 1993;270(17):2071-2075.
67. Taylor-Robinson D and Keat A. Observations on *Chlamydia trachomatis* and other microbes in reactive arthritis. *Int J STD AIDS*. 2015;(26):139-144.
68. Gradison M. *Pelvic Inflammatory Diseases*. American Academy of Family Physicians. 2012;(85):791-796.
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 (экстравыпуск: "Современная ЭРА терапии инфекций в гинекологии"), 2004; MMWR 2004;(53)42:983; WebMDHealthNews, 2005г.
70. Kovacs GT., Westcott M, Ien Rusden, Asche V, King H, Haynes SE, Moore EK and Hall BE. A prospective single-blind trial of minocycline and doxycycline in the treatment of genital *Chlamydia trachomatis* infection in women. The medical journal of Australia. 1989;150(9):483-485.
 71. Romanowski B, Talbot H, Stadnyk M, Kowalchuk P and Bowie WR. Minocycline compared with doxycycline in the treatment of nongonococcal urethritis and mucopurulent cervicitis. Ann Intern Med. 1993;(119):16-22.
 72. Снарская Е.С., Олисова О.Ю., Шнахова Л.М., Каюмова Л.Н. Опыт применения миноциклина в лечении хламидийной инфекции. Инфекционные болезни. 2018;16(3):93-100.
 73. Bowie WR, Willetts Val, Binns BA and Brunham RC. Etiology of cervicitis and treatment with minocycline. Can J Infect Dis. 1993;4(2):95-100.
 74. Shao L, You C, Cao J, Jiang Y, Liu Y, Liu Q. High treatment failure rate is better explained by resistance gene detection than by minimum inhibitory concentration in patients with urogenital *Chlamydia trachomatis* infection. Int J Infect Dis. 2020;(96):121-127.
 75. Шипицына Е.В., Савичева А.М. Устойчивость *Chlamydia trachomatis* к антибиотикам. Журнал акушерства и женских болезней. 2002;51(4):77-83.
 76. Ridgway GL. Treatment of chlamydial genital infection. J. Antimicrob. Chemother. 1997;40:311-314.
 77. Somani J, Bhullar VB, Workowski KA, Farshy CE, Black CM. Multiple drug-resistant *Chlamydia trachomatis* associated with clinical treatment failure. J Infect Dis. 2000;181:1421-1427.
 78. Benamri I, Azzouzi M, Sanak K, Moussa A, Radouani F. An overview of genes and mutations associated with *Chlamydiae* species' resistance to antibiotics. Ann Clin Microbiol Antimicrob. 2021;20(1):59.
 79. Sandoz KM and Rockey DD. Antibiotic resistance in *Chlamydiae*. Future Microbiol. 2010;(5):1427-1442.
 80. Wang SA, Papp JR, Stamm WE, Peeling RW, Martin DH and Holmes KK. Evaluation of antimicrobial resistance and treatment failures for *Chlamydia trachomatis*: a meeting report. J Infect Dis. 2005;191:917-923.
 81. O'Neill CE, Seth-Smith HM, Van Der Pol B, et al. *Chlamydia trachomatis* clinical isolates identified as tetracycline resistant do not exhibit resistance in vitro: whole-genome sequencing reveals a mutation in *porB* but no evidence for tetracycline resistance genes. Microbiology. 2013;159:748-756.
 82. Surico N, Tavassoli K. Treatment of pelvic inflammatory disease with combined piperacillin and minocycline therapy. Panminerva Med. 1990;32(4):184-9.
 83. Kimura K, Hagiya H, Yamamoto N, Yoshida H, Akeda Y, Nishi I, Tomono K. *Pasteurella multocida* multiple intrapelvic abscesses in a young woman with uterine cervical cancer. J Infect Chemother. 2019;25(3):197-199.
 84. Trabert B, Waterboer T, Idahl A et al. Antibodies Against *Chlamydia trachomatis* and Ovarian Cancer Risk in Two Independent Populations. JNCI: Journal of the National Cancer Institute. 2019;111(2):129-136.
 85. Franchini A, Beshoy I, Anwer F. The Role of *Chlamydia Trachomatis* in the Pathogenesis of Cervical Cancer. Cureus. 2022;14(1): e21331.
 86. Fan H, Li L, Wijlaars L, Gilbert RE. Associations between use of macrolide antibiotics during pregnancy and adverse child outcomes: a systematic review and meta-analysis. PLoS One 2019;14:e0212212.

87. Fan H, Gilbert R, O'Callaghan F, Li L. Associations between macrolide antibiotics prescribing during pregnancy and adverse child outcomes in the UK: population based cohort study. *BMJ*. 2020;368:m331.
88. Phillips Campbell R, Kintner J, Whittimore J, Schoborg RV. Chlamydia muridarum enters a viable but non-infectious state in amoxicillin treated BALB/c mice. *Microbes Infect* 2012;14:1177-85.
89. Wyrick PB. *Chlamydia trachomatis* persistence in vitro: an overview. *J Infect Dis* 2010;201(Suppl 2):S88-95.
90. Edwards VL, Smith SB, McComb EJ, Tamarelle J, Ma B, Humphrys MS, et al. The cervicovaginal microbiota-host interaction modulates *Chlamydia trachomatis* infection. *MBio* 2019;10.
91. Kroon SJ, Ravel J, Huston WM. Cervicovaginal microbiota, women's health, and reproductive outcomes. *Fertil Steril*. 2018;110:327-38.
92. Tamarelle J, Ma B, Gajer P, Humphrys MS, Terplan M, Mark KS, et al. Nonoptimal vaginal microbiota after Azithromycin treatment for *Chlamydia trachomatis* infection. *J Infect Dis*. 2020;221:627-35.
93. Goulet V, de Barbeyrac B, Raheison S, Prudhomme M, Semaille C, Warszawski J, et al. Prevalence of *Chlamydia trachomatis*: results from the first national population-based survey in France. *Sex Transm Infect*. 2010;86:263-270.
94. Hazra A, Collison MW, Davis AM. CDC Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021.
95. LeFevre ML. Screening for chlamydia and gonorrhea: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2014;161:902-10.
96. Screening for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* during pregnancy: a health technology assessment Canadian agency for drugs and technologies in health; 2018 Nov.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/chlamydia>

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/572/mogss9y2pg0a41mg75ijbxe2bk34zrff.pdf>

https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-predstavleniya-o-hronicheskom-uretrogenom-prostatite-metodah-ego-diagnostiki-i-lecheniya?utm_source=chatgpt.com

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537286/?utm_source=chatgpt.com

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1050/1/UMK_2017_022.pdf

apicr.minzdrav.gov.ru

https://emedicine.medscape.com/article/331347-medication?utm_source=chatgpt.com

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6272789/?utm_source=chatgpt.com

<https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/chlamydia.htm>

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/chlamydia/diagnosis-treatment/drc-20355355>

Компетенции практических навыков по менеджменту хламидийной инфекции
(task shifting)

	Практическая медсестра	БМСП Семейный врач (бакалавр)	Узкий специалист
Жалобы и анамнез			
Демонстрация способности собирать жалобы с пациента	+*	+	+
Полный медицинский анамнез больных с кожно-венерологическими заболеваниями			+
Постановка диагноза			
Диагностика на основании специфических симптомов и лабораторно-инструментальных исследований			+
Основная лабораторная диагностика			
Назначение основных лабораторных анализов:			+
Общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитарная формула + СОЭ)			+
Микроскопическая или ПЦР-идентификация <i>Chlamydia trachomatis</i> и других ИППП			+
Дополнительная лабораторная диагностика			
Общий анализ мочи			+
Общий анализ кала			+
Исследование на ВИЧ инфекцию			+
Биохимические исследования			+
Подтверждающие тесты на сифилис (два из трех: ИХА, РПГА-количественный, ИФА (Ig M			+

и суммарные антитела).			
Диагностика Chlamydia trachomatis и др. ИППП другими методами (культуральный, ИФА, ПЦР и пр.)			+
Микроскопическое исследование секрета предстательной железы			+
Пальцевое исследование предстательной железы			+
Обследование на НVC или НVB			+
Иммуногистохимическое исследование			+
Определение в крови уровня витамина Д методом ИФА, ИХЛА			+
Двухстаканная проба Томпсона			+
Дополнительные инструментальные исследования			
УЗИ внутренних органов			+
Лечение хламидийной инфекции			
Компетенция назначения медикаментозного лечения хламидийной инфекции (стр. 18-24)			+
Компетенция назначения немедикаментозного лечения хламидийной инфекции (стр. 25)			+
Профилактика хламидийной инфекции			
Компетенции по улучшению поведения и пропаганде здорового образа жизни			+
Компетенции по улучшению соблюдения медикаментозного лечения			+

Основным узким специалистом является дерматовенеролог.

*Эти компетенции могут быть достигнуты путем подготовки медицинских сестер.

Компетенции по управлению хламидийной инфекции

	Практическая медсестра	БМСП Семейный врач (бакалавр)	Узкий специалист
Описание хламидийной инфекции			+
Симптоматическое описание жалоб при хламидийной инфекции			+
Описание патофизиологических механизмов хламидийной инфекции			+
Создание подхода к диагностике хламидийной инфекции на основе этиологии, симптомов и исследований (основные лабораторно-инструментальные исследования)			+
Интерпретация основных анализов			+
Формирование подхода к лечению хламидийной инфекции			+
Опишите немедикаментозную терапию хламидийной инфекции			+
Опишите медикаментозную терапию хламидийной инфекции.			+
Обсудите механизм действия, показания и побочные эффекты различных препаратов, используемых при лечении хламидийной инфекции			+
Обсудите патофизиологические механизмы развития осложнений хламидийной инфекции в рамках лечения.			+

Основным узким специалистом является врач-дерматовенеролог.