

А.А. Хрянин

ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России

РОО «Ассоциация акушеров-гинекологов и дерматовенерологов», Новосибирск, Россия

Тактика ведения пациентов с урогенитальной хламидийной инфекцией в соответствии с современными зарубежными рекомендациями

В статье представлены данные о современных подходах к лабораторной диагностике и лечению урогенитальной хламидийной инфекции у женщин. Согласно российским и зарубежным руководствам, наиболее эффективными antimicrobial препаратами, применяемыми для лечения урогенитальной хламидийной инфекции у небеременных пациенток, являются азитромицин, джозамицин и доксициклина моногидрат. Для терапии беременных пациенток с этой патологией наиболее оптимальными препаратами с точки зрения безопасности и эффективности лечения являются азитромицин и джозамицин.

Ключевые слова

Урогенитальная хламидийная инфекция, женщины, доксициклина моногидрат, азитромицин, джозамицин.

Хотя инфекция, вызванная *Chlamydia trachomatis*, во всем считается наиболее распространенной из всех инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), реальная частота и распространенность данного заболевания остаются неизвестными [49]. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире ежегодно регистрируется почти 100 млн новых случаев *Chlamydia trachomatis* [79]. В 2009 г. в центры по контролю и профилактике заболеваний США поступили сообщения о 1244 180 случаях хламидийной инфекции [58], однако реальное количество, по меньшей мере, в 2 раза больше — около 3 млн случаев, поскольку большинство (70—90 %) эпизодов хламидийной инфекции нижних отделов мочеполового канала у женщин протекают бессимптомно и поэтому остаются недиагностированными [50, 60, 73]. По данным систематического обзора, посвященного изучению инфицирования *C. trachomatis*, распространенность хламидийной инфекции варьировала от 1,7 до 17 % [80], а среди молодых женщин, обращавшихся в клиники по лечению ИППП, частота выявления хламидийной инфек-

ции превышала 10 % [8]. Как в США, так и в большинстве стран Европы за последние 10 лет отмечается рост частоты хламидийной инфекции [58, 76], однако в ряде европейских государств хламидийная инфекция не относится к заболеваниям, подлежащим регистрации. В Российской Федерации в 2009 году заболеваемость хламидийной инфекцией составила 80,3 на 100 тыс. населения [15].

При развитии симптомной урогенитальной хламидийной инфекции у женщин чаще всего возникает цервицит. В случае бессимптомного течения нелеченная хламидийная инфекция может привести к поражению верхних отделов полового канала и возникновению воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ). Ежегодно в США диагностируется около 750 тыс. ВЗОМТ [72]. Как клинически диагностированные случаи ВЗОМТ, так и субклинические варианты поражения органов малого таза могут привести к фиброзу, образованию рубцов и нарушению проходимости маточных труб, что нередко является причиной серьезных нарушений репродуктивной функ-

ции, включая трубное бесплодие, эктопическую беременность и развитие синдрома хронической тазовой боли [58].

Около 10–15 % нелеченных случаев хламидийной инфекции приводят к клинически диагностируемым случаям ВЗОМТ, из которых около 15 % могут привести к развитию трубного бесплодия [43, 59]. Доля трубного бесплодия среди всех других видов бесплодия составляет от 10 до 40 % [39, 53]. Хламидийная инфекция является лидирующей предотвращаемой причиной трубного бесплодия [53]. Прямые медицинские затраты на хламидийную инфекцию, включая диагностику и лечение бесплодия, вызванного хламидийной инфекцией, составляют 701 млн долларов ежегодно (2010) [58].

Частота обнаружения *Chlamydia trachomatis* у беременных, по данным ВОЗ, колеблется в очень широких пределах (от 2 до 37 %), в среднем составляя 6–8 % и достигая 70 % у пациенток с хроническими ВЗОМТ и отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом [4, 30, 48]. Ежегодно в США у 100 тыс. беременных диагностируется хламидийная инфекция [71].

Данные о влиянии хламидийной инфекции на течение и исход беременности неоднозначны. Результаты ряда исследований свидетельствуют о том, что хламидийная инфекция половых путей у матери может приводить к повышению частоты случаев невынашивания беременности, мертворождения, преждевременных родов, преждевременного разрыва плодных оболочек, к развитию эндометрита и сальпингита в послеродовом периоде, а также к рождению детей с низкой массой тела [23, 24, 41, 57, 64, 75]. Так, в ходе проспективного исследования, выполненного в США, показано, что инфицирование *C. trachomatis* во время беременности приводит к задержке внутриутробного развития плода, а также повышает риск преждевременных родов [57]. В других исследованиях связь хламидийной инфекции с неблагоприятным исходом беременности не была доказана [40].

С другой стороны, не подлежит сомнению, что урогенитальный хламидиоз у беременных является фактором риска развития хламидийной инфекции у новорожденных. Инфицирование происходит в 23–70 % случаев, преимущественно во время родов при прохождении плода через инфицированные родовые пути. При этом у 11–50 % детей, рожденных женщинами с хламидиозом, в первые две недели жизни развивается конъюнктивит, а у 3–16 % на 1–3-й месяц жизни — хламидийная пневмония [40, 55].

Подходы к диагностике урогенитальной хламидийной инфекции у женщин

Диагноз урогенитальной хламидийной инфекции устанавливается на основании клинической картины заболевания и выявления *C. trachomatis* при проведении лабораторных исследований [13]. Как отмечено выше, наиболее частой клинической формой локализованной хламидийной инфекции у женщин является цервицит [13, 50]. Симптомы заболевания обычно возникают спустя 1–3 недели после инфицирования. Пациентки могут предъявлять жалобы на выделения из половых органов слизисто-гнойного характера, зуд, жжение, дискомфорт в области наружных половых органов, боль в нижней части живота, межменструальные или посткоитальные кровянистые выделения. При гинекологическом обследовании у пациенток с хламидийным цервицитом выявляются гиперемия и отечность в области наружного зева цервикального канала и слизисто-гнойные выделения, нередко — цирцинарная эрозия [13, 50]. Но нельзя не подчеркнуть этот факт еще раз — у большинства пациенток с хламидийным цервицитом отмечается отсутствие субъективных симптомов заболевания [13, 50, 81].

К основным методам лабораторной диагностики хламидийной инфекции относятся:

- молекулярно-биологические методы (методы амплификации нуклеиновых кислот или ПЦР-диагностика);
- культуральное исследование;
- метод прямой иммунофлюоресценции;

Для идентификации *C. trachomatis* рекомендуется использование методов амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР-диагностика) [13, 15, 50, 81]. Поскольку во многих исследованиях продемонстрировано превосходство методов амплификации нуклеиновых кислот при урогенитальной хламидийной инфекции, в соответствии с Рекомендациями CDC, Европейским руководством по ведению пациентов с инфекцией, вызванной *C. trachomatis*, и протоколами ведения больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, только ПЦР-диагностика может быть рекомендована для обнаружения *C. trachomatis*. Данная методика обладает высокой чувствительностью и специфичностью, при ее проведении возможно использование проб клинического материала, полученных неинвазивным способом, в связи с чем в учреждениях практического здравоохранения следует отдавать предпочтение именно молекулярно-биологическим методам диагностики хламидийной инфекции [13].

В перечне возможных методик также перечислено культуральное исследование, которое

позволяет обнаружить жизнеспособные микроорганизмы и является «золотым стандартом» по специфичности, однако вследствие низкой чувствительности (40–60 %), значительной трудоемкости, длительности технологического процесса культивирования хламидий, а также высоких требований к условиям получения, доставки и хранения материала и квалификации персонала использование его в рутинной практике имеет существенные ограничения и может проводиться лишь в единичных лабораториях на территории РФ [13].

Метод прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) с моноклональными антителами отличается высокой степенью субъективной оценки результатов и низкой воспроизводимостью. Чувствительность и специфичность этого метода составляет не более 60–80 %, что зависит от качества получения материала для исследования и квалификации персонала лаборатории [13, 50].

Иммуноферментный анализ (ИФА) не является высокоспецифичным методом диагностики *C. trachomatis*. Это исследование характеризуется невысокой стоимостью, однако нередко ложноположительные результаты. ИФА не рекомендован современными руководствами (Рекомендациями CDC, Европейским руководством по ведению пациентов с инфекцией, вызванной *C. trachomatis*, протоколами ведения больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, и Рекомендациями Российского общества дерматовенерологов) для использования в диагностике урогенитальной хламидийной инфекции [13, 15, 50, 81]. В протоколах ведения больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, в разделе «Хламидийная инфекция» указано, что серологические методы (определение антихламидийных антител в сыворотке крови) для диагностики локализованной хламидийной инфекции не применяются [13].

Современные международные и российские рекомендации по лечению хламидийной инфекции

В опубликованных в 2010 г. Рекомендациях по лечению заболеваний, передаваемых половым путем, центров по контролю и профилактике заболеваний США (Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, Centers for Disease Control and Prevention — CDC) [81] и Европейском руководстве по ведению пациентов с инфекцией, вызванной *C. trachomatis* (European guideline for the management of *Chlamydia trachomatis* infections) [50] основными препаратами в лечении хламидийной инфекции у небеременных пациенток определены

азитромицин и доксициклин, у беременных — азитромицин (табл. 1).

По данным метаанализа 12 рандомизированных исследований, в котором проводилось сравнение азитромицина и доксициклина при лечении урогенитальной хламидийной инфекции, установлено, что сравниваемые режимы лечения эквивалентны по эффективности с достигнутой частотой эрадикации патогена, которая составила 97 и 98 % соответственно [51, 77].

Существенным преимуществом азитромицина при урогенитальном хламидиозе является возможность однократного приема внутрь 1 г препарата. Это делает азитромицин наиболее целесообразным антибиотиком (в том числе и с экономической точки зрения) в лечении всех пациенток, особенно женщин с недостаточной комплаентностью назначенному лечению или с невозможностью проведения оценки излеченности во время последующих визитов к врачу [81]. Как показали исследования, комплаентность лечения значительно выше в случае однократного применения азитромицина как пациентками, так и их партнерами [21, 41, 66].

Указанный в Руководстве CDC эритромицин рассматривается (по сравнению с азитромицином или доксициклином) как менее эффективный препарат, что в первую очередь связано с достаточно частыми нежелательными явлениями со стороны пищеварительного канала, в значительной степени влияющими на комплаентность [81]. Левифлоксацин и офлоксацин являются эффективной альтернативой, однако не имеют преимуществ по режимам дозирования и длительности использования [81].

В российских схемах терапии хламидийной инфекции у небеременных пациенток, помимо азитромицина, доксициклина, эритромицина, левофлоксацина, офлоксацина и джозамицина, указаны и другие антибиотики (в частности, в Клинических рекомендациях Российского общества акушеров и гинекологов (2009) указаны макролиды спирамицин, рокситромицин и кларитромицин, что не противоречит Европейскому руководству по ведению пациентов с инфекцией, вызванной *C. trachomatis*, а также ломефлоксацин, отсутствующий во всех других рекомендациях и протоколах ведения больных).

Джозамицин указан и в Европейском руководстве по ведению пациентов с инфекцией, вызванной *C. trachomatis*, в качестве альтернативного препарата, и во всех без исключения российских рекомендациях (в Клинических рекомендациях Российского общества акушеров и гинекологов (2009), Клинических рекомендациях Российского общества дерматовенерологов

Таблиця 1. **Современные международные рекомендации по выбору антимикробного препарата для терапии хламидийной инфекции**

Рекомендации по лечению заболеваний, передающихся половым путем, центров по контролю и профилактике заболеваний США (2010 г.) [81]	Европейское руководство по ведению пациентов с инфекцией, вызванной <i>C. trachomatis</i> (2010 г.) [50]
Лечение хламидийного цервицита у небеременных	
<i>Основные режимы лечения (препараты выбора)</i>	
Азитромицин 1 г внутрь однократно <i>или</i> Доксициклин 100 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней	
<i>Альтернативные режимы терапии</i>	
Эритромицина основание 500 мг 4 раза в сутки 7 дней <i>или</i> Эритромицина этилсукцинат 800 мг 4 раза в сутки 7 дней <i>или</i> Левифлоксацин 500 мг 1 раз в сутки 7 дней <i>или</i> Офлоксацин 300 мг 2 раза в сутки 7 дней	Джозамицин 500–1000 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней <i>или</i> Курс лечения другим макролидом в соответствующих дозировках
Лечение хламидийного цервицита у беременных	
<i>Основные режимы лечения (препараты выбора)</i>	
Азитромицин 1 г внутрь однократно <i>или</i> Амоксициллин 500 мг 3 раза в сутки 7 дней	Азитромицин 1 г внутрь однократно
<i>Альтернативные режимы терапии</i>	
Эритромицин по 500 мг 4 раза в сутки внутрь 7 дней <i>или</i> Эритромицин по 250 мг 4 раза в сутки внутрь 14 дней <i>или</i> Эритромицина этилсукцинат по 800 мг 4 раза в сутки внутрь 7 дней <i>или</i> Эритромицина этилсукцинат по 400 мг 4 раза в сутки внутрь 14 дней	Амоксициллин 500 мг 4 раза в сутки 7 дней Эритромицин не рекомендуется

(2010) в качестве препарата выбора и в протоколах по ведению больных с урогенитальной хламидийной инфекцией (2011) в качестве альтернативного препарата) (табл. 2).

В табл. 3 представлены результаты исследований эффективности использования джозамицина при урогенитальной хламидийной инфекции.

Относительно терапии хламидийной инфекции у беременных пациенток, то и в Рекомендациях по лечению заболеваний, передаваемых половым путем, центров по контролю и профилактике заболеваний США (2010), и в Европейском руководстве по ведению пациентов с инфекцией, вызванной *C. trachomatis*, основным препаратом указан азитромицин, также используются амоксициллин и эритромицин (см. табл. 1) [50, 81].

Принципиальными отличиями российских схем лечения (табл. 4) являются (1) рекомендации по использованию 16-членных макролидов

джозамицина и спирамицина, отсутствующих в Европейском руководстве по ведению беременных пациенток с хламидийной инфекцией (в США препараты не зарегистрированы), (2) рекомендации по более длительному лечению (10-дневные курсы джозамицина и спирамицина).

В настоящее время для лечения урогенитального хламидиоза во время беременности используется **азитромицин**. Первые сведения о возможности применения азитромицина при хламидийной инфекции у беременных получены еще в 1996 г., когда в сравнительном исследовании было установлено, что по клинической и бактериологической эффективности при цервиците, вызванном *C. trachomatis*, 1 г азитромицина однократно не уступает эритромицину, назначаемому в дозе 500 мг 4 раза в сутки в течение 10 дней. Различия между группами по исходу беременности не выявлены [68, 69].

Для подтверждения эффективности и безопасности применения азитромицина для лече-

Таблица 2. Современные российские рекомендации по выбору АМП для терапии хламидийной инфекции у небеременных пациенток

Клинические рекомендации Российского общества акушеров и гинекологов (2009) [8]	Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов. Инфекции, передающиеся половым путем. Хламидийная инфекция (2010) [15]	Протокол ведения больных с урогенитальной хламидийной инфекцией (2011) [13]
Основные режимы лечения (препараты выбора)		
Азитромицин 1,0 г внутрь однократно <i>или</i> Доксициклин 100 мг (первый прием 200 мг) внутрь 2 раза в сутки в течение 7–10 дней <i>или</i> Джозамицин внутрь 1 г однократно, затем по 500 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней	Доксициклин 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней <i>или</i> Азитромицин 1,0 г внутрь однократно <i>или</i> Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней <i>или</i> Спирамицин 3 млн ЕД внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней	Доксициклин 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней <i>или</i> Азитромицин 1,0 г внутрь однократно
Альтернативные режимы терапии		
Эритромицин внутрь по 500 мг 4 раза в сутки в течение 10 дней <i>или</i> Спирамицин внутрь по 3 000 000 ЕД 3 раза в сутки в течение 10 дней <i>или</i> Офлоксацин внутрь по 200 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней <i>или</i> Рокситромицин внутрь по 150 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней <i>или</i> Ломефлоксацин внутрь по 600 мг 1 раз в сутки в течение 7–10 дней <i>или</i> Кларитромицин внутрь по 250 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней	Офлоксацин 300 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней <i>или</i> Левифлоксацин 500 мг внутрь 1 раз в сутки 7 дней	Офлоксацин 300 мг внутрь 2 раза в сутки 7 дней <i>или</i> Эритромицин 500 мг внутрь 4 раза в сутки 7 дней <i>или</i> Эритромицин 250 мг внутрь 4 раза в сутки 14 дней <i>или</i> Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки 7 дней

ния хламидийной инфекции во время беременности при поддержке центров по контролю за заболеваниями (Centers for Disease Control and Prevention — CDC) в США инициировано ретроспективное когортное исследование. Анализ результатов лечения 277 беременных с хламидийной инфекцией показал, что эффективность азитромицина в этой популяции составила 97 %, амоксициллина — 95 %, эритромицина — 64 %. Таким образом, в данном исследовании эффективность азитромицина была достоверно ($p < 0,0001$) выше, чем эритромицина. Различия в исходе беременности (как в отношении самих пациенток, так и потомства) при лечении указанными препаратами не выявлены [63].

На основании результатов данного исследования в 2006 г. впервые в руководстве CDC по лечению ИППП азитромицин (1 г внутрь однократно) наряду с амоксициллином (по 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней) стал рассматриваться в качестве препарата выбора для лечения хламидийной инфекции у беременных [51].

По данным метаанализа 8 рандомизированных контролируемых исследований [20, 26, 36,

42, 44, 45, 65, 78], в которых сравнивали эффективность и безопасность применения однократной дозы азитромицина (1 г) с эритромицином или амоксициллином при хламидийной инфекции у беременных [61], азитромицин по эффективности не уступал 7-дневным курсам лечения препаратами сравнения (отношение шансов 1,45 в популяции пациенток, пригодных для клинической оценки, $n = 344$). В то же время в сравнении с лечением эритромицином применение азитромицина сопровождалось достоверно меньшей частотой нежелательных реакций со стороны пищеварительной системы (отношение шансов 0,11), а также достоверно более редким преждевременным прекращением участия пациенток в исследовании (отношение шансов 0,12) и лучшей комплаентностью (отношение шансов 23,7) [61].

В систематическом Кокрановском обзоре, включавшем 11 рандомизированных контролируемых исследований, была проанализирована эффективность применения эритромицина, амоксициллина, азитромицина и клиндамицина у беременных с хламидийной инфекцией. На

Таблиця 3. Исследования по изучению эффективности джозамицина в лечении урогенитальной хламидийной инфекции у женщин

Авторы, год исследования	Дизайн исследования	Количество и характеристика пациентов	Режим дозирования исследуемых препаратов	Основные результаты
Lucisano A. и соавт., 1989 [52] Primiero F.M. и соавт., 1989 [62] Fedele L. и соавт., 1989 [38]	Нет данных	Нет данных	Нет данных	Нет данных
De Pupzio C. и соавт., 1992 [34]	Ретроспективное	38 женщин с урогенитальной инфекцией, вызванной <i>C. trachomatis</i>	Не указан	У 92,1 % пациенток получены отрицательные результаты ИФА после лечения
Colombo U. и соавт., 1998 [32]	Сравнительное	30 пациенток обоих полов: 15 — в группе рокитамидина, 15 — в группе джозамицина (9 женщин в возрасте 21—43 года с урогенитальной инфекцией, вызванной <i>C. trachomatis</i> и/или <i>M. hominis</i>)	Рокитамидин 400 мг 2 раза в сутки 14 дней Джозамицин 500 мг 3 раза в сутки 14 дней	Микробиологическая эффективность — 93 % в каждой группе
Потекаев Н.С., 2000 [12]	Сравнение различных доз джозамицина	35 пациенток	500 мг 2 раза в сутки 12 дней	Нет данных
Минкевич К.В. и соавт., 2001 [11]	Несравнительное	7 пациенток	500 мг 3 раза в сутки 10 дней	Нет данных
Малова И.О., 2004 [10]	Несравнительное	76 пациенток с урогенитальной инфекцией (33 беременные)	500 мг 3 раза в сутки 10 дней	Нет данных
Малова И.О., 2004 [10]	Несравнительное	112 женщин репродуктивного возраста со смешанной хламидийно-микоплазменной инфекцией мочевого канала	500 мг 2 раза в сутки 10—15 дней	Микробиологическая эффективность: <i>C. trachomatis</i> — 95,5 %, <i>U. urealyticum</i> — 91,8 %, <i>M. genitalium</i> — 100 %, <i>M. hominis</i> — 93,6 %
Васильев М.М. и соавт., 2005 [2]	Несравнительное	125 женщин в возрасте 18—48 лет с урогенитальной инфекцией, вызванной <i>C. trachomatis</i> : 67 пациенток с хламидийной инфекцией нижних отделов мочеполовой системы (1 группа) и 58 пациенток с хламидийной инфекцией верхних отделов мочеполовой системы (2 группа)	Первая доза 1000 мг, затем по 500 мг 2 раза в сутки 10 дней	Эффективность лечения составила 98 % в каждой группе
Клянская Е.С. и соавт., 2009 [7]	Несравнительное	37 пациенток (30 мужчин и 7 женщин) в возрасте 18—45 лет	500 мг 2 раза в сутки 14 дней	Эффективность лечения — 100 %
Кузнецов А.В. и соавт., год исследования не указан [9]	Несравнительное	32 пациента (24 мужчины и 8 женщин) в возрасте 19—38 лет с урогенитальным хламидиозом	500 мг 3 раза в сутки 14 дней	Эффективность через 3 нед после окончания курса лечения — 100 %, через 2 мес хламидии обнаружены у 2 пациенток (6,3 %), не исключено повторное заражение

Таблиця 4. **Современные рекомендации по выбору АМП для терапии хламидийной инфекции во время беременности**

Клинические рекомендации Российского общества акушеров и гинекологов (2009) [8]	Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов. Инфекции, передающиеся половым путем. Хламидийная инфекция. Лечение беременных (2010) [15]	Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии (2010) [14]	Протокол ведения больных с урогенитальной хламидийной инфекцией. Лечение урогенитальной хламидийной инфекции в период беременности и лактации (2011) [13]
<p>Препараты выбора Эритромицин 500 мг внутрь 4 раза в сутки 7–10 дней Амоксициллин 500 мг внутрь 3 раза в сутки 7–10 дней Джозамицин 500 мг внутрь 2 раза в сутки 10 дней</p> <p>Альтернативные препараты Азитромицин 1,0 г внутрь однократно Спирамицин 3 000 000 ЕД внутрь 3 раза в сутки 10 дней</p>	<p>Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней <i>или</i> Азитромицин 1,0 г внутрь однократно <i>или</i> Спирамицин 3 млн ЕД 3 раза в сутки в течение 10 дней <i>или</i> Амоксициллин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7 дней</p>	<p>Препараты выбора Амоксициллин 500 мг внутрь 3 раза в сутки 7 дней <i>или</i> Джозамицин 750 мг внутрь 2 раза в сутки 7 дней <i>или</i> Азитромицин 1,0 г внутрь однократно <i>или</i> Эритромицина основание 500 мг внутрь 4 раза в сутки 7 дней</p> <p>Альтернативные препараты Эритромицина основание 250 мг внутрь 4 раза в сутки 14 дней <i>или</i> Эритромицин этилсукцинат 800 мг внутрь 4 раза в сутки 7 дней <i>или</i> Эритромицин этилсукцинат 400 мг внутрь 4 раза в сутки 14 дней</p>	<p>Азитромицин 1 г внутрь однократно <i>или</i> Амоксициллин 500 мг 4 раза в сутки 7 дней</p>

основании результатов авторы указали, что показатель микробиологической эффективности (эрадикация возбудителя, свидетельствующая об отсутствии риска заболевания новорожденного или матери) составил около 90 % для всех исследованных антибиотиков [25].

Указанный во всех рекомендациях **эритромицин** характеризуется достаточно высокой эффективностью при урогенитальном хламидиозе во время беременности (72–95 %) [27, 61], однако у 30–50 % пациенток [61] (а в одном исследовании у всех беременных [26]) отмечены нежелательные реакции со стороны пищеварительной системы, что нередко приводило к отказу от приема этого препарата. Амоксициллин отличается лучшей переносимостью (частота нежелательных реакций составляет 1,5–12,8 %) и приемлемой эффективностью, которая варьирует от 58–80 % [61] до 85–99 % [22, 54]. В то же время необходимость длительного многократного приема эритромицина и амоксициллина может существенно снижать комплаентность пациенток [61]. Кроме этого, в недавних исследованиях выявлено тератогенное действие эритромицина — у детей, чьи матери принимали эритромицин на ранних сроках беременнос-

ти (3546 детей), отмечался повышенный риск возникновения врожденных аномалий развития (отношение шансов 1,24). Увеличение риска было обусловлено повышением частоты возникновения аномалий сердечно-сосудистой системы (отношение шансов — 1,92). Кроме того, установлено повышение риска возникновения пилоростеноза у новорожденных, матери которых принимали эритромицин на ранних сроках беременности (относительный риск — 3,0) [46].

Джозамицин является весьма популярным препаратом в лечении хламидийной урогенитальной инфекции у беременных пациенток в России. В российских рекомендациях джозамицин рассматривается как препарат выбора для лечения хламидийной инфекции при беременности (см. табл. 4) [8, 14, 15]. В рекомендациях Российского общества дерматовенерологов на первом месте по значимости стоит джозамицин, назначаемый по 500 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней, в то время в Клинических рекомендациях Российского общества акушеров и гинекологов в списке рекомендуемых препаратов джозамицин занимает лишь третью позицию, но назначается по 500 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней.

В руководстве «Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии» уже предложено назначать джозамицин по 750 мг 2 раза в сутки 7 дней, хотя в такой дозировке препарат отсутствует в РФ, а таблетки по 500 мг не подлежат делению [6].

В 2001 г. изданы Европейские рекомендации по лечению хламидийной инфекции (European Guideline for management of chlamydial infection, 2001), в которых в качестве рекомендованных режимов лечения указаны эритромицин по 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 7 дней, или амоксициллин по 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней, или джозамицин по 750 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней. Альтернативные режимы включали назначение эритромицина по 250 мг внутрь, 4 раза в сутки в течение 14 дней или азитромицина 1 г внутрь однократно [56, 70]. На основании этих рекомендаций в инструкции к джозамицину внесены слова: «Европейское отделение ВОЗ рекомендует джозамицин в качестве препарата выбора при лечении хламидийной инфекции у беременных женщин» [17].

Включение джозамицина в российские рекомендации по лечению хламидийной инфекции у беременных женщин базируется на российских исследованиях, в которых была показана высокая эффективность джозамицина при хламидиозе у беременных (90–100 %) [1, 19, 33].

Спирамицин отсутствует в международных рекомендациях по терапии хламидийной инфекции у беременных, однако рекомендуется российскими руководствами (в Клинических рекомендациях Российского общества дерматовенерологов — в качестве одного из препаратов выбора, в Клинических рекомендациях Российс-

кого общества акушеров и гинекологов — как альтернативный препарат) [8, 15]. В базе данных Национальной медицинской библиотеки США Medline содержится более 100 публикаций по применению спирамицина во время беременности, однако большинство из них посвящено лечению токсоплазмоза [29, 30, 37, 47, 67]. Только одно исследование, представленное в базе данных Medline, продемонстрировало эффективность спирамицина (в дозе 3000000 МЕ 2 раза в сутки в течение 14 дней) у взрослых пациентов с хламидийной инфекцией; частота излечения при применении спирамицина составила 98 % (125/128 пациентов), но беременные в данном исследовании участия не принимали [35]. Исследования, выполненные российскими специалистами [3, 16] (за единственным исключением [5]), представляли собой «опыт клинического применения спирамицина» и включали небольшое количество беременных, что на данный момент не позволяет полностью аргументировать использование спирамицина при этой нозологической форме.

Заключение

В настоящий момент согласно российским и зарубежным руководствам наиболее эффективными антимикробными препаратами, применяемыми для лечения урогенитальной хламидийной инфекции у небеременных пациенток, являются азитромицин, джозамицин и доксициклина моногидрат. Для терапии беременных пациенток с данной патологией наиболее оптимальными препаратами с точки зрения безопасности и эффективности лечения, рекомендуемыми и зарубежными, и российскими руководствами, являются азитромицин и джозамицин.

Список литературы

- Берлев И.В., Тестова Г.В. Лечение урогенитального хламидиоза у беременных // Инфекции в хирургии.— 2003.— № 1.— С. 4.
- Васильев М.М., Наволоцкая Т.И. и др. Применение джозамицина (вильпрафена) у женщин с хламидийной инфекцией нижних и верхних отделов мочеполового тракта // Вестн. дерматол. и венерол.— 2005.— № 3.— С. 78–80.
- Глазкова Л.К., Герасимова Н.М. Терешина Л.П. Опыт клинического применения ровамицина в терапии беременных с урогенитальной хламидийной инфекцией // Вестн. дерматол. и венерол.— 1997.— № 5.— С. 75–76.
- Евсюкова Н.Н., Кошелева Н.Г., Башлякова М.М. Хламидийная инфекция в акушерстве и перинатологии.— СПб, 1995.
- Качалина Т.С., Каткова Н.Ю. Выбор препарата для антибактериальной терапии хламидийной, микоплазменной и уреаплазменной инфекций у беременных // Вестн. Рос. ассоциации дерматовенерол.— 2001.— № 2.— С. 76–80.
- Кисина В.И. Отечественная и международная практика лечения хламидийной инфекции у беременных с позиции доказательной медицины // Гинекология.— 2010.— № 4.— С. 8–13.
- Киянская Е.С., Савицкая И.Л., Хамандяк Ю.В. и соавт. Опыт применения джозамицина (вильпрафена) в лечении хламидийных и смешанных инфекций урогенитального тракта / Тез. 2-го Форума медицины и красоты НАДК.— М., 2009.
- Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Под ред. Г.М. Савельевой, В.Н. Серова, Г.Т. Сухих. 3-е изд., испр. и доп.— М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.— С. 703–710.
- Кузнецов А.В., Соколов Г.Н., Соколовский Е.В. К вопросу о применении вильпрафена в лечении урогенитального хламидиоза. Available from: http://www.medicus.ru/?cont=article&art_id=413.
- Малова И.О. Вильпрафен в лечении смешанной хламидийно-микоплазменной инфекции урогенитального тракта у женщин репродуктивного возраста // Вестн. дерматол. и венерол.— 2004.— № 3.— С. 69–72.
- Минкевич К.В., Зайцев А.А. Применение макролида нового поколения вильпрафена для лечения генитального хламидиоза у женщин // Акуш. и гинекол.— 2001.— № 8.— С. 14–18.
- Потекаев Н.С. Джозамицин (вильпрафен) в терапии урогенитального хламидиоза // Вестн. дерматол. и венерол.— 2000.— № 1.— С. 48–50.
- Протокол ведения больных «Инфекции, передаваемые

- половым путем. Урогенитальная хламидийная инфекция» / Под ред. В.И. Кисиной.— М.: Ньюдиамед, 2011.— С. 164—191.
14. Рациональная фармакотерапия в акушерстве, гинекологии и неонатологии / Под ред. В.Н. Серова, Г.Т. Сухих.— М.: Литтерра, 2010.— 764 с.
 15. Российское общество дерматовенерологов. Инфекции, передаваемые половым путем. Клинические рекомендации. Дерматовенерология / Под ред. А.А. Кубановой.— М.: ДЭКС-Пресс.— 2010.— С. 413—425.
 16. Савичева А.М., Башмакова М.А. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия.— М.: Медицинская книга, 1998.— С. 65—87.
 17. Справочник Видаль «Лекарственные препараты в России» 2011 г. Вильпрафен. http://www.vidal.ru/poisk_preparatov/wilprafen.htm.69.
 18. Хрянин А.А., Решетников О.В. Макролиды в лечении хламидийной инфекции у беременных (эффективность, безопасность, экономичность) // Рус. мед. журнал.— 2008.— № 16 (1).— С. 23—27. http://www.rmj.ru/articles_5770.htm.
 19. Юцковский А.Д., Юцковская Я.А., Ивашков Е.А. К проблеме урогенитальных инфекций у беременных: опыт лечения вильпрафеном // Рос. журн. кожн., венер. болезней.— 2002.— № 6.— С. 67—70.
 20. Adair C.D., Gunter M., Stovall T.G. et al. Chlamydia in pregnancy: a randomized trial of azithromycin and erythromycin // *Obstet. Gynecol.*— 1998.— Vol. 91.— P. 165—168.
 21. Adimora A.A. Treatment of uncomplicated genital Chlamydia trachomatis infections in adults // *Clin. Infect. Dis.*— 2002.— Vol. 35.— S183—S186.
 22. Alary M., Loeys J.R., Moutquih J.M. et al. Randomized prospective study comparing erythromycin and amoxicillin in the treatment of genital chlamydial infection in pregnancy // *Lancet.*— 1994.— Vol. 344.— P. 1461—1465.
 23. Andrews W.W., Goldenberg R.L., Mercer B. et al. The Preterm Prediction Study: association of second-trimester genitourinary Chlamydia infection with subsequent spontaneous preterm birth // *Am. J. Obstet. Gynecol.*— 2000.— Vol. 183.— P. 662—668.
 24. Baud D., Regan L., Greub G. Emerging role of Chlamydia and Chlamydia-like organisms in adverse pregnancy outcomes // *Curr. Opin. Infect. Dis.*— 2008.— Vol. 21.— P. 70—76.
 25. Brocklehurst P., Rooney G. Interventions for treating genital chlamydia trachomatis infection in pregnancy (Cochrane Review) / The Cochrane Library, Issue 3, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. 61.
 26. Bush M.R., Rosa C. Azithromycin and erythromycin in the treatment of cervical chlamydial infection during pregnancy // *Obstet. Gynecol.*— 1994.— Vol. 84.— P. 61—63.
 27. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases // *MMWR.*— 2002.— Vol. 51 (6).— 84 p.
 28. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines 2006 // *MMWR.*— 2006.— Vol. 55, (N RR—11).— 94 p.
 29. Charles P., Stumpf P., Buffet P. et al. Two unusual glandular presentations of tick-borne tularemia // *Med. Mal. Infect.*— 2008.— Vol. 8 (3).— P. 159—161.
 30. Chen M.Y., Fairley C.K., De Guingand D. et al. Screening pregnant women for chlamydia: what are the predictors of infection? // *Sex Transm. Infect.*— 2009.— Vol. 85 (1).— P. 31—35. Epub. 2008, Aug. 15.
 31. Cohen I., Veille J.C., Calkins B.M. Improved pregnancy outcome following successful treatment of chlamydial infection // *JAMA.*— 1990.— Vol. 263.— P. 3160—3163.
 32. Colombo U., Pifarotti G., Amidani M., Viezzoli T., Pifarotti P. Roxithamycin in the treatment of female genital Chlamydia and Mycoplasma infections. Comparative study vs josamycin // *Minerva Ginecol.*— 199.— N 50 (11).— P. 491—497.
 33. Czeizel A.E., Rockenbauer M., Olsen J., Sorensen H.T. A case-control teratological study of spiramycin, roxithromycin, oleandomycin and josamycin // *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*— 2000.— Vol. 79 (3).— P. 234—237.
 34. De Punzio C., Neri E., Metelli P., Bianchi M.S., Campa M., Fioretti P. Epidemiology and therapy of Chlamydia trachomatis genital infection in women // *J. Chemother.*— 1992.— Vol. 4 (3).— P. 163—166.
 35. Dylewski J., Clecner B., Dubois J. et al. Comparison of spiramycin and doxycycline for treatment of Chlamydia trachomatis genital infections. // *Antimicrob. Agents Chemother.*— 1993.— Vol. 37 (6).— P. 1373—1374.
 36. Edwards M.S., Newman R.B., Carter S.G. et al. Randomized clinical trial of azithromycin vs erythromycin for the treatment of Chlamydia cervicitis in pregnancy // *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.*— 1997.— Vol. 4.— P. 333—337.
 37. Fedele L., Acaia B., Marchini M. et al. Treatment of Chlamydia trachomatis endometritis with josamycin // *J. Chemother.*— 1989.— Vol. 1 (Suppl. 4).— P. 911—912.
 38. Fedele L., Acaia B., Marchini M., Grassi R., Benzi-Cipelli R., Bonino S. Treatment of Chlamydia trachomatis endometritis with josamycin // *J. Chemother.*— 1989.— Vol. 1 (Suppl. 4).— P. 911—912.
 39. Feinberg E.C., Larsen F.W., Catherino W.H., Zhang J., Armstrong A.Y. Comparison of assisted reproductive technology utilization and outcomes between Caucasian and African American patients in an equal-access-to-care setting // *Fertil. Steril.*— 2006.— Vol. 85.— P. 888—894.
 40. Fiest A., Sydler T., Gebbers S.S. et al. No association of Chlamydia with abortion // *J. Soc. Med.*— 1999.— Vol. 92 (5).— P. 237—238.
 41. Golden M.R., Whittington W.L., Handsfield H.H. et al. Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhoea or chlamydial infection // *N. Engl. J. Med.*— 2005.— Vol. 352.— P. 676—685.
 42. Gunter M.E., Adair C.D., Ernest J.M., McElroy G. Azithromycin powder versus erythromycin in the treatment of chlamydial cervicitis in pregnancy // *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.*— 1996.— Vol. 4.— P. 53.
 43. Haggerty C., Gottlieb S., Taylor B. et al. Risk of sequelae after Chlamydia trachomatis genital infection in women // *J. Infect. Dis.* 2010.— Vol. 201 (Suppl. 2).— P. S134—155.
 44. Jacobson G.F., Autry A.M., Kirby R.S. et al. A randomized controlled trial comparing amoxicillin and azithromycin for the treatment of Chlamydia trachomatis in pregnancy // *Am. J. Obstet. Gynecol.*— 2001.— Vol. 184.— P. 1352—1354.
 45. Kacmar J., Cheh E., Montagno A., Peipert J.F. A randomized trial of azithromycin versus amoxicillin for the treatment of Chlamydia trachomatis in pregnancy // *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.*— 2001.— Vol. 9.— P. 197—202.
 46. Kallen B.A.J., Otterblad Olausson P., Danielsson B.R. Is erythromycin therapy teratogenic in humans? // *Reprod. Toxicol.*— 2005.— Vol. 20.— P. 209—214.
 47. Khrianin A.A., Reshetnikov O.V. Is it safe to use josamycin in the obstetrics practice in Russia? // *Antibiot. Khimioter.*— 2007.— Vol. 52 (7—8).— P. 32—36.
 48. Kovacs L., Nagy E., Berbik I. et al. The frequency and the role of Chlamydia trachomatis infection in premature labor // *Int. J. Gynaecol. Obstet.*— 1998.— Vol. 62.— P. 47—54.
 49. Land J.A., Van Bergen J.E. A.M., Morre S.A., Postma M.J. Epidemiology of Chlamydia trachomatis infection in women and the costeffectiveness of screening // *Human Reproduction Update.*— 2010.— Vol. 16 (2).— P. 189—204.
 50. Lanjouw E., Ossewaarde J.M., Stary A. et al. 2010 European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections // *Int. J. STD AIDS.*— 2010.— Vol. 21 (11).— P. 729—737.
 51. Lau C.Y., Qureshi A.K. Azithromycin versus doxycycline for genital chlamydial infections: a meta-analysis of randomized clinical trials // *Sex. Transm. Dis.*— 2002.— Vol. 29, N 9.— P. 497—502.
 52. Lucisano A., Vitale A.M., Cinque B. et al. Josamycin in the treatment of chlamydial genital infections in infertile women // *J. Chemother.*— 1989.— Vol. 1 (Suppl. 4).— P. 906—908.
 53. Macaluso M., Wright-Schnapp T.J., Chandra A. et al. A public health focus on infertility prevention, detection, and management // *Fertil. Steril.*— 2010.— Vol. 93.— P. 16e1—10.
 54. Magat A.H., Alger L.S., Nagey D.A. et al. Double-blinded

- randomized study comparing amoxicillin and erythromycin for treatment of Chlamydia trachomatis in pregnancy // *Obstet. Gynecol.*—1993.— Vol. 81.— P. 745–749.
55. Miller J.M., Martin D.H. Treatment of Chlamydia trachomatis infections in pregnant women // *Drugs.*— 2000.— Vol. 60 (3).— P. 597–605.
 56. Miller Jr. J.M. Efficacy and tolerance of single-dose azithromycin for treatment of chlamydial cervicitis during pregnancy // *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.*— 1995.— Vol. 3.— P. 189–192.
 57. Mullick S., Watson-Jones D., Beksinska M. et al. Sexually transmitted infections in pregnancy: prevalence, impact on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries // *Sex. Trans. Infect.*— 2005.— Vol. 81.— P. 294–302.
 58. No authors listed. CDC Grand Rounds: Chlamydia // *Morb. Mortal. Wkly Rep.*— 2011.— Vol. 60 (12).— P. 370–373.
 59. Oakeshott P., Kerry S., Aghaizu A. et al. Randomised controlled trial of screening for Chlamydia trachomatis to prevent pelvic inflammatory disease: the POPI (prevention of pelvic infection) trial // *BMJ.*— 2010.— Vol. 340.— P. 1642.
 60. Peipert J.F. Genital chlamydial infections // *N. Engl. J. Med.*— 2003.— Vol. 349.— P. 2424–2430.
 61. Pitsouni E., Iavazzo C., Athanasiou S., Falagas M.E. Single-dose azithromycin versus erythromycin or amoxicillin for Chlamydia trachomatis infection during pregnancy: a meta-analysis of randomised controlled trials // *Int. J. Antimicrob. Agents.*— 2007.— Vol. 30 (3).— P. 213–221.
 62. Primiero F.M., Caruso G., Grottanelli F. et al. Josamycin in the treatment of Chlamydia trachomatis cervicitis // *J. Chemother.*— 1989.— Vol. 1 (Suppl. 4).— P. 909–910.
 63. Rahangdale L., Guerry S., Bauer H.M. et al. An observational cohort study of Chlamydia trachomatis treatment in pregnancy // *Sex. Transm. Dis.*— 2006.— Vol. 33.— P. 106–110.
 64. Rastogi S., Kapur S., Salhan S. et al. Chlamydia trachomatis infection in pregnancy: Risk factor for an adverse outcome // *Brit. J. Biomed. Sci.*— 1999.— Vol. 56.— P. 94–98.
 65. Rosenn M.F., Macones G.A., Silverman N.S. Randomized trial of erythromycin and azithromycin for treatment of chlamydial infection in pregnancy // *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.*— 1996.— Vol. 3.— P. 241–244.
 66. Schillinger J.A., Kissinger P., Calvet H. et al. Patient-delivered partner treatment with azithromycin to prevent repeated Chlamydia trachomatis infection among women: a randomized, controlled trial // *Sex. Transm. Dis.*— 2003.— Vol. 30.— P. 49–56.
 67. See H., Lachenaud J., Alberti C. et al. Outcome of very preterm infants with Mycoplasma/Ureaplasma airway colonization treated with josamycin // *Acta Paediatr.*— 2010.— Vol. 99 (4).— P. 625–626.
 68. Simunic V., Vrcic H., Culig J. et al. Single dose of azithromycin in the treatment of sexually transmitted disease in infertile and pregnant women / *The 3rd International Conference on the Macrolides, Azalides and Streptogramins.*— Lisbon, 1996: abstr. 2.
 69. Öltz SzötsSöltz-Szöts J., Schneider S., Niebauer B. et al. Significance of the dose of josamycin in the treatment of chlamydia infected pregnant patients // *Z. Hautkr.*— 1989.— Vol. 64 (2).— P. 129–131.
 70. Stary A.; European Branch of the International Union against Sexually Transmitted Infection and the European Office of the World Health Organization. European guideline for the management of chlamydial infection // *Int. J. STD AIDS.*— 2001.— Vol. 12 (Suppl. 3).— P. 30–33.
 71. STDs & Pregnancy — CDC Fact Sheet. Available from: <http://www.cdc.gov/std/pregnancy/STDFact-Pregnancy.htm>.
 72. Sutton M., Sternberg M., Zaidi A. et al. Trends in pelvic inflammatory disease hospital discharges and ambulatory visits, United States, 1985–2001 // *Sex. Transm. Dis.*— 2005.— Vol. 32.— P. 778–784.
 73. US Preventive Services Task Force. Screening for chlamydial infection: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement // *Ann. Int. Med.*— 2007.— Vol. 147.— P. 128–134.
 74. Van Bergen JEAM, De Feijter E.M., Gotz H.M., CSI Netherlands 2007–2010: A Large Scale Internet Based Chlamydia Screening Implementation Programme. Seattle, USA: Abstractbook 17th ISSTD, 2007.
 75. Van de Laar M.J., Fontaine J. ECDC guidance on chlamydia control in Europe: next steps // *Euro Surveill.*— 2009.— Vol. 14 (26).— P. 19260.
 76. Van de Laar M.J., Morré S.A. Chlamydia: a major challenge for public health // *Euro Surveill.*— 2007.— Vol. 12 (10).— P. E1–2.
 77. Watson E.J., Templeton A., Russell I. et al. The accuracy and efficacy of screening tests for Chlamydia trachomatis: a systematic review // *J. Med. Microbiol.*— 2002.— Vol. 51.— P. 1021–1031.
 78. Wehbeh H.A., Ruggeirio R.M., Shahem S. et al. Single-dose azithromycin for Chlamydia in pregnant women // *J. Reprod. Med.*— 1998.— Vol. 43.— P. 509–514.
 79. WHO. Prevention and control of sexually transmitted infections: draft global strategy, 2006. Available from: http://www.who.int/reproductive-health/docs/stis_strategy.pdf.
 80. Wilson J.S., Honey E., Templeton A. et al. for the EU Biomed Concerted Action Group. A systematic review of the prevalence of Chlamydia trachomatis among European women // *Hum. Reprod. Update.*— 2002.— Vol. 28.— P. 385–394.
 81. Workowski K.A., Berman S.; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010 // *MMWR Recomm Rep.*— 2010.— Vol. 59 (RR-12).— P. 1–10.

О.О. Хрянін

ДБОУ ВПО «Новосибірський державний медичний університет» Міністерства охорони здоров'я Росії
РГО «Асоціація акушерів-гінекологів та дерматовенерологів», Новосибірськ, Росія

Тактика ведення пацієнтів з урогенітальною хламідійною інфекцією відповідно до сучасних зарубіжних рекомендацій

У статті представлено дані про сучасні підходи до лабораторної діагностики та лікування урогенітальної хламідійної інфекції у жінок. Згідно з російськими і закордонними рекомендаціями, найбільш ефективними антимікробними препаратами в лікуванні урогенітальної хламідійної інфекції у невагітних пацієнок є азитроміцин, джозаміцин і доксицикліну моногідрат. Для терапії вагітних з цією патологією найбільш оптимальними препаратами з точки зору безпеки та ефективності лікування є азитроміцин і джозаміцин.

Ключові слова: урогенітальна хламідійна інфекція, жінки, доксицикліну моногідрат, азитроміцин, джозаміцин.

O.O. Khryanin

Novosibirsk State Medical University, Ministry of Health of Russia

Association of Obstetricians-gynecologists and Dermatovenerologists, Novosibirsk, Russia

Clinical management of patients with urogenital chlamydial infection in accordance with modern international recommendations

The article presents data on new approaches to laboratory diagnosis and treatment of urogenital chlamydial infection in women. According to Russian and foreign recommendations, the most effective antimicrobial drugs in the treatment of urogenital chlamydial infection in non-pregnant patients are azithromycin, josamycin and doxycycline monohydrate. For the treatment of pregnant women with this disease the most suitable drugs in terms of safety and efficacy of treatment are azithromycin and josamycin.

Key words: urogenital chlamydial infection, women, doxycycline monohydrate, azithromycin, josamycin.

Дані про автора:

Хрянин Алексей Алексеевич, д. м. н., проф. кафедры дерматовенерологии и косметологии
ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ России;
вице-президент РОО «Ассоциация акушеров-гинекологов и дерматовенерологов»
630099, Россия, г. Новосибирск, Главпочтамт, а/я № 221
E-mail: khryanin@mail.ru