

Потенциальные возможности современных лекарственных форм азитромицина в терапии хламидийной инфекции у женщин: экспертное мнение дерматовенеролога и медицинского юриста

А.А. Хрянин^{1,2,3}, <https://orcid.org/0000-0001-9248-8303>, khryanin@mail.ru

М.В. Радченко^{4,5}, <https://orcid.org/0009-0001-2711-0870>, mamarad@mail.ru

¹ Новосибирский государственный медицинский университет; 630091, Россия, Новосибирск, Красный проспект, д. 52

² Ассоциация акушеров-гинекологов и дерматовенерологов; 630004, Россия, Новосибирск, ул. Ленина, д. 55

³ Территориальный фонд обязательного медицинского страхования; 630099, Россия, Новосибирск, Красный проспект, д. 42А

⁴ Южно-Уральский государственный университет (Национальный исследовательский университет); 454080, Россия, Челябинск, проспект Ленина, д. 76

⁵ Южно-Уральский государственный медицинский университет; 454092, Россия, Челябинск, ул. Воровского, д. 64

Резюме

Chlamydia trachomatis – самая распространенная бактериальная инфекция, передаваемая половым путем (ИППП), в мире. В 2012 г. распространенность уrogenитальной хламидийной инфекции (УГХИ) среди женщин составляла 4,2%. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2020 г. в мире ежегодно регистрировалось около 129 млн новых случаев заражения *C. trachomatis*. Следует отметить, что в Российской Федерации в 2021 г. заболеваемость УГХИ составила 17,8 случая на 100 000 населения, что в 27,6 раза ниже официальных показателей заболеваемости в США (490,6 случая на 100 000 населения) за тот же период. Нелеченая УГХИ может приводить к развитию воспалительных заболеваний органов малого таза, а также цервицита и эндометрита, имеющих тенденцию к хронизации. УГХИ связана с самопроизвольным абортом, хориоамнионитом, преждевременным разрывом плодных оболочек, внематочной беременностью, преждевременными родами и мертворождением. Кроме того, хламидиоз повышает риск мужского и женского бесплодия. Авторы отмечают, что недообследование женщины с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом на ИППП на этапе прегравидарной подготовки может в последующем стать причиной диагностики перинатальной инфекции с неустановленным возбудителем. Лечение беременных с УГХИ проводится на любом сроке гестации с применением антибактериальных препаратов системного действия с учетом их влияния на плод. В настоящее время наиболее оптимальным препаратом для лечения УГХИ во время беременности является азитромицин. В статье проанализированы действующие клинические рекомендации и другие правовые акты, применимые в случаях диагностики и лечения хламидийной инфекции у женщин.

Ключевые слова: уrogenитальная хламидийная инфекция, женщины, беременность, воспалительные заболевания органов малого таза, лечение, азитромицин, Азитромицин ЭКСПРЕСС, антибиотики

Для цитирования: Хрянин АА, Радченко МВ. Потенциальные возможности современных лекарственных форм азитромицина в терапии хламидийной инфекции у женщин: экспертное мнение дерматовенеролога и медицинского юриста. *Медицинский совет*. 2026;20(4):96–102. <https://doi.org/10.21518/ms2026-118>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Potential for modern dosage forms of azithromycin in the treatment of chlamydial infection in women: An expert opinion from dermatovenerologist and medical lawyer

Aleksey A. Khryanin^{1,2,3}, <https://orcid.org/0000-0001-9248-8303>, khryanin@mail.ru

Margarita V. Radchenko^{4,5}, <https://orcid.org/0009-0001-2711-0870>, mamarad@mail.ru

¹ Novosibirsk State Medical University; 52, Krasny Ave., Novosibirsk, 630091, Russia

² Association of Obstetricians-Gynecologists and Dermatovenerologists; 55, Lenin St., Novosibirsk, 630004, Russia

³ Territorial Fund of Mandatory Medical Insurance; 42A, Krasny Ave., Novosibirsk, 630099, Russia

⁴ South Ural State University (National Research University); 76, Lenin Ave., Chelyabinsk, 454080, Russia

⁵ South Ural State Medical University; 64, Vorovskiy St., Chelyabinsk, 454092, Russia

Abstract

Chlamydia trachomatis is the most common bacterial sexually transmitted infection (STI) worldwide. In 2012, the prevalence of urogenital chlamydial infection (UGCI) among women was 4.2%. According to 2020 data released by the World Health Organization (WHO), approximately 129 million new *C. trachomatis* infections are reported annually worldwide. It should be noted

that in the Russian Federation, in 2021, the incidence rate of UGCI was 17.8 per 100,000 population, which is 27.6 times lower than the official incidence rate in the United States (490.6 per 100,000 population) for the same period. Untreated UGHI can lead to pelvic inflammatory diseases (PID), as well as cervicitis and endometritis, which have a tendency for transformation into chronicity. UGHI is associated with spontaneous abortion, chorioamnionitis, premature rupture of membranes, ectopic pregnancy, preterm labor, and stillbirth. Furthermore, chlamydia increases the risk of infertility in both men and women. The authors note that the failure to screen women with complicated gynecological/obstetric anamnesis for sexually transmitted infections (STIs) at the pregravid preparation stage may subsequently cause the diagnosis of a perinatal infection with an unidentified pathogen. Pregnant women with UGCI are treated at any gestation stage using systemic antibacterial agents with due account for their effects on the fetus. Currently, azithromycin is the best option for the treatment of UGCI during pregnancy. This article reviews current clinical guidelines and other legal acts applicable to the diagnosis and treatment of chlamydial infection in women.

Keywords: urogenital chlamydial infection, women, pregnancy, pelvic inflammatory disease, treatment, azithromycin, Azithromycin EXPRESS, antibiotics

For citation: Khryanin AA, Radchenko MV. Potential for modern dosage forms of azithromycin in the treatment of chlamydial infection in women: an expert opinion from dermatovenerologist and medical lawyer. *Meditsinskiy Sovet.* 2026;20(4):96–102. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2026-118>.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Инфекция *Chlamydia trachomatis* представляет собой глобальную проблему здравоохранения из-за серьезных последствий для репродуктивного здоровья, таких как воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), внематочная беременность и трубное бесплодие [1–5]. В 2012 г. распространенность уrogenитальной хламидийной инфекции (УГХИ) среди женщин составляла 4,2%. По официальным оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в 2020 г. в мире ежегодно регистрировалось около 129 млн новых случаев заражения *C. trachomatis* [2].

В Российской Федерации в 2021 г. заболеваемость УГХИ составила 17,8 случая на 100 000 населения, что в 27,6 раза ниже официальных показателей заболеваемости в США (490,6 случая на 100 000 населения) за тот же период [6].

При развитии симптомной УГХИ у женщин чаще всего возникает цервицит. В случае бессимптомного течения УГХИ может привести к поражению верхних отделов уrogenитального тракта и возникновению ВЗОМТ. Ежегодно в США диагностируется около 750 000 случаев ВЗОМТ. Как клинически диагностированные случаи ВЗОМТ, так и субклинические варианты поражения органов малого таза могут вызывать фиброз, образование рубцов и нарушение проходимости маточных труб, что нередко является причиной серьезных нарушений репродуктивной функции, включая трубное бесплодие, эктопическую беременность и развитие синдрома хронической тазовой боли [1–5].

При этом около 10–15% нелеченых случаев УГХИ приводят к клинически диагностируемым случаям ВЗОМТ, из которых около 15% могут стать причиной трубного бесплодия. Доля трубного бесплодия среди всех других видов бесплодия варьирует от 10 до 40%. Хламидийная инфекция является лидирующей предотвращаемой причиной трубного бесплодия. Прямые медицинские затраты на УГХИ, включая лабораторную диагностику и лечение бесплодия, вызванного *C. trachomatis*, составляют более 701 млн долларов ежегодно в мире [1–5].

Согласно официальным данным ВОЗ, частота обнаружения *C. trachomatis* у беременных колеблется в широких

пределах (от 2 до 37%), в среднем составляя 6–8% и достигая 70% у пациенток с хроническими ВЗОМТ и отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (ОАГА). При этом ежегодно в США у 100 000 беременных женщин диагностируется УГХИ [1–5].

Результаты научных исследований свидетельствуют о том, что наличие *C. trachomatis* в половых путях матери может повышать риск невынашивания беременности, мертворождения, преждевременных родов и преждевременного разрыва плодных оболочек, а также способствовать развитию эндометрита и сальпингита в послеродовом периоде и рождению детей с низкой массой тела. Установлено, что инфицирование *C. trachomatis* во время беременности приводит к задержке внутриутробного развития плода, а также повышает риск преждевременных родов [7–10].

Не подлежит сомнению, что наличие УГХИ 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 УГХИ, в первые 2 нед. жизни развивается конъюнктивит, а у 3–16% на 1–3-м мес. жизни – хламидийная пневмония [7–10].

ВОПРОСЫ ПРАВОВОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Всегда следует помнить о специфической нозологии при ОАГА. В первую очередь это клинические ситуации, которые свидетельствуют о высокой вероятности наличия УГХИ, например, в случае ее последующего верифицирования у плода или новорожденного даже если инфекция у матери не была диагностирована.

Необходимо обратить внимание специалиста на упоминание в анамнезе ранее перенесенной УГХИ либо наличия таковой у полового партнера, а также на важность их последующего совместного лечения. *Полагаем недопустимыми* врачебные назначения эмпирической антибиотикотерапии в период прегравидарной подготовки женщины при наличии у нее в анамнезе внутриутробных инфекционных заболеваний эмбриона, плода

и новорожденного без подтверждения этиологии, а также при наличии верифицированного патологоанатомического диагноза «плацентит», «децидуит», «хориоамнионит». В данном случае необходимо тщательное проведение лабораторной диагностики на ИППП как у пациентки, так и у ее полового партнера, с последующим направлением пары к врачу-дерматовенерологу.

Важно отметить, что отсутствие такой патологоанатомической морфологической верификации не следует переоценивать. Зачастую это обусловлено исключительно административными особенностями современной организации здравоохранения, прежде всего в отдаленных регионах и сельских районах, включая финансовые причины. Так, М.В. Радченко при выработке правовой позиции защиты медицинской организации при подаче пациентом гражданского иска в суд и, следовательно, тщательном изучении медицинской документации было замечено отсутствие патологоанатомического исследования последа. При этом в истории родов было указано, что послед был направлен на патологоанатомическое исследование. Оказалось, что в данной центральной районной больнице, не имеющей собственного специализированного отделения, имелась «кредиторская задолженность» перед сторонней организацией, осуществляющей патологоанатомические исследования. В связи с этим подрядная организация отказалась от дальнейшего оказания услуг «бесплатно», и все препараты, транспортированные в специальной емкости с формалином, были попросту утилизированы.

Оговоримся, что причиной подачи данного иска явилось нездоровье новорожденного. Родившийся в родильном отделении центральной районной больницы новорожденный с признаками внутриутробной инфекции был в 1-е сут. переведен в областной перинатальный центр, где был подтвержден диагноз «инфекция перинатального периода». Истица же полагала, что ее здорового новорожденного «заразили» в родильном доме. Безусловно, в данной ситуации исследование последа являлось необходимым.

Современное понятие об инфекции, специфичной для перинатального периода, содержится в клинических рекомендациях (КР) «Инфекция, специфичная для перинатального периода» [11]. Под данной разновидностью инфекций, согласно вышеуказанным КР, понимают «инфекционный процесс (воспаление), возникающий в различных органах и/или системах плода в период с 22 полной недели (154-го дня) или новорожденного по 7-е сутки включительно (168 часов) внеутробной жизни, при которой в организме внутриутробного плода и/или новорожденного ребенка произошли характерные для инфекционной болезни клинические и патоморфологические изменения, выявляемые антенатально или после рождения» [11].

Перинатальная инфекция может распространяться различными путями. Это зависит как от макроорганизма, так и от микроорганизма: гематогенно (трансплацентарно), амниотически, восходящим или нисходящим путем. С правовой точки зрения для установления причинно-следственной связи важно разграничивать перинатальную инфекцию, развившуюся постнатально, и врожденную инфекцию. В последнем случае принципиальным является

доказанное отношение инфекции к материнскому организму. Поэтому исследование последа должно быть проведено в обязательном порядке и на высоком профессиональном уровне. В идеале при определенных клинических ситуациях следует выполнять не только патоморфологическое, но и бактериологическое, и вирусологическое исследование последа.

Доказательства неверной врачебной тактики находят и исследует назначаемая судом судебно-медицинская экспертиза. Анализируется весь анамнез женщины. Пристальное внимание эксперты обращают на ранее перенесенные ею урогенитальные инфекции, критически оценивают методы лечения, систематизируют сведения о рецидивах заболевания и проведении контрольных исследований на этапе прегравидарной подготовки.

Отсутствие до настоящего времени легальных КР по прегравидарной подготовке для женщин с ОАГА и экстрагенитальными заболеваниями дает основание рассматривать любое обращение в женскую консультацию до момента наступления беременности не просто как явку к врачу, а как этап прегравидарной подготовки. Следовательно, к любому рутинному посещению врача женской консультации пациенткой фертильного возраста, у которой позднее наступила беременность, можно подойти с мерилем прегравидарной подготовки и констатировать те или иные недостатки оказания медицинской помощи. Своевременное непроведение лабораторной диагностики и отсутствие реакции врача на отклоняющиеся от нормы результаты обследования в дальнейшем позволяют установить причинно-следственную связь, пусть эвентуальную, между недостатками лечения и неблагоприятным исходом будущей беременности. К сожалению, современный порядок оказания медицинской помощи акцентирует внимание на вопросах прегравидарной подготовки лишь у женщин, которые ранее прервали свою беременность. Так, в соответствии с п. 173 приказа Министерства здравоохранения РФ от 19.12.2025 №747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» женщине проводится консультация по вопросам прегравидарной подготовки после искусственного прерывания беременности¹.

Зачастую только проведенная судебно-медицинская экспертиза указывает на специфические жалобы, на которые лечащий врач не обратил внимания и якобы «дал добро» на очень желанную беременность. При этом и женщина, и ее адвокат интерпретируют все без исключения явки к врачу задолго до беременности как прегравидарную подготовку, которая была осуществлена ненадлежащим образом без учета имеющегося анамнеза. Следовательно, любое лечение имеющихся воспалительных заболеваний в преддверии планируемой беременности может быть расценено как «прегравидарное лечение» имеющейся патологии.

Не во всех случаях, получая медикаментозный препарат, женщина предохраняется от беременности с высокой эффективностью. Кроме того, все врачи знают, что ни одно контрацептивное средство не обеспечивает 100%-ной

¹ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.12.2025 №747н «О Порядке оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология». Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202512300089>.

эффективности, кроме полного полового воздержания. Поэтому, назначая антибиотики в период прегравидарной подготовки, нужно исходить из возможности наступления беременности. В этом случае назначение по показаниям, например, азитромицина будет являться оправданным и максимально безопасным по сравнению с антибактериальными препаратами, обладающими токсическим и тератогенным действием при беременности.

Необследование женщины на ИППП при ОАГА на этапе прегравидарной подготовки может в последующем стать причиной возникновения перинатальной инфекции с неустановленным возбудителем, которую гипотетически можно было бы предотвратить. Такими возбудителями могут выступать многочисленные бактерии, вирусы, грибы и простейшие – *C. trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma pneumoniae* и др. Таким образом, к аббревиатуре TORCH (toxoplasmosis, others, rubella, cytomegalovirus, herpes simplex virus) по мере развития медицины может быть добавлено все большее число начальных букв заболеваний, требующих специфического этиотропного лечения. Среди основного спектра медицинских услуг, направленных на выявление наиболее распространенных возбудителей инфекционных заболеваний перинатального периода, в КР указано определение ДНК хламидий (*Chlamydia* spp.) в крови методом ПЦР [11].

При наличии ВЗОМТ врачу при оказании медицинской помощи необходимо руководствоваться КР «Воспалительные болезни женских тазовых органов» [12].

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ТЕРАПИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

C. trachomatis относят к абсолютным патогенам, участвующим в развитии ВЗОМТ. Важным компонентом терапии ВЗОМТ является назначение антибактериальных препаратов. Схемы антибактериальной терапии многообразны, однако следует отметить ограниченное количество адекватных контролируемых клинических исследований, оценивающих их эффективность. Рекомендации по режимам антибактериальной терапии при ВЗОМТ варьируют в разных странах, однако основные принципы лечения являются общепринятыми. Следует обеспечить элиминацию всего спектра возможных возбудителей, в частности УГХИ.

Так, к альтернативным схемам амбулаторного лечения ВЗОМТ у взрослых пациентов относится введение цефтриаксона 500 мг внутримышечно одновременно с пероральным приемом азитромицина в дозе 1 г, с последующей второй дозой перорального азитромицина 1 г через 1 нед. [12].

К альтернативным схемам стационарного лечения ВЗОМТ взрослых пациенток (напомним, что беременность является абсолютным показанием к госпитализации в медицинскую организацию согласно п. 6 «Организация оказания медицинской помощи» указанных КР) относится монотерапия азитромицином по следующим правилам: в течение 1 нед. 500 мг внутривенно для одной или двух доз, с последующим приемом 250 мг каждые 24 ч перорально в течение 5–6 дней.

МНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО ЮРИСТА

Половые партнеры женщин с ИППП должны получать терапию, даже при отсутствии симптомов. Для профилактики ИППП и ВЗОМТ половым партнерам необходимо использовать барьерные методы защиты. Обращаем внимание врачей – акушеров-гинекологов на недопустимость назначения лечения сразу «на двоих партнеров». Полового партнера женщины необходимо направить для обследования и лечения ИППП к врачу-дерматовенерологу. К сожалению, иногда возникают ситуации, когда буквально в рамках судебного заседания в связи с перинатальной потерей муж истисы сокрушается о том, что ранее «никто ему не предлагал обследование у дерматовенеролога, и все время лечилась только супруга».

При этом полагаем, что прегравидарная подготовка должна различаться с учетом клинической модели заболевания у женщины и групп заболеваний, представляющих риск гнойно-септических инфекций в акушерстве. Обследование на ИППП является обязательным при наличии в анамнезе внематочной беременности (в том числе рецидивирующей), регрессирующей беременности, выкидышей, перинатальных потерь, цервицитов, а также прежних неоднократных неэффективных «санаций» [13].

Прежние воззрения в руководствах по бактериальному вагинозу и вульвовагинальному кандидозу о нецелесообразности лечения полового партнера, полагаем, могли смутить врача в плане непроведения своевременного обследования полового партнера по иным медицинским показаниям со стороны врача-дерматовенеролога и/или уролога. Целый ряд действующих КР в настоящее время предлагает установки по поводу необходимости обследования и лечения полового партнера: «Хламидийная инфекция», «Урогенитальные заболевания, вызванные *Mycoplasma genitalium*», «Баланопостит», «Негонококковый (неспецифический) уретрит у мужчин», «Женское бесплодие» и некоторые другие [14–18].

Современная правоприменительная практика уже имеет иски, когда к дефектам оказания медицинской помощи истец относил факт непроведения обследования полового партнера (мужа)².

Всем врачам – акушерам-гинекологам следует помнить о том, что при наличии проверки правоохранителями и судебного разбирательства при любой перинатальной потере анализ начинают с проверки многолетней медицинской документации амбулаторного звена. В последнее время фиксируются обращения в правоохранительные органы с жалобами на врачей от пациенток с выкидышами на совсем ранних сроках и с внематочной беременностью. Так, в феврале 2026 г. было обращение в Министерство здравоохранения РФ с жалобой на врача, которая «не сохранила беременность» на раннем сроке, поскольку, по мнению заявителя, не поставила пациентку своевременно на учет по беременности. При этом «задержка» исчислялась считанными днями. Показатель ХГЧ, самостоятельно сданный пациенткой, составил 600 мМЕ/мл. Женщина была

² Апелляционное определение Челябинского областного суда от 10.01.2024 №11-186/2024 (УИД 74RS0002-01-2022-007123-53).

направлена акушером-гинекологом на УЗИ органов малого таза с последующей консультацией врача. Впоследствии по результату УЗИ была констатирована регрессирующая беременность. Такое трепетное отношение женщины к своей беременности, вплоть до обращения в Министерство здравоохранения РФ, понять можно. В анамнезе женщины отмечена внематочная беременность. Такая пациентка, безусловно, требует пристального внимания лечащего врача и грамотной прегравидарной подготовки, в том числе обследования на ИППП, которое до настоящей беременности в полном объеме не было проведено.

ТЕРАПИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Что касается терапии УГХИ у беременных пациенток, то в зарубежных и отечественных рекомендациях основным препаратом является азитромицин. Также используются амоксициллин и эритромицин [3, 14, 19].

В настоящее время азитромицин рассматривается как наиболее оптимальный препарат для лечения УГХИ во время беременности. Первые сведения о возможности применения азитромицина при УГХИ у беременных были получены еще в 1996 г., когда в сравнительном исследовании было установлено, что по клинической и бактериологической эффективности при цервиците, вызванном *C. trachomatis*, азитромицин в дозе 1 г однократно не уступает эритромицину, назначаемому в дозе 500 мг 4 раза в сутки в течение 10 дней. Никаких различий между группами по исходам беременности выявлено не было [20–22].

Действующие отечественные КР «Хламидийная инфекция» рекомендуют для лечения беременных и женщин в период лактации с целью эрадикации *C. trachomatis* назначать перорально азитромицин в дозировке 1 г однократно [14]. При этом уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств – 2). Что же касается альтернативного варианта лечения – назначения амоксициллина 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней – его судьба печальна, поскольку уровень убедительности таких альтернативных лечебных рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств – 4). Кроме того, амоксициллин является альтернативным препаратом для лечения беременных с УГХИ из-за риска персистенции *C. trachomatis* после применения бета-лактамов антибактериальных препаратов (пенициллинов), что было продемонстрировано в исследованиях на животных *in vitro*³ [14].

Лечение беременных с УГХИ проводится на любом сроке беременности антибактериальными препаратами системного действия с учетом их влияния на плод. При назначении азитромицина необходимо приостановить кормление ребенка грудью на время лечения, если предполагаемая польза для матери превышает риск для новорожденного [14].

Ученые продолжают работу по повышению биодоступности лекарственных препаратов, и диспергируемые таблетки являются инновационной лекарственной формой

применения антибиотика азитромицин. Диспергируемые таблетки при контакте с жидкостью распадаются на мелкие биодоступные лекарственные частицы. Активные молекулы быстрее высвобождаются и достигают тонкого кишечника, где происходит основное всасывание. Из-за этого ожидаемый терапевтический эффект наступает быстрее по сравнению с традиционными таблетками, которым требуется время на растворение внутри организма в агрессивной желудочно-кишечной среде [23].

Высокотехнологичные формы лекарственных препаратов представляют большой интерес для конкурентов и могут становиться предметом судебных разбирательств при оспаривании патентного приоритета правообладателя [24].

Азитромицин ЭКСПРЕСС (ОАО «Фармстандарт-Лексредства», ГК «Фармстандарт», Россия) – диспергируемые таблетки, которые удобно принимать: достаточно растворить таблетку в небольшом объеме воды. Следует отметить сниженный риск развития нежелательных реакций со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) благодаря особенностям диспергируемой формы. Меньшие остаточные количества антибиотика в кишечнике могут способствовать снижению частоты развития диареи. При этом отмечается более высокая биодоступность по сравнению с традиционными формами антибиотиков (таблетки, покрытые пленочной оболочкой, и капсулы). Антибактериальный препарат Азитромицин ЭКСПРЕСС биоэквивалентен оригинальному препарату азитромицина в форме диспергируемых таблеток, согласно данным исследования биоэквивалентности⁴.

Для подтверждения эффективности и безопасности применения азитромицина при лечении хламидийной инфекции во время беременности при поддержке Центров по контролю за заболеваниями (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) в США было инициировано ретроспективное когортное исследование. При анализе результатов лечения 277 беременных женщин с хламидийной инфекцией установлено, что эффективность азитромицина в данной популяции составила 97%, амоксициллина – 95% и эритромицина – 64%. Таким образом, в данном исследовании эффективность азитромицина оказалась достоверно выше, чем эритромицина ($p < 0,0001$). Различий в исходах беременности (как в отношении самих пациенток, так и их потомства) при лечении указанными препаратами выявлено не было [7].

По данным метаанализа 8 рандомизированных контролируемых исследований, сравнивавших эффективность и безопасность применения однократной дозы азитромицина (1 г) с эритромицином или амоксициллином при лечении хламидийной инфекции у беременных женщин, 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 по сравнению с терапией эритромицином применение азитромицина сопровождалось достоверно меньшей частотой нежелательных реакций со стороны ЖКТ (отношение шансов – 0,11), а также

³ В соответствии с постановлением Правительства РФ от 17.11.2021 №1968 клинические рекомендации «Хламидийная инфекция» применяются с 1 января 2025 г. До этого срока действовали в предыдущей редакции. Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202111190015>.

⁴ Проспективное открытое рандомизированное перекрестное исследование по изучению сравнительной фармакокинетики и биоэквивалентности препаратов Азитромицин ЭКСПРЕСС (МНН: азитромицин), таблетки диспергируемые, 1000 мг (производства ОАО Фармстандарт-Лексредства, Россия) и Сумамед® (МНН: азитромицин) таблетки диспергируемые, 1000 мг (производства Плива Хрватска д.о.о., Хорватия) у здоровых добровольцев. Режим доступа: <https://clinline.ru/reestr-klinicheskikh-issledovaniy/605-04.12.2018.html>.

достоверно более редким преждевременным прекращением участия пациенток в исследовании (отношение шансов – 0,12) и лучшей комплаентностью (отношение шансов – 23,7) [25, 26].

В систематическом Кокрановском обзоре, включавшем 11 рандомизированных контролируемых исследований, был проведен анализ сравнительной эффективности применения эритромицина, амоксициллина, азитромицина и клиндамицина у беременных женщин с УГХИ. На основании его результатов авторы указали, что показатель микробиологической эффективности (эрадикация возбудителя, свидетельствующая об отсутствии риска заболевания новорожденного или матери) составил «около 90% для всех исследованных антибиотиков» [8].

Несмотря на то что КР возведены законодателем в ранг легальных источников медицинского права, составлены они преимущественно нозологически и подразумевают лечение одной патологии. В реальной клинической практике врачи практически всегда сталкиваются с коморбидностью, а также с несколькими инфекционными нозологиями (ИППП) у одной пациентки.

Несомненно, остается актуальным вопрос о необходимости корректных и однозначных формулировок в КР о профессиональном взаимодействии акушеров-гинекологов с дерматовенерологами, особенно при ведении беременных с ИППП. Кроме того, следует сформировать правовой и организационный алгоритм профилактики врачебных нарушений в целях недопущения привлечения к юридической ответственности как медицинской организации, так и конкретного лечащего врача – акушера-гинеколога [27].

Итак, возникает справедливый вопрос: кто из специалистов, согласно принятым КР, должен лечить беременную с выявленной УГХИ? Если в прежней редакции КР «Хламидийная инфекция» (2021 г.) было указано в комментариях: «*лечение беременных, больных хламидийной инфекцией, осуществляется на любом сроке беременности антибактериальными препаратами с учетом их влияния на плод*» [28], то в настоящее время, с 1 января 2025 г., «*лечение беременных проводится в условиях медицинской организации акушерско-гинекологического профиля*» [14]. Следует заметить, что профиль медицинской организации и медицинская специальность врача – это не тождественные понятия. Специальность лечащего врача не исключает необходимости проведения консультации беременной врачом иной смежной специальности. В нашем случае это врач-дерматовенеролог.

В силу абз. 2 п. 13 Порядка оказания медицинской помощи, населению по профилю «дерматовенерология» первичная специализированная медико-санитарная помощь по профилю «дерматовенерология» пациентам

с ИППП при осложненном течении инфекционного процесса может оказываться врачом – акушером-гинекологом⁵. Безусловно, это может быть врач-специалист женской консультации, однако в рекомендуемые штатные нормативы кожно-венерологического диспансера входит также и врач – акушер-гинеколог.

Беременные с факторами риска заражения *C. trachomatis* (возраст до 25 лет, неиспользование презервативов во время последнего полового акта, более двух половых партнеров за последние 12 мес., недавняя смена полового партнера) должны пройти обследование на УГХИ не только при первом посещении врача – акушера-гинеколога, но и в третьем триместре беременности, чтобы предотвратить послеродовые осложнения у матери и хламидийную инфекцию у младенца [14]. При выявлении УГХИ необходимо проведение антибактериальной терапии азитромицином, желательна в современной лекарственной форме – диспергируемых таблетках.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, опираясь на многолетний опыт научных исследований, имплементированный в КР, наиболее эффективными антимикробными препаратами, применяемыми для лечения УГХИ у небеременных пациенток, являются азитромицин в дозе 1 г внутрь однократно и доксициклин, назначаемый 7-дневным курсом по 100 мг 2 раза в день. В терапии беременных пациенток с УГХИ наиболее оптимальным препаратом с точки зрения безопасности и эффективности лечения является азитромицин. При этом инновационная форма препарата Азитромицин ЭКСПРЕСС – диспергируемые таблетки – должна иметь большое практическое применение по медицинским показаниям с учетом более высокой биодоступности. Особо следует отметить, что азитромицин обладает неоспоримыми преимуществами перед другими антибактериальными препаратами в лечении УГХИ: однократный прием (курс лечения – 1 г), обеспечивающий максимальный комплаенс пациентов; наивысший уровень доказательной базы по результатам широкомасштабных рандомизированных исследований; доказанная эффективность и безопасность в сочетании с возможностью применения у беременных и кормящих грудью женщин.



Поступила / Received 19.02.2026

Поступила после рецензирования / Revised 12.03.2026

Принята в печать / Accepted 13.03.2026

⁵ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24.09.2025 №582н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология». Режим доступа: <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001202510280015>.

Список литературы / References

- Li C, Ong J, Tang W, Wang C. Chlamydia trachomatis infection: Epidemiology, prevention, clinical, and basic science research. *Front Public Health*. 2024;12:1467902. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1467902>.
- Gottlieb SL, Spielman E, Abu-Raddad L, Aderoba AK, Bachmann LH, Blondeel K et al. WHO global research priorities for sexually transmitted infections. *Lancet Glob Health*. 2024;12(9):e1544–e1551. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(24\)00266-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(24)00266-3).
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep*. 2021;70(4):1–187. <https://doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1>.
- Tang W, Mao J, Li KT, Walker JS, Chou R, Fu R et al. Pregnancy and fertility-related adverse outcomes associated with *Chlamydia trachomatis* infection: a global systematic review and meta-analysis. *Sex Transm Infect*. 2020;96(5):322–329. <https://doi.org/10.1136/sextans-2019-053999>.
- Low N, Redmond S, Uusküla A, van Bergen J, Ward H, Andersen B, Götz H. Screening for genital chlamydia infection. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(9):CD010866. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010866.pub2>.
- Красносельских ТВ, Соколовский ЕВ, Рахматулина МЗ, Новоселова ЕЮ, Мелехина ЛЕ. Заболеваемость сифилисом и некоторыми другими ИППП в Российской Федерации: прошлое, настоящее и пути достижения кон-

- троля эпидемиологической ситуации в будущем. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2023;99(4):41–59. <https://doi.org/10.25208/vdv13726>.
7. Krasnoselskikh TV, Sokolovskiy EV, Rakhmatulina MR, Novoselova EYu, Melekhnina LE. Syphilis and some other STIs in the Russian Federation: past, present and ways to control of the epidemiological situation in the future. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2023;99(4):41–59. (In Russ.) <https://doi.org/10.25208/vdv13726>.
 8. Rahangdale L, Gerry 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(2):106–110. <https://doi.org/10.1097/01.qlq.0000187226.32145.ea>.
 9. Brocklehurst P, Rooney G. Interventions for treating genital chlamydia trachomatis infection in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 1998;(4):CD000054. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000054>.
 10. Darville T. Chlamydia trachomatis infections in neonates and young children. *Semin Pediatr Infect Dis*. 2005;16(4):235–244. <https://doi.org/10.1053/j.spid.2005.06.004>.
 11. 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):62–64. (In Chinese) <https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.0578-1310.2009.01.015>.
 12. Балашова ЕН, Белоусова ТВ, Бем ЕВ, Зеленкин НМ, Иванов ДО, Извекова ИЯ и др. *Инфекция, специфичная для перинатального периода: клинические рекомендации*. М.; 2025. 70 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/978_1.
 13. Адамян ЛВ, Андреева ЕН, Артымук НВ, Белокриницкая ТЕ, Беженарь ВФ, Струнина ЛВ и др. *Воспалительные болезни женских тазовых органов: клинические рекомендации*. М.; 2024. 49 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/643_2.
 14. Адамян ЛВ, Артымук НВ, Беженарь ВФ, Белокриницкая ТЕ, Доброхотова ЮЭ, Киселев СИ и др. *Внематочная (эктопическая) беременность: клинические рекомендации*. М.; 2024. 60 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/642_2.
 15. Кубанов АА, Серов ВН, Ракматулина МР, Аполихина ИА, Гомберг МА, Горбунова ЕА и др. *Хламидийная инфекция: клинические рекомендации*. М.; 2024. 42 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/194_2.
 16. Кубанов АА, Серов ВН, Ракматулина МР, Аполихина ИА, Гомберг МА, Горбунова ЕА и др. *Урогенитальные заболевания, вызванные Mycoplasma genitalium: клинические рекомендации*. М.; 2024. 34 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/216_2.
 17. Потекаев НН, Гомберг МА, Ахвледiani НД, Гушин АЕ, Доля ОВ, Жукова ОВ и др. *Баланопостит: клинические рекомендации*. М.; 2025. 43 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/928_1.
 18. Потекаев НН, Гомберг МА, Ахвледiani НД, Гушин АЕ, Доля ОВ, Жукова ОВ и др. *Незоококковый (неспецифический) уретрит у мужчин: клинические рекомендации*. М.; 2024. 46 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/796_1.
 19. Долгушина НВ, Корсак ВС, Корнеева ИЕ, Гэгзян АМ, Исакова ЭВ, Калинина ЕА и др. *Женское бесплодие: клинические рекомендации*. М.; 2024. 91 с. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/641_2.
 20. White JF, Dukers-Muijers NH, Hoebe CJ, Kenyon CR, Dc Ross J, Unemo M. 2025 European guideline on the management of *Chlamydia trachomatis* infections. *Int J STD AIDS*. 2025;36(6):434–449. <https://doi.org/10.1177/09564624251323678>.
 21. Lau CY, Qureshi AK. Azithromycin versus doxycycline for genital *Chlamydia* infections: a meta-analysis of randomized clinical trials. *Sex Transm Dis*. 2002;29(9):497–502. <https://doi.org/10.1097/00007435-200209000-00001>.
 22. Kong FY, Tabrizi SN, Fairley CK, Vodstrcil LA, Huston WM, Chen M et al. 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):1290–1297. <https://doi.org/10.1093/jac/dku574>.
 23. Dukers-Muijers NH, Wolffs FG, de Vries H, Götz HM, Heijman T, Bruisten S et al. Treatment Effectiveness of Azithromycin and Doxycycline in Uncomplicated Rectal and Vaginal Chlamydia trachomatis Infections in Women: A Multicenter Observational Study (FemCure). *Clin Infect Dis*. 2019;69(11):1946–1954. <https://doi.org/10.1093/cid/ciz050>.
 24. Зырянов СК, Байбулатова ЕА. Использование новых лекарственных форм антибиотиков как путь повышения эффективности и безопасности антибактериальной терапии. *Антибиототики и химиотерапия*. 2019;64(3-4):81–91. Режим доступа: <https://www.antibiotics-chemotherapy.ru/jour/article/view/132>.
 25. Зырянов СК, Байбулатова ЕА. The Use of New Dosage Forms of Antibiotics as a Way to Improve the Effectiveness and Safety of Antibiotic Therapy. *Antibiotiki i Khimioterapiya*. 2019;64(3-4):81–91. (In Russ.) Available at: <https://www.antibiotics-chemotherapy.ru/jour/article/view/132>.
 26. Андреев АВ, Балашова АИ, Ваниюков ПД, Гольбасарова ЕВ, Королева АГ, Новоселова ЛА. *Путеводитель по судебной практике. Патентование и оборот лекарственных средств в Российской Федерации*. М.: Проспект; 2023. 336 с.
 27. Pitsouni E, Iavazzo C, Athanasiou S, Falagas ME. Single-dose azithromycin versus erythromycin or amoxicillin for *Chlamydia trachomatis* infection during pregnancy: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Int J Antimicrob Agents*. 2007;30(3):213–221. <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2007.04.015>.
 28. Хрянин АА. Урогенитальная хламидийная инфекция у женщин: тактика ведения пациенток в соответствии с современными зарубежными и российскими рекомендациями. *Вестник дерматологии и венерологии*. 2015;91(2):101–110. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2015-91-2-101-110>.
 29. Khryanin AA. Urogenital chlamydia infection in women: patient management tactics according to present-day foreign and Russian recommendations. *Vestnik Dermatologii i Venerologii*. 2015;91(2):101–110. (In Russ.) <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2015-91-2-101-110>.
 30. Хрянин АА, Радченко МВ. Предупреждение врачебных нарушений при ведении беременных женщин с выявленной ИППП: экспертное мнение медицинского юриста и дерматовенеролога (междисциплинарная дискуссия). *РМЖ. Мать и дитя*. 2024;7(3):259–265. <https://doi.org/10.32364/2618-8430-2024-7-3-7>.
 31. Khryanin AA, Radchenko MV. Prevention of medical malpractices in the pregnancy management with STIs: expert opinion of a medical lawyer and a dermatovenerologist (interdisciplinary discussion). *Russian Journal of Woman and Child Health*. 2024;7(3):259–265 (In Russ.) <https://doi.org/10.32364/2618-8430-2024-7-3-7>.
 32. Кубанов АА, Серов ВН, Аполихина ИА, Богданова ЕВ, Гомберг МА, Гушин ЕА и др. *Хламидийная инфекция: клинические рекомендации*. М.; 2021. Режим доступа: <https://diseases.medelement.com/disease/хламидийная-инфекция-кр-рф-2021/17419>.

Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

Contribution of authors:

All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

Информация об авторах:

Хрянин Алексей Алексеевич, д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии, Новосибирский государственный медицинский университет; 630091, Россия, Новосибирск, Красный проспект, д. 52; президент, Ассоциация акушеров-гинекологов и дерматовенерологов; 630004, Россия, Новосибирск, ул. Ленина, д. 55; эксперт качества медицинской помощи, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования; 630099, Россия, Новосибирск, Красный проспект, д. 42А; khryanin@mail.ru

Радченко Маргарита Владимировна, к.ю.н., доцент кафедры гражданского права и гражданского судопроизводства Юридического института, Южно-Уральский государственный университет (Национальный исследовательский университет); 454080, Россия, Челябинск, проспект Ленина, д. 76; доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Института дополнительного профессионального образования, Южно-Уральский государственный медицинский университет; 454092, Россия, Челябинск, ул. Воровского, д. 64; mamarad@mail.ru

Information about the authors:

Aleksey A. Khryanin, Dr. Sci. (Med.), Professor of the Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Novosibirsk State Medical University; 52, Krasny Ave., Novosibirsk, 630091, Russia; President, Association of Obstetricians-Gynecologists and Dermatovenerologists; 55, Lenin St., Novosibirsk, 630004, Russia; Expert in Medical Care Quality, Territorial Fund of Mandatory Medical Insurance; 42A, Krasny Ave., Novosibirsk, 630099, Russia; khryanin@mail.ru

Margarita V. Radchenko, Cand. Sci. (Law), Associate Professor of the Department of Civil Law and Civil Procedure, Law Institute, South Ural State University (National Research University); 76, Lenin Ave., Chelyabinsk, 454080, Russia; Associate Professor of the Department of Public Health and Healthcare, Institute of Continuing Professional Education, South Ural State Medical University; 64, Vorovskiy St., Chelyabinsk, 454092, Russia; mamarad@mail.ru