Хламидийная лимфогранулёма (венерическая)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A55 · Общероссийская общественная организация "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов", Гильдия специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем «ЮСТИ РУ»

Венерическая лимфогранулёма — инфекция, передаваемая половым путём и вызываемая Chlamydia trachomatis сероваров L1–L3. Рекомендация посвящена выявлению инфекции, системной антибактериальной терапии, лечению осложнений и профилактике передачи, особенно у мужчин, практикующих секс с мужчинами.

Главное

- Возбудитель передаётся при вагинальных, оральных и анальных контактах; серовары L1–L3 способны проникать в подслизистые ткани и распространяться в регионарные лимфоузлы.
- Основные факторы риска — принадлежность к группе МСМ, возраст 25–35 лет, ВИЧ-инфекция, перенесённые ИППП, редкое использование барьерной контрацепции и несколько постоянных сексуальных партнёров.
- Заболевание проходит три стадии: первичная язвенная, вторичная с лимфаденитом, бубонами и свищами, третичная с фиброзной лимфедемой; инкубационный период обычно составляет 1–4 недели.
- У МСМ наиболее частое проявление — проктит с аноректальной болью, тенезмами и кровянистыми или гнойными выделениями; при длительном течении возможны абсцессы, свищи, стриктуры и стеноз прямой кишки.
- Диагноз подтверждают выявлением ДНК C. trachomatis сероваров L1–L3 методом амплификации нуклеиновых кислот; это наиболее чувствительный и специфичный лабораторный подход.
- Рекомендуется обследовать и лечить всех половых партнёров за предшествующие 6 месяцев до появления симптомов ВЛГ или последнего полового партнёра; сексуальных контактов следует избегать в течение 7 дней после завершения лечения пациентом и партнёрами и разрешения симптомов.
- Контрольное молекулярно-биологическое исследование проводят через 3–4 недели после последнего дня системной антибактериальной терапии.

Диагностика

1. Заподозрить ВЛГ при проктите, эрозивно-язвенных поражениях гениталий, гнойных выделениях из ануса, стриктуре прямой кишки, анальном свище или элефантиазе гениталий; особенно тщательно обследовать МСМ и пациентов с ВИЧ или другими ИППП.
2. Собрать жалобы и анамнез: уточнить боль, тенезмы, выделения и нарушения стула, сроки и динамику симптомов, анальные или оральные контакты, число партнёров, использование барьерных средств, ИППП и симптомы у партнёра.
3. Провести осмотр кожи и слизистых, пальпацию регионарных лимфоузлов и живота, осмотр гениталий; выполнить пальцевое ректальное исследование, а у женщин — гинекологическое исследование.
4. При подозрении на поражение прямой кишки выполнить аноскопию для выявления гнойного экссудата, язв слизистой и туморозных масс.
5. Взять материал из поражённого очага или аногенитальных локусов, прямой кишки, влагалища, уретры, первой порции мочи у мужчин, ротоглотки либо аспират бубона и исследовать методом МАНК с идентификацией L1–L3.
6. Одновременно обследовать на сифилис, ВИЧ, гепатиты B и C, а также на другие ИППП; при ректальных поражениях исследовать материал на гонококк, Mycoplasma genitalium, Treponema pallidum и вирус простого герпеса по показаниям. Уровень убедительности рекомендаций C, УДД 5.
7. Если возможное заражение произошло менее 2 недель назад и результат вызывает сомнения, повторить МАНК через 2 недели после полового контакта.

Лечение

- Системная антибактериальная терапия показана при идентификации ДНК C. trachomatis L1–L3, а также по эпидемиологическим показаниям: принадлежности к группе МСМ; выявлении ВЛГ-инфекции у сексуального партнёра; наличии ВИЧ-инфекции; сексуальном насилии, особенно при аногенитальных контактах; сексуальных контактах с пациентами с ВЛГ или лицами с клиническими симптомами во время пребывания в странах с тропическим и субтропическим климатом, а также в странах Европы или США.
- Первая линия у взрослых — доксициклин 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 21 дня. Во II и III триместрах беременности препарат следует избегать; с грудным вскармливанием он совместим.
- Вторая линия при неосложнённой инфекции — эритромицин 500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 21 дня. Его следует использовать во время беременности или при противопоказаниях к доксициклину.
- Альтернативная схема при неосложнённой инфекции — азитромицин 1,0 г внутрь 1 раз в неделю в течение 3 недель.
- Флюктуирующие бубоны дополнительно дренируют игольной аспирацией через неповреждённую кожу. Хирургическое иссечение бубонов не применяют из-за риска формирования гнойных свищей.
- При резидуальных фиброзных поражениях дополнительная антибактериальная терапия не нужна; оценивают необходимость реконструктивной операции.
- Специальные обезболивание и диетотерапия при ВЛГ не применяются.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация показана при тяжёлом течении: некротическом язвенном проктите, парапроктите, стриктуре прямой кишки, свищах или анальных трещинах.
- Госпитализация также возможна для динамического контроля персистирующей инфекции и выполнения инструментальных исследований по показаниям.
- Первичный осмотр дерматовенеролога необходим при подозрении на ВЛГ; колопроктолог нужен при аноректальном воспалении, уролог — при симптомах эпидидимита, акушер-гинеколог — при воспалительных заболеваниях органов малого таза или беременности, хирург — при соответствующей симптоматике.
- После лечения проводят физикальное обследование и ПЦР через 3–4 недели после последнего дня антибиотикотерапии. При установленном источнике инфекции и отрицательных результатах обследования дальнейшее наблюдение не требуется.
- После стабилизации состояния, завершения планового обследования, разрешения воспалительных проявлений и получения отрицательных результатов на C. trachomatis L1–L3 пациент может быть выписан.

Частые вопросы

Как подтверждают диагноз венерической лимфогранулёмы?

Основной метод — МАНК, обычно ПЦР, с выявлением и типированием ДНК C. trachomatis сероваров L1–L3. Материал берут из прямой кишки, поражённого очага или другого анатомического локуса по клинической ситуации.

Какова стандартная схема лечения ВЛГ?

Доксициклин 100 мг внутрь 2 раза в сутки 21 день. Альтернативы: эритромицин 500 мг 4 раза в сутки 21 день или азитромицин 1,0 г 1 раз в неделю в течение 3 недель.

Чем лечить ВЛГ во время беременности?

Доксициклина следует избегать во II и III триместрах. В период беременности следует использовать эритромицин; для азитромицина в тексте отсутствуют данные об эффективной дозе и длительности лечения.

Когда проводить контрольную ПЦР после лечения?

Через 3–4 недели после последнего дня приёма системных антибактериальных препаратов. Исследуют отделяемое слизистой прямой кишки с типированием L1–L3, а при невозможности типирования — ДНК C. trachomatis без уточнения серовара.

Когда можно возобновить сексуальные контакты и что делать с партнёрами?

Сексуальные контакты исключают до завершения лечения пациентом и партнёрами и исчезновения симптомов; после этого рекомендуется воздержаться ещё 7 дней. Обследуют и лечат всех половых партнёров за 6 месяцев до появления симптомов или последнего партнёра.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/929-hlamidijnaya-limfogranulema-venericheskaya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/929_1