



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

Урогенитальные заболевания, вызванные *Mycoplasma genitalium*

МКБ 10: A63.8

Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (1 раз в 2 года)

ID: КР216

URL

Профессиональные ассоциации

- **Российское общество дерматовенерологов и косметологов**
Российское общество акушеров-гинекологов

Оглавление

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

Ключевые слова

- *Mycoplasma genitalium*
- Урогенитальная микоплазменная инфекция
- Инфекции, передаваемые половым путем

Список сокращений

ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота

ИФА – иммуноферментный анализ

МКБ – Международная классификация болезней

ПИФ – прямая иммунофлюоресценция

ПЦР – полимеразная цепная реакция

ПЦР-РВ – полимеразная цепная реакция в режиме реального времени

РКИ – рандомизированные контролируемые исследования

РНК – рибонуклеиновая кислота

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

Термины и определения

Mycoplasma genitalium – патогенный микроорганизм, способный вызывать уретрит у лиц обоего пола, цервицит и воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин.

.

1. Краткая информация

1.1 Определение

Mycoplasma genitalium – патогенный микроорганизм, способный вызывать уретрит у лиц обоего пола, цервицит и воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) у женщин.

1.2 Этиология и патогенез

Mycoplasma genitalium относится к царству *Prokaryotae*, отделу *Tenericutes*, классу *Mollicutes*, порядку *Mycoplasmatales* и семейству *Mycoplasmataceae*, роду *Mycoplasma*. Отличительными чертами микоплазм являются: малые размеры жизнеспособных частиц, близкие к размерам вирусов; отсутствие ригидной клеточной стенки; способность к культивированию на бесклеточных питательных средах; размножение путем бинарного деления; полиморфизм клеток. Микоплазмы являются самыми мелкими самореплицирующимися прокариотами.

M. genitalium принадлежит к подвижным видам бактерий, имеет колбообразную форму и удлинённую терминальную структуру, используемую для обеспечения скользящего движения, внедрения в слои слизи, покрывающие эпителиальные клетки, прикрепления к поверхности клеток и проникновения в них. Способность *M. genitalium* к прикреплению к поверхности эукариотических клеток определяется рецепторами, которые содержат нейраминовую кислоту, что обуславливает выраженное цитопатогенное действие и формирование клеточного воспалительного ответа.

M. genitalium имеет самую маленькую величину генома (600 т.п.н.) из всех микоплазм и других самореплицирующихся микроорганизмов, что обуславливает значительные сложности в ее изучении, связанные с трудностью культивирования (рост на питательных средах составляет от 1 до 5 месяцев). Высокая избирательность и требовательность *M. genitalium* в отношении

питательных сред объясняется малым количеством генов, принимающих участие в ферментном распаде питательных веществ, необходимых для репликации микроорганизма.

M. genitalium обладают тропизмом к цилиндрическому эпителию и способны поражать слизистую оболочку уретры и цервикального канала. Инфицирование *M. genitalium* взрослых лиц происходит половым путем, детей – интранатальным и половым путями. Обсуждается вопрос об этиологической роли *M. genitalium* в развитии эпидидимита и простатита, но убедительных доказательств по данному вопросу на настоящий момент не получено.

1.3 Эпидемиология

Частота выявления *M. genitalium* у больных воспалительными заболеваниями мочеполовой системы составляет, по данным различных исследователей, от 10% до 45%. *M. genitalium* обнаруживают у 11,5-41,7% больных негонококковыми уретритами, у 3-54,5% больных негонококковыми нехламидийными уретритами и у 7-10% женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза.

1.4 Кодирование по МКБ 10

A63.8 – Другие уточненные заболевания, передающиеся преимущественно половым путем.

1.5 Классификация

1. Уретрит, вызванный *M. genitalium*.
2. Цервицит, вызванный *M. genitalium*.
3. Сальпингоофорит, вызванный *M. genitalium*.
4. Эндометрит, вызванный *M. genitalium*.

1.6 Клиническая картина

Неосложненные формы урогенитальных заболеваний, вызванных *M. genitalium* (уретрит, цервицит)

Более чем у 50% женщин отмечается субъективно асимптомное течение заболевания. При наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы: слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей; ациклические кровянистые выделения; болезненность во время половых контактов (диспареуния); зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); дискомфорт или боль в нижней части живота.

Объективными симптомами заболеваний у женщин являются: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизистые или слизисто-гнойные выделения из уретры; отечность и гиперемия слизистой оболочки шейки матки, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала.

Субъективными симптомами заболевания у мужчин являются: слизисто-гнойные или слизистые необильные выделения из уретры; зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); дискомфорт, зуд, жжение в области уретры; болезненность во время половых контактов (диспареуния); учащенное мочеиспускание и urgentные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса); боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

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

*Осложненные формы урогенитальных заболеваний, вызванных *M. genitalium**

Субъективными симптомами у женщин являются:

- сальпингофорит: боль в области нижней части живота схваткообразного характера, слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены, отмечается нарушение менструального цикла;
- эндометрит: боль в нижней части живота, как правило, тянущего характера, слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении заболевания субъективные

проявления менее выражены, нередко отмечаются межменструальные скудные кровянистые выделения.

Объективными симптомами у женщин являются:

- сальпингоофорит: при остром течении инфекционного процесса определяются увеличенные, резко болезненные маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища, обильные слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания – незначительная болезненность, уплотнение маточных труб;
- эндометрит: при остром течении инфекционного процесса определяется болезненная, увеличенная матка мягкой консистенции, обильные слизисто-гнойные выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания – плотная консистенция и ограниченная подвижность матки.

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

*Субъективные клинические проявления урогенитальных заболеваний, вызванных *M. genitalium*, описаны в разделе «Клиническая картина».*

2.2 Физикальное обследование

*Объективные клинические проявления урогенитальных заболеваний, вызванных *M. genitalium*, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе «Клиническая картина».*

2.3 Лабораторная диагностика

- Исследование на *M. genitalium* **рекомендуется** проводить:
- лицам с клиническими и/или лабораторными признаками воспалительного процесса органов урогенитального тракта и репродуктивной системы;
- при предгравидарном обследовании половых партнеров;
- при обследовании женщин во время беременности;
- при предстоящих оперативных (инвазивных) манипуляциях на половых органах и органах малого таза;
- лицам с перинатальными потерями и бесплодием в анамнезе;
- половым партнёрам больных ИППП;
- лицам, перенесшим сексуальное насилие.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендуется** верификация диагноза урогенитальных заболеваний, вызванных *M. genitalium*, на основании результатов лабораторных исследований молекулярно-биологическими методами, направленными на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК, с использованием

тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

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

- **Рекомендуется** для оценки степени лейкоцитарной реакции и состояния микробиоценоза уретры и цервикального канала микроскопическое исследование клинического материала.

Комментарии: *Диагностическими критериями, подтверждающими наличие уретрита у мужчин, являются обнаружение: в отделяемом уретры 5 и более полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения при просмотре более 5 полей зрения при увеличении светового микроскопа x1000; в осадке первой порции мочи 10 и более лейкоцитов при увеличении светового микроскопа x400.*

Диагностическим критерием, подтверждающим наличие уретрита у женщин, является обнаружение 10 и более полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения в отделяемом уретры при просмотре более 5 полей зрения при увеличении светового микроскопа x1000.

Диагностическим критерием, подтверждающим наличие цервицита, является обнаружение 10 и более полиморфноядерных лейкоцитов в поле зрения в отделяемом цервикального канала при просмотре более 5 полей зрения при увеличении светового микроскопа x1000 и наличие слизисто-гнойных выделений из цервикального канала.

- Категорически **не рекомендуется** использование других методов лабораторных исследований, в том числе культурального метода, метода прямой иммунофлюоресценции (ПИФ), иммуноферментного анализа (ИФА) для обнаружения антител к *M. genitalium*.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

- Для получения достоверных результатов лабораторных исследований **рекомендуется** соблюдение ряда требований, к которым относятся:
- сроки получения клинического материала с учетом применения антибактериальных лекарственных препаратов: для идентификации *M. genitalium* методом амплификации РНК (NASBA) – не ранее, чем через 14 дней после окончания приема препаратов, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в режиме реального времени) – не ранее, чем через месяц после окончания приема препаратов;
- получение клинического материала из уретры не ранее, чем через 3 часа после последнего мочеиспускания, при наличии обильных уретральных выделений – через 15-20 минут после мочеиспускания;
- получение клинического материала из цервикального канала и влагалища вне менструации;
- соблюдение условий доставки образцов в лабораторию.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

- Категорически **не рекомендуется** применение биологических, химических и алиментарных провокаций с целью повышения эффективности диагностики и лечения урогенитальных заболеваний, вызванных *M. genitalium*.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 3)

2.4 Инструментальная диагностика

Не применяется.

2.5 Иная диагностика

- **Рекомендуется** консультация врача-акушера-гинеколога при вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза, при ведении беременных с заболеваниями, вызванными *M. genitalium*.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

- **Рекомендуется** консультация врача-уролога с целью диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

3. Лечение

3.1 Консервативное лечение

Рекомендуется для лечения неосложненных форм урогенитальных заболеваний, вызванных *M. genitalium*, назначать перорально один из следующих антибактериальных препаратов:

доксицилина моногидрат** 100 мг 2 раза в сутки течение 10 дней [1-4, 10, 13-15].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1+)

или

джозамицин** 500 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней [5-7, 10, 14-16].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 2+)

или

офлоксацин** 400 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней [8, 13-15].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 1+)

- **Рекомендуется** для лечения осложненных форм урогенитальных заболеваний, вызванных *M. genitalium*, назначать перорально один из следующих антибактериальных препаратов:

доксицилина моногидрат ** 100 мг 2 раза в сутки течение 14-21 дней.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств 4)

или

джозамицин** 500 мг 3 раза в сутки в течение 14-21 дней.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств 4)

или

офлоксацин** 400 мг 2 раза в сутки в течение 14-21 дней.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств 4)

Комментарии: *Длительность курса терапии зависит от степени клинических проявлений воспалительных процессов мочеполовых органов, результатов лабораторных и инструментальных исследований, оценки степени риска предстоящих оперативных или инвазивных вмешательств, акушерско-гинекологического анамнеза, у беременных – течения настоящей беременности. В зависимости от вышеперечисленных факторов, а также выраженности ответа на проводимую антибактериальную терапию (клинические показатели, при необходимости – результат промежуточного теста ПЦР в реальном времени), длительность лечения может быть увеличена до 21 дня.*

- **Рекомендуется** для лечения беременных назначать перорально джозамицин** 500 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней [11-12].

Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств 1+)

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

- **Рекомендуется** для лечения детей с массой тела менее 45 кг назначать перорально джозамицин** 50 мг на кг массы тела в сутки, разделённые на 3 приема, в течение 10 дней.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств 4)

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

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

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

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

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств – 4)

3.2 Хирургическое лечение

Не применяется.

3.3 Иное лечение

Не применяется.

4. Реабилитация

Не применяется.

5. Профилактика

5.1 Профилактика

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

5.2. Диспансерное наблюдение

Установление излеченности на основании методов амплификации РНК (NASBA) проводится через 14 дней после окончания лечения, на основании методов амплификации ДНК (ПЦР, ПЦР в реальном времени) – не ранее, чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

Критерии оценки качества медицинской помощи

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

Список литературы

1. Sloan B, Scheinfeld N. The use and safety of doxycycline hyclate and other second-generation tetracyclines. *Expert opinion on drug safety* 2008 Sep;7(5):571-7.
2. Mroczkowsky TF, Mena L, Nsuami M, Martin DH. A randomized comparison of azithromycin and doxycycline for the treatment of *Mycoplasma genitalium* (MG) positive urethritis. 16th Biennial Meeting of the International Society of Sexually Transmitted Disease (ISSTD), Amsterdam, The Netherlands 2005;304-305.
3. Wikstrom A, Jensen JS. *Mycoplasma genitalium*: a common cause of persistent urethritis among men treated with doxycycline. *Sex Transm Infect* 2006; 82(4):276-279.
4. Mena LA, Mroczkowski TF, Nsuami M, et al. A randomized comparison of azithromycin and doxycycline for the treatment of *Mycoplasma genitalium*-positive urethritis in men. *Clin Infect Dis* 2009;48:1649-54.
5. Guschin A, Ryzhikh P, Rumyantseva T, Gomberg M, Unemo M. Treatment efficacy, treatment failures and selection of macrolide resistance in patients with high load of *Mycoplasma genitalium* during treatment of male urethritis with josamycin. *BMC Infect Dis.* 2015 Feb 3; 15:40. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25645440>)
6. Andreeva IV, Kozlov SN, Korolev SV, Belikov AN, Grinev AV, Evstaf"ev VV, Kirpicheva NN, Serdiutskaya MV, Stetsiuk OU, Fokin AA, Khriyanin AA. Diagnostic and treatment patterns in management of male patients with nongonococcal urethritis: results of Russian multicenter cross-sectional study. *Antibiot Khimioter.* 2012;57(5-6):32-40. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25645440>)
7. Guo X., Ye Z., Deng R. Male urogenital tract mycoplasma infection and drug-resistance evolution. *Josamycin - das bessere Makrolid?* *Zhonghua Nan Ke Xue* 10(2) (2004) 122-124. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25645440>)
8. Jernberg E, Moghaddam A, Moi H. Azithromycin and moxifloxacin for Microbiological cure of *Mycoplasma genitalium* infection: an open study. *International journal of STD & AIDS* 2008 Oct;19(10):676-9. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25645440>)

9. Ross JD, Cronje HS, Paszkowski T, et al. Moxifloxacin versus ofloxacin plus metronidazole in uncomplicated pelvic inflammatory disease: results of a multicentre, double blind, randomised trial. *Sex Transm Infect* 2006;82:446–51. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25645440>)
10. *MMWR* Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3 June 5, 2015/. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25645440>)
11. Czeizel AE, Rockenbauer M, Olsen J, Sørensen HT. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25645440>) A case-control teratological study of spiramycin, roxithromycin, oleandomycin and josamycin. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2000 Mar;79(3):234-7. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10716307>)
12. Czeizel A.E., Rockenbauer M., Olsen J., et al. A case-control teratological study of spiramycin, roxithromycin, oleandomycin and josamycin. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 2000, 79, 234-237. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10716307>)
13. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями (РОДВК) Москва 2012 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10716307>)
14. Кубанова А.А., Рахматулина М.Р. Урогенитальные инфекционные заболевания, вызванные генитальными микоплазмами. Клинические рекомендации. Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. - № 3. – С.78-84. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10716307>)
15. Рахматулина М.Р. Урогенитальные заболевания, вызванные генитальными микоплазмами (*Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma spp.*, *Mycoplasma hominis*) *Consilium medicum*. – 2012. - № 2. – С.22-25. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10716307>)
16. Рахматулина М.Р., Касаткина И.С. Современные представления о роли генитальных микоплазм в развитии патологических процессов урогенитальной системы, методах их диагностики и лечения у детей. Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. –№ 1 – С. 15-23. (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10716307>)

Приложение А1. Состав рабочей группы

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

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория клинических рекомендаций:

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

Таблица П1- Уровни достоверности доказательств

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

Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций

Уровень убедительности доказательств	Характеристика показателя
--------------------------------------	---------------------------

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

Порядок обновления клинических рекомендаций

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

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

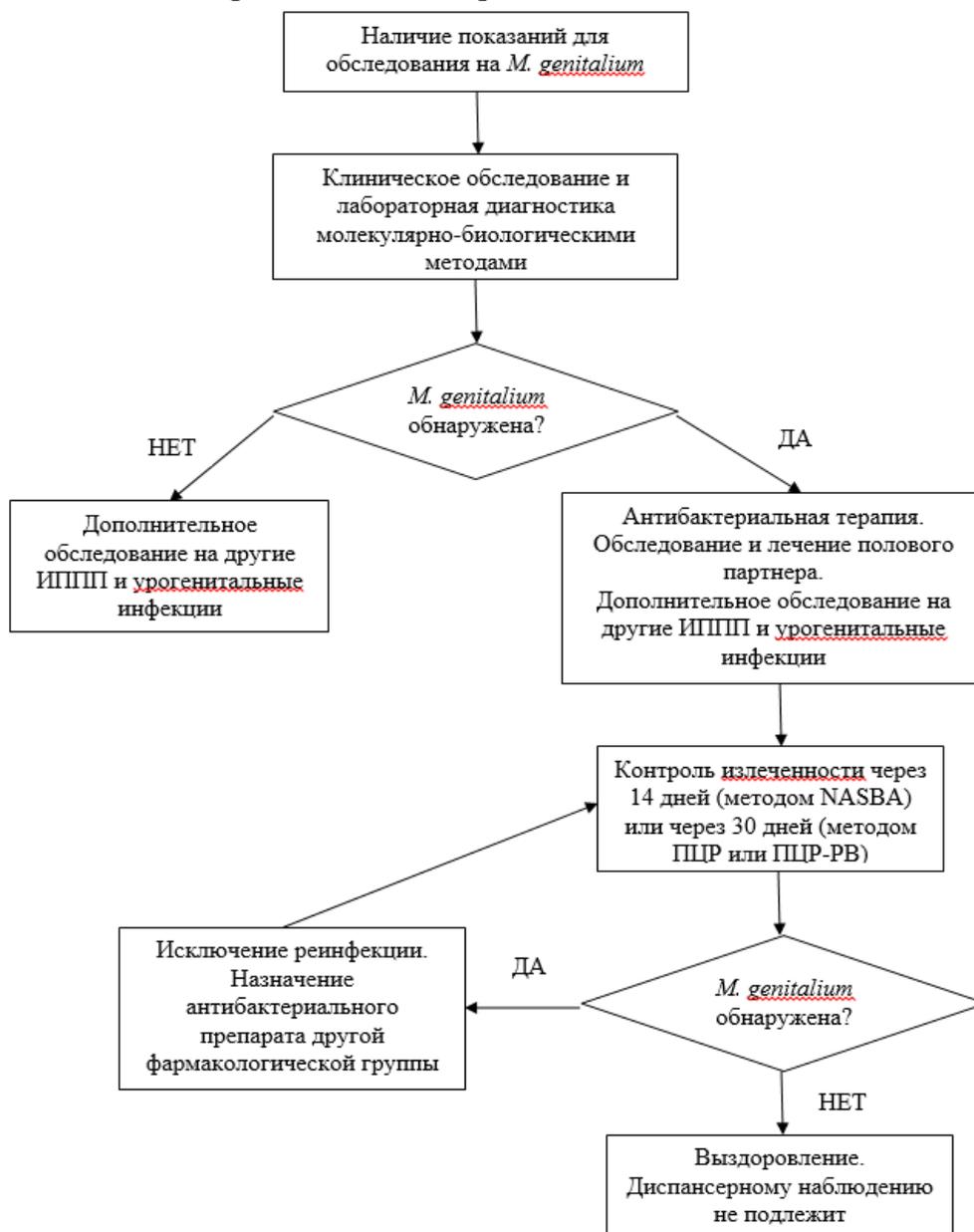
Для окончательной редакции и контроля качества рекомендации повторно анализируются членами рабочей группы.

Приложение А3. Связанные документы

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

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

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента



Приложение В. Информация для пациентов

1. С целью предупреждения повторного инфицирования *M. genitalium* необходимо обследование и лечение половых партнеров.
2. В период лечения и диспансерного наблюдения необходимо воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности.
3. С целью установления излеченности необходима повторная явка к врачу для обследования (методом NASBA через 14 дней после окончания лечения, методами ПЦР или ПЦР в реальном времени – не ранее, чем через месяц после окончания лечения).
4. Рекомендуется обследование на другие инфекции, передаваемые половым путем.
5. При неустановленном источнике инфицирования рекомендуется серологическое исследование на сифилис через 3 месяца, на ВИЧ, гепатиты В и С - через 3-6-9 месяцев.

Приложение Г.