

## **Клинические рекомендации – Урогенитальный трихомониаз – 2021-2022-2023 (06.07.2021) – Утверждены Минздравом РФ**

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: A59

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые, Дети

Год окончания действия: 2023

ID: 241

По состоянию на 05.07.2021 на сайте МЗ РФ

Разработчик клинической рекомендации

- Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"

- Российское общество акушеров-гинекологов

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

### **Список сокращений**

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота

ИППП – инфекции, передаваемые половым путем

МКБ – Международная классификация болезней

ПЦР – полимеразная цепная реакция

РНК – рибонуклеиновая кислота

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

### **Термины и определения**

Урогенитальный трихомониаз – инфекция, передаваемая половым путем, возбудителем которой является *Trichomonas vaginalis*.

*Trichomonas vaginalis* – жгутиковый простейший одноклеточный паразит, вызывающий поражение урогенитального тракта человека.

## **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группы заболеваний или состояний)**

### **1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Урогенитальный трихомониаз – инфекция, передаваемая половым путем, возбудителем которой является *Trichomonas vaginalis*.

### **1.2. Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

*Trichomonas vaginalis* – одноклеточный микроорганизм, относится к типу простейших,

семейству Trichomonadidae, роду Trichomonas.

*T. vaginalis* имеет овальную, округлую или грушевидную форму. Размеры трихомонад могут варьировать от 8 до 40 мкм и более. Простейшее имеет 5 жгутиков, 4 из которых расположены в его передней части, а один – внутри ундулирующей мембраны, обеспечивающей активное движение трихомонады. Ядро *T. vaginalis* локализовано в ее передней части. В ядре берет начало аксостиль – гиалиновый тяж, пересекающий клетку вдоль и заканчивающийся острым концом, способствующим прикреплению простейшего к эпителиальным клеткам урогенитального тракта.

*T. vaginalis* – облигатный паразит, получающий важнейшие питательные компоненты из секрета половых путей путем фагоцитоза эпителиоцитов, симбиотных и условно-патогенных микроорганизмов.

Трихомонады обладают тропизмом к плоскому эпителию. При инфицировании, попадая на эпителий слизистой оболочки, *T. vaginalis* совершают активные движения и, благодаря способности выделять клеточный разъединяющий фактор, проникают через межклеточные пространства в субэпителиальную соединительную ткань, лимфатические щели и сосуды.

У мужчин первично инфицируется эпителий слизистой оболочки дистальной части уретры в области ладьевидной ямки, далее возбудители распространяются по слизистой оболочке передней, задней части уретры, откуда могут проникать в ткани предстательной железы, семенные пузырьки и т.д.

У женщин трихомонады, как правило, инфицируют слизистую оболочку влагалища и экзоцервикса, реже – цервикального канала, уретры, парауретральных ходов, вестибулярных желез, мочевого пузыря, маточных труб.

Инфицирование взрослых лиц происходит при половом контакте с больным урогенитальным трихомониазом, детей – интранатальным путем и при половом контакте; в исключительных случаях девочки младшего возраста могут инфицироваться при нарушении правил личной гигиены и правил ухода за детьми.

### **1.3. Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Урогенитальный трихомониаз является одной из распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). По оценкам Всемирной организации здравоохранения, ежегодно около 250 миллионов человек инфицируются *Trichomonas vaginalis*. В структуре всех ИППП трихомониаз занимает одно из первых мест у лиц, обратившихся за специализированной дерматовенерологической, акушерско-гинекологической и урологической помощью по поводу инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта.

В Российской Федерации за последние годы отмечается снижение показателей заболеваемости урогенитальным трихомониазом, однако они остаются достаточно высокими, что во многом обусловлено гипердиагностикой заболевания. В 2018 году уровень заболеваемости составил 42,8 на 100 тысяч населения: у лиц в возрасте 0-14 лет 0,46 случаев на 100 тысяч соответствующего населения, у лиц 15-17 лет 25,5 случаев на 100 тысяч соответствующего населения, у лиц в возрасте 18 лет и старше 52,7 на 100 тысяч соответствующего населения.

#### **1.4. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем**

Трихомоноз (A59):

A59.0 – Урогенитальный трихомоноз;

A59.8 – Трихомоноз других локализаций;

A59.9 – Трихомоноз неуточненный.

#### **1.5. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

Клиническая классификация урогенитального трихомоноза основана на локализации патологического процесса.

- Трихомоноз нижнего отдела урогенитального тракта у женщин:

- вульвит;

- вагинит;

- цервицит;

- уретрит;

- цистит.

- Трихомоноз органов малого таза и других мочеполовых органов у женщин:

- вульвит;

- парауретрит;

- сальпингит.

- Трихомоноз нижнего отдела урогенитального тракта у мужчин:

3.1 уретрит;

3.2 баланит и баланопостит;

3.3 цистит.

4. Трихомоноз верхних отделов урогенитального тракта и других мочеполовых органов у мужчин:

4.1 эпидидимит;

4.2 простатит;

4.3 везикулит;

4.4 парауретрит.

#### **1.6. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)**

##### **Трихомоноз нижних отделов мочеполового тракта**

У 20-40% пациентов отмечается субъективно асимптомное течение урогенитального трихомоноза.

У женщин при наличии клинических проявлений могут быть следующие субъективные симптомы: выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом; зуд, жжение в области половых органов; болезненность во время половых контактов (диспареуния); зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); дискомфорт и/или боль в нижней части живота.

Объективными симптомами заболевания у женщин являются: гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища; серо-желтые, жидкие пенистые вагинальные выделения с неприятным запахом; редко – эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки половых органов, кожи внутренней поверхности бедер; петехиальные кровоизлияния на слизистой оболочке влагалищной части шейки матки.

У мужчин субъективными симптомами заболевания являются: серо-желтые, жидкие выделения из уретры; зуд, жжение в области уретры; боль в промежности с иррадиацией в прямую кишку; болезненность во время половых контактов (диспареуния); зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); реже – эрозивно-язвенные высыпания на коже головки полового члена; гематоспермия (редко).

Объективными симптомами заболевания у мужчин являются: гиперемия и отечность в области наружного отверстия уретры; скудные или умеренные серо-желтые, жидкие уретральные выделения; реже – эрозивно-язвенные высыпания на коже головки полового члена.

## **Трихомониаз органов малого таза и других мочеполовых органов**

### **Субъективными симптомами у женщин являются:**

- при вульвитите: незначительные выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом, болезненность и отечность в области вульвы. При формировании абсцесса железы присоединяются симптомы общей интоксикации; боли усиливаются при ходьбе и в покое, принимая пульсирующий характер;

- при сальпингите: боль в области нижней части живота, нередко схваткообразного характера; выделения из половых путей серо-желтого цвета, нередко – пенистые, с неприятным запахом; при хроническом течении заболевания субъективные проявления менее выражены.

### **Объективными симптомами у женщин являются:**

- при вульвитите: незначительные серо-желтые, жидкие выделения из половых путей, гиперемия наружных отверстий протоков вульварных желез, болезненность и отечность протоков при пальпации. При формировании абсцесса железы – общая и местная гипертермия, при пальпации железы наблюдаются скудные выделения серо-желтого цвета; определяется четко ограниченная инфильтрация, гиперемия и выраженная болезненность в зоне проекции протока;

- при сальпингите: при остром течении воспалительного процесса – увеличенные, болезненные при пальпации маточные трубы, укорочение сводов влагалища, серо-желтые, жидкие пенистые выделения из цервикального канала; при хроническом течении заболевания – незначительная болезненность, уплотнение маточных труб.

### **Субъективными симптомами у мужчин являются:**

- при эпидидимите: серо-желтые, жидкие выделения из мочеиспускательного канала, дизурия, диспареуния, болезненность в области придатка яичка и паховой области; боль в промежности с иррадиацией в область прямой кишки, в нижней части живота, в области мошонки; боль может распространяться на семенной канатик, паховый канал, область поясницы, крестца;

- при простатите: боль в промежности и в нижней части живота с иррадиацией в область прямой кишки, дизурия;

- при везикулите: боль в области крестца, промежности, заднего прохода,

усиливающаяся при мочеиспускании и дефекации, учащенное мочеиспускание, ночные эрекции, возможна гематоспермия.

### **Объективными симптомами у мужчин являются:**

- при эпидидимите: серо-желтые, жидкие выделения из мочеиспускательного канала, при пальпации определяются увеличенные, плотные и болезненные яичко и его придаток, гиперемия и отек мошонки в области поражения;

- при простатите: при пальпации определяется болезненная, уплотненная предстательная железа;

- при везикулите: при пальпации определяется отечность и болезненность в области семенных пузырьков.

У лиц обоего пола возможно поражение парауретральных желез, при этом субъективными симптомами являются: зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); серо-желтые, жидкие выделения из мочеиспускательного канала; болезненность во время половых контактов (диспареуния); болезненность в области наружного отверстия уретры. Объективными симптомами парауретрита являются: серо-желтые, жидкие выделения из мочеиспускательного канала, наличие плотных болезненных образований величиной с просыное зерно в области выводных протоков парауретральных желез.

Субъективные и объективные симптомы урогенитального трихомониаза у детей и подростков аналогичны таковым у взрослых лиц. Особенностью клинического течения заболевания у девочек является более выраженная субъективная и объективная симптоматика.

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

Диагноз устанавливается только после лабораторного подтверждения наличия *Trichomonas vaginalis* в клинических образцах, полученных из урогенитального тракта.

### **2.1. Жалобы и анамнез**

Субъективные клинические проявления урогенитального трихомониаза описаны в разделе "Клиническая картина".

### **2.2. Физикальное обследование**

Проводится осмотр кожных покровов наружных половых органов и аногенитальной области, видимых слизистых оболочек наружных половых органов и уретры, оценивается наличие свободных выделений и их характер, проводится пальпация уретры, а также регионарных лимфатических узлов.

У женщин: осмотр слизистых оболочек влагалища и видимой части шейки матки с помощью зеркала Куско; оценка выделений в заднем и задне-боковых сводах влагалища, выделений из цервикального канала; бимануальное влагалищное исследование.

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

Объективные клинические проявления урогенитального трихомониаза, выявляемые при физикальном обследовании, описаны в разделе "Клиническая картина".

### 2.3. Лабораторные диагностические исследования

Лабораторная диагностика урогенитального трихомониаза показана следующим лицам:

- 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 партнерам больных ИППП;
- лицам, перенесшим сексуальное насилие [15, 31, 42, 43].

- Рекомендуется подтверждение диагноза урогенитального трихомониаза лицам с выраженной клинической картиной на основании результатов лабораторного исследования нативного препарата микроскопическим методом (фазовоконтрастная или темнопольная микроскопия): микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на трихомонады (*Trichomonas vaginalis*) и/или микроскопическое исследование отделяемого из уретры на трихомонас вагиналис (*Trichomonas vaginalis*) [21, 22, 28, 31, 44, 45].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств – 2)

Комментарии: необходимым условием микроскопии нативного препарата является проведение исследования немедленно после получения биологического материала. Наиболее высокая чувствительность (до 70%) и специфичность (до 100%) микроскопического исследования нативного препарата установлена при клинически выраженных формах заболевания, в особенности у женщин.

- Рекомендуется лабораторное подтверждение урогенитального трихомониаза пациентам молекулярно-биологическими методами, направленными на обнаружение специфических фрагментов ДНК и/или РНК *T. vaginalis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации (ПЦР, NASBA): молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на трихомонас вагиналис (*Trichomonas vaginalis*) и/или молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на трихомонас вагиналис (*Trichomonas vaginalis*) и/или молекулярно-биологическое исследование мочи на трихомонас вагиналис (*Trichomonas vaginalis*) [26-31, 33-36, 46, 47].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 2).

Комментарии: чувствительность молекулярно-биологических методов составляет 88-97%, специфичность – 98-99%. 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 лабораторное подтверждение урогенитального трихомониаза пациентам с малосимптомными и бессимптомными формами заболевания на основании результатов: микробиологического (культурального) исследования отделяемого из уретры на трихомонас вагиналис (*Trichomonas vaginalis*) и/или микробиологического (культурального) исследования влагалищного отделяемого на трихомонас вагиналис (*Trichomonas vaginalis*) и/или микробиологического (культурального) исследования секрета простаты на трихомонас вагиналис (*Trichomonas vaginalis*) [24, 25, 30, 37, 38].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 4).

Комментарии: культуральное исследование показано при мало- и бессимптомных формах заболевания, а также в случаях, когда предполагаемый диагноз не подтверждается

при микроскопическом исследовании. Чувствительность культурального исследования достигает 95%, но метод отличается большей трудоемкостью и длительностью выполнения по сравнению с молекулярно-биологическими методами, что ограничивает его применение.

Комментарии: Необходимо для получения достоверных результатов лабораторных исследований соблюдение ряда требований, к которым относятся:

- сроки получения клинического материала с учетом применения антибактериальных лекарственных препаратов: для идентификации *T. Vaginalis* культуральным методом и 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.

- Не рекомендуется лабораторная диагностика урогенитального трихомониаза пациентам всех возрастных групп и категорий на основании результатов микроскопического исследования окрашенных препаратов ввиду субъективизма оценки результатов исследования [21, 22, 28, 31, 33, 34].

Уровень убедительности рекомендаций – В (уровень достоверности доказательств 2).

- Не рекомендуется использование других методов лабораторных исследований, в том числе, метода прямой иммунофлюоресценции для идентификации *T. vaginalis* и иммуноферментного анализа для обнаружения антител к *T. vaginalis* для диагностики урогенитального трихомониаза пациентам всех возрастных групп и категорий [30].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: не следует применять биологические, химические и алиментарные провокации с целью повышения эффективности диагностики и лечения урогенитального трихомониаза пациентам всех возрастных групп и категорий [32].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 4)

## **2.4. Инструментальные диагностические исследования**

Не применяются.

## **2.5. Иные диагностические исследования**

- Рекомендуется консультация врача акушера-гинеколога при вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза, при ведении беременных, больных урогенитальным трихомониазом, с целью определения тактики ведения [41, 56].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5)

- Рекомендуется консультация врача-уролога с целью диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы, при длительном течении и неэффективности ранее проводимой терапии эпидидимита и простатита [41, 56].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5)

### **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

#### **3.1. Консервативное лечение**

Лечение урогенитального трихомониаза проводится синтетическими антибактериальными средствами (производными имидазола или нитроимидазола).

- Рекомендуется для лечения трихомониаза нижнего отдела мочеполовой системы назначать перорально один из следующих препаратов с целью эрадикации *T. vaginalis* и клинического выздоровления:

#метронидазол\*\* 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней [1, 2, 3-5, 8-12, 14, 19, 31, 53, 54, 58].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 2) или

метронидазол\*\* 2,0 г однократно [1, 2, 3-5, 8-12, 14, 19, 31].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств 1) или

#тинидазол 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней [1, 2, 3-5, 8-12, 14, 19, 31, 56, 59].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств 1) или

тинидазол 2,0 г однократно [1, 2, 3-5, 8-12, 14, 19, 31, 53].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств 1) или

орнидазол 500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней [6, 7, 9, 13, 14, 48].

Уровень убедительности рекомендаций – А (уровень достоверности доказательств 2) или

#орнидазол 1,5 г однократно [6, 7, 9, 13, 14, 54]

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 2)

- Рекомендуется для лечения осложненного и рецидивирующего трихомониаза назначать перорально один из следующих препаратов с целью эрадикации *T. vaginalis* и клинического выздоровления:

#метронидазол\*\* 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней [15, 19, 31, 39, 40, 49, 54].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5) или

#метронидазол\*\* 2,0 г внутрь 1 раз в сутки в течение 5 дней [15, 19, 31, 39, 40, 53].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5) или

#орнидазол 500 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней [15, 19, 31, 39, 40, 54, 56].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5) или

#тинидазол 2,0 г 1 раз в сутки в течение 3 дней [15, 19, 31, 39, 40, 56]

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5)

- Рекомендуется при лечении осложненных форм урогенитального трихомониаза у женщин одновременно с пероральными препаратами применение препаратов с противопрозоидным и антибактериальным действием для местного применения в гинекологии:

#метронидазол, вагинальная таблетка 500 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней [57].



Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5)  
или

метронидазол, гель вагинальный 5 г интравагинально 2 раза в сутки в течение 5 дней

[52]

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5)

- Рекомендуется для лечения беременных с целью эрадикации *T. vaginalis* и клинического выздоровления назначать перорально один из следующих препаратов:

#метронидазол\*\* 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней [16, 17, 56, 59]

или

#метронидазол\*\* 2,0 г однократно [16, 17, 53].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: применение метронидазола\*\*, возможно не ранее 2 триместра беременности с учетом его влияния на плод при участии врачей-акушеров-гинекологов. Одновременно с пероральными препаратами возможно применение препаратов с противопротозойным и антибактериальным действием для местного применения в гинекологии.

- Рекомендуется для лечения детей с целью эрадикации *T. vaginalis* и клинического выздоровления назначать перорально один из следующих препаратов:

#метронидазол\*\* 10 мг на кг массы тела 3 раза в сутки в течение 5 дней [15, 18, 50, 51, 56, 57].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 4)

или

орнидазол 25 мг на кг массы тела перорально 1 раз в сутки в течение 5 дней [15, 55]

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: Лечение трихомонадной инфекции у детей с массой тела более 35 кг проводится в соответствии со схемами назначения у взрослых лиц.

При подтвержденной трихомонадной инфекции у детей необходимо исключение полового пути передачи.

Не следует проводить системную энзимотерапию, иммуномодулирующую терапию и терапию местными антисептическими средствами (применение не является обоснованным с позиций доказательной медицины).

- При отсутствии эффекта от лечения рекомендуется исключение реинфекции и назначение другого препарата производных имидазола или нитроимидазола или курсовых методик лечения [8-12, 56].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5)

### 3.2. Хирургическое лечение

Не применяется.

### 3.3. Иное лечение

Диетотерапия не показана.

Обезболивание не проводится.

#### **4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации**

Не применяется.

#### **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

##### **Профилактика**

- исключение случайных половых контактов;
- использование средств барьерной контрацепции;
- обследование и лечение половых партнеров [40].

##### **Диспансерное наблюдение**

- Рекомендован контроль эффективности лечения рекомендовано осуществлять микроскопическим исследованием нативного препарата и/или микробиологическим (культуральным) методом исследования и/или определением РНК трихомонас вагиналис (*Trichomonas vaginalis*) (NASBA) через 14 дней после окончания лечения, определением ДНК трихомонас вагиналис (*Trichomonas vaginalis*) методом ПЦР – не ранее, чем через месяц после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат [41, 54].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

#### **6. Организация оказания медицинской помощи**

Показаний для госпитализации в медицинскую организацию нет.

Медицинская помощь оказывается в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи врачами-дерматовенерологами в амбулаторных условиях.

При выявлении больного заполняется форма N 089-у/кв "Извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонококковой инфекции, хламидийных инфекций, трихомоноза, аногенитальной герпетической вирусной инфекции, аногенитальных (венерических) бородавок, микоза, чесотки" в порядке установленном письмом Министерства здравоохранения РФ от 2 марта 2015 г. N 13-2/25.

#### **7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

Пациентов с установленным диагнозом урогенитальный трихомониаз необходимо обследовать на другие инфекции, передаваемые половым путем, в том числе сифилис, а также ВИЧ, гепатиты В и С. Проводят определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови; определение антител классов М, G. (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови; определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) в крови; определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови; определение антигена вируса гепатита С (Hepatitis C) в крови.

При неустановленном источнике инфицирования рекомендуется повторное серологическое исследование на сифилис через 3 месяца, на ВИЧ, гепатиты В и С – через 3-

6-9 месяцев. При неизвестном или ранее отрицательном ВИЧ-статусе при постановке диагноза и через 6 месяцев рекомендуется тестирование на ВИЧ.

### Критерии оценки качества медицинской помощи

N	Критерии качества	Уровень убедительности доказательств	Уровень достоверности доказательств
1	Выполнено подтверждение диагноза микроскопическим методом (исследование нативного препарата) и/или молекулярно-биологическими методами и/или культуральным методом исследования	A, B	1, 2
2	Проведена терапия метронидазолом** или тинидазолом или орнидазолом	A, B, C	1, 2, 3, 4
3	Достигнута эрадикация <i>T. vaginalis</i>	C	4
4	Достигнуто клиническое выздоровление	C	4

### Список литературы

1. Thin RN, Symonds MAE, Booker R, Cook S, Langlet F. Double-blind comparison of a single dose and a five-day course of metronidazole in the treatment of trichomoniasis. *Brit J Vener Dis* 1979; 55: 354-356.

2. Forna F, Gulmezoglu AM. Interventions for treating trichomoniasis in women (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.

3. Hager D, Brown ST, Kraus SJ, Kleris GS, Perkins GJ, Henderson M, Perkins GJ, Henderson M. Metronidazole for vaginal trichomoniasis seven day vs single-dose regimens. *JAMA* 1980; 244: 1219-1220.

4. Das S, Huegnsberg M, Shahmanesh M. Treatment failure of vaginal trichomoniasis in clinical practice. *Intl J STD & AIDS* 2005; 16: 284-286.

5. Hager D, Brown ST, Kraus SJ, Kleris GS, Perkins GJ, Henderson M, Perkins GJ, Henderson M. Metronidazole for vaginal trichomoniasis seven day vs single-dose regimens. *JAMA* 1980; 244: 1219-1220.

6. Thin RN, Symonds MAE, Booker R, Cook S, Langlet F. Double-blind comparison of a single dose and a five-day course of metronidazole in the treatment of trichomoniasis. *Brit J Vener Dis* 1979; 55: 354.

7. M Skold, H Gnarpe, and L Hillstrom Ornidazole: a new antiprotozoal compound for treatment of *Trichomonas vaginalis* infection *Br J Vener Dis*. 1977 Feb; 53(1): 44-48.

8. Lyng J, Christensen J. A double blind study of treatment with a single dose tinidazole of partners to females with trichomoniasis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1981; 60: 199-201.

9. Chaisilwattana P, Bhiraleus P, Patanaparnich P, Bhadrakom C. Double blind comparative study of tinidazole and ornidazole as a single dose treatment of vaginal trichomoniasis. *J Med Assoc Thai*. 1980 Aug; 63(8): 448 – 53.

10. Dykers JR. Single dose metronidazole treatment for trichomonal vaginitis – patient and consort. *N Eng J Med* 1975; 293; 23-24.

11. Spence MR, Harwell TS, Davies MC, et al. The minimum single oral metronidazole dose

for treating trichomoniasis: a randomized, blinded study. *Obstet Gynecol* 1997; 89 (5 Pt 1): 699-703.

12. Prasertsawat PO, Jetsawangsi T. Split-dose metronidazole or single-dose tinidazole for the treatment of vaginal trichomoniasis. *Sex Transm Dis* 1992; 19: 295 – 7.

13. Fugere P, Verschelden G, Caron M. Single oral dose of ornidazole in women with vaginal trichomoniasis. *Obstet Gynecol*. 1983 Oct; 62(4): 502 – 5.

14. Serup J, Jensen RH Treatment of trichomoniasis vaginalis with single oral dosage of ornidazole (Tiberal) and tinidazole (Fasigyn). A controlled study. *Ugeskr Laeger*. 1978 Jun 19; 140(25): 1483 – 4.

15. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 768 с.

16. Burtin P, Taddio A, Adburnu O, Einarson TR, Koren G. Safety of metronidazole in pregnancy: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 525-529.

17. Caro-Paton T, Carvajal A, de diego IM, Martin-Arias LH, Requejo AA, Pinilla ER. Is metronidazole teratogenic: a meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 1997; 44: 179 – 18243.

18. Gulmezoglu AM, Azhar M. Interventions for trichomoniasis in pregnancy//Cochrane Database Syst Rev. 2011 May 11; (5): CD000220. doi: 10.1002/14651858.CD000220.pub2. Review.PMID: 21563127.

19. Krashin JW, Koumans EH, Bradshaw-Sydor AC, Braxton JR, Evan Secor W, Sawyer MK, Markowitz LE.. *Trichomonas vaginalis* prevalence, incidence, risk factors and antibiotic-resistance in an adolescent population *Sex Transm Dis*. 2010 Jul; 37(7): 440 – 4.

20. Sobel JD, Nyirjesy P, Brown W. Tinidazole Therapy for Metronidazole-Resistant Vaginal Trichomoniasis. *Clinical Infectious Diseases* 2001; 33: 1341-1346.

21. Adjei C, Boateng R, Dompok A et al. Prevalence and the evaluation of culture, wet mount, and ELISA methods for the diagnosis of *Trichomonas vaginalis* infection among Ghanaian women using urine and vaginal specimens. *Trop Med Health*. 2019 May 16; 47: 33. doi: 10.1186/s41182-019-0162-9. eCollection 2019.

22. Bickley LS, Krisher KK, Punsalang A, Trupej MA, Reichman RC, Menegus MA. Comparison of direct fluorescent antibody, acridine orange, wet mount and culture for detection of *Trichomonas vaginalis* in women attending a public sexually transmitted disease clinic. *Sex Trans Dis* 1989; 127-131.

23. Kreiger JN, Tam MR, Stevens CE, et al. Diagnosis of trichomoniasis: comparison of conventional wet-mount examination with cytological studies, cultures, and monoclonal antibody staining of direct specimens. *JAMA* 1988; 259: 1223-1227.

24. Kreiger JN, Viridans M, Siegel N, Critchlow C, Holmes KK. Risk assessment and laboratory diagnosis of trichomoniasis in men. *J Infect Dis* 1992; 166: 1362-1366.

25. Schmid, G.P., Matheny, L.C., Zaidi, A.A. et al. Evaluation of six media for the growth of *Trichomonas vaginalis* from vaginal secretions. *J. Clin. Microbiol* 1989; 27: 1230-1233.

26. Gelbart, S.M., Thomason, J.L., Osypowski et al. Growth of *Trichomonas vaginalis* in commercial culture media. *J. Clin. Microbiol* 1990; 28, 962-964.

27. Madico G, Quinn TC, Rompalo A, McKee KT jr, Gaydos CA. Diagnosis of *Trichomonas vaginalis* infection by PCR using vaginal swab samples. *J Clin Microbiol* 1998; 36: 3205-3210.

28. Mayta H, Gilman RH, Calderon MM, Gottlieb A, Soto Gturo I, Sanchez S, Vivar A. 18S ribosomal DNA-based PCR for the diagnosis of *Trichomonas vaginalis*. *J Clin Microbiol* 2000; 38: 2683-2687.

29. Weise W, Patel SC et al. A meta-analysis of the Pap anicolaou smear and wet mount for the diagnosis of vaginal trichomoniasis. *Am J Med* 2000; 108: 301-308.

30. Марданлы С.Г., Куляш Г.Ю. Проблемы достоверности и объективной оценки результатов лабораторной диагностики гонореи, трихомониаза и урогенитального

хламидиоза: учебно-методическое пособие / С.Г. Марданлы, Г.Ю. Куляш. – Электрогорск: ЗАО "ЭКОлаб", 2011. – 48 с.

31. United Kingdom National Guideline on the Management of *Trichomonas vaginalis* 2014. Available

<https://www.bashh.org/documents/UK%20national%20guideline%20on%20the%20management%20of%20TV%20%202014.pdf>.

32. Renton A, Filatova E, Ison C, Meheus A, Dmitriev G, Akovbian V, et al. A trial of the validity of genital smears and cultures with gonococcal vaccine provocation in diagnosing genital gonorrhoea in women. *Int J STD AIDS* 2009; 20: 24-29.

33. Nye MB, Schwebke JR, Body BA Comparison of APTIMA *Trichomonas vaginalis* transcription mediated amplification to wet mount microscopy, culture, and polymerase chain reaction for diagnosis of trichomoniasis in men and women *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2009, 200: 188. e181 – 188. e187.

34. Hobbs MM et al Methods for detection of *Trichomonas vaginalis* in the male partners of infected women: implications for control of trichomoniasis. *Journal of Clinical Microbiology*, 2006, 44: 3994 – 3999.

35. Cosentino LA, Campbell T, Jett A et al Use of nucleic acid amplification testing or diagnosis of anorectal sexually transmitted infections *J Clin Microbiol* 2012; 50: 2005 – 855.

36. Schwebke JR, Hobbs MM, Taylor SN, Sena AC, Catania MG, Weinbaum BS, Johnson AD, Getman DK, Gaydos CA. Molecular testing for *Trichomonas vaginalis* in women: results from a prospective U.S. clinical trial. *J Clin Microbiol*. 2011 Dec; 49(12): 4106 – 11.

37. Borchardt KA et al. A comparison of the sensitivity of the InPouch TV, Diamond's and Trichosel media for detection of *Trichomonas vaginalis*. *Genitourinary Medicine*, 1997, 73: 297-298.38.

38. el Naga IF, Khalifa AM, el Azzouni MZ. In-pouch TV culture system in diagnosis of *Trichomonas vaginalis* infection. *Journal of the Egyptian Society of Parasitology*, 2001, 31: 647-656.

39. Das S, Huengsberg M, Shahmanesh M. Treatment failure of vaginal trichomoniasis in clinical practice *Int J STD AIDS* 2005; 16: 284-286.

40. Datta S, Mercer CH, Keeling MJ. et al. Capturing sexual contact patterns in modelling the spread of sexually transmitted infections: Evidence using Natsal-3. *PLoS One*. 2018 Nov 1; 13(11): e0206501. doi: 10.1371/journal.pone.0206501.

41. Craig-Kuhn MC, Granade C, Muzny CA Optimal Timing for *Trichomonas vaginalis* Test of Cure Using Nucleic Acid Amplification Testing. *Sex Transm Dis*. 2019 May; 46(5): 312-316.

42. Silver B.J. et al. *Trichomonas vaginalis* as a cause of perinatal morbidity: a systematic review and meta-analysis//*Sexually transmitted diseases*. – 2014. – Т. 41. – N. 6. – С. 369-376.

43. Bosserman EA, Helms DJ, Mosure DJ et al Utility of antimicrobial susceptibility testing in *Trichomonas vaginalis* infected women with clinical treatment failure *Sex Transm Dis* 2011; 38: 983 – 98.

44. Gaydos CA, Klausner JD, Pai NP et al. Rapid and point-of-care tests for the diagnosis of *Trichomonas vaginalis* in women and men. *Sex Transm Infect*. 2017 Dec; 93(S4): S31-S35. doi: 10.1136/sextrans-2016-053063. Epub 2017 Jul 6.

45. Bosserman EA, Helms DJ, Mosure DJ et al Utility of antimicrobial susceptibility testing in *Trichomonas vaginalis* infected women with clinical treatment failure *Sex Transm Dis* 2011; 38: 983 – 98.

46. Levy SB, Gunta J, Edemekong P Screening for Sexually Transmitted Diseases. *Prim Care*. 2019 Mar; 46(1): 157-173. doi: 10.1016/j.pop.2018.10.013. Epub 2018 Dec 24.

47. Feng RM, Z Wang M, Smith JS et al. Risk of high-risk human papillomavirus infection and cervical precancerous lesions with past or current trichomonas infection: a pooled analysis of 25,054 women in rural China. *J Clin Virol*. 2018 Feb-Mar; 99-100: 84-90. doi:

10.1016/j.jcv.2017.12.015. Epub 2017 Dec 30.

48. Хрянин А.А., Решетников О.В. Клиническая и микробиологическая эффективность метронидазола и орнидазола в лечении урогенитального трихомониаза у мужчин. Издание: Антибиотики и химиотерапия. 2006 г., N 51 т. 1, стр. 18-21.

49. Vickovic, N., et al. Metronidazole 1.5 gram dose for 7 or 14 days in the treatment of patients with chronic prostatitis caused by *Trichomonas vaginalis*: A randomized study. J Chemother, 2010. 22: 364.

50. American academy of Pediatrics. Sexually Transmitted Infections. Red Book® , editor Kimberly DW, 31st Edition, 2018, AAP Point-of-Care-Solutions. p. 821-823

51. А.Л. Тихомиров, Ч.Г. Олейник "Урогенитальный трихомониаз" Дерматология и венерология, Опубликовано 22-01-2010.

52. А.А. Кубанова, В.И. Кисина Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем.

53. Фадеев А.А., Ломоносов К.М. Выбор оптимального препарата для терапии трихомониаза. Регулярные выпуски "РМЖ" N 4 от 27.02.2004.

54. Рюмин Д.В., Липова Е.В., Баткаев Э.А. УРОГЕНИТАЛЬНЫЙ ТРИХОМОНИАЗ (Пособие для врачей), Москва, 2001.

55. Клименко Б.В. Трихомониаз мужчин, женщин и детей/Б.В. Клименко [и др.]. – СПб.

56. Ю.К. Скрипкин, Ю.С. Бутов, О.Л. Иванов "Дерматовенерология. Национальное руководство" 2013.

57. Е.И. Юнусова, Л.А. Юсупова, З.Ш. Гараева, Г.И. Мавлютова. Особенности диагностики и лечения урогенитального трихомониаза. Журнал "Лечащий Врач" N 05/2014.

58. Kissinger P. et al. A randomized trial of metronidazole in a single 2 g dose versus 500 mg twice daily for 7 days for the treatment of trichomoniasis in women//The Lancet. Infectious diseases. – 2018. – Т. 18. – N. 11. – С. 1251.

59. Organizacion Mundial de la Salud (Genebra et al. Guidelines for the management of sexually transmitted infections. – World Health Organization, 2003.

60. Van Schalkwyk, J., Yudin, M.H., Yudin, M.H., Allen, V., Bouchard, C., Boucher, M., ... van Schalkwyk, J. (2015). Vulvovaginitis: Screening for and Management of Trichomoniasis, Vulvovaginal Candidiasis, and Bacterial Vaginosis. Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 37(3), 266-274. doi: 10.1016/s1701-2163(15)30316-9.

Приложение А1

## **Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

1. Кубанов Алексей Алексеевич – член-корреспондент РАН, президент ООО "РОДВК", директор ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ДПО "РАМНПО" Минздрава России.

2. Серов Владимир Николаевич – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, президент ООО "РОАГ".

3. Абудуев Назирбек Каримуллаевич – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

4. Аполихина Инна Анатольевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

5. Блохин Борис Моисеевич – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач

РФ, Член Исполкома Союза педиатров России, председатель Российского общества по Неотложной педиатрии, председатель Европейской рабочей группы по симуляционному обучению неотложных состояний в педиатрии, почетный член Нью-Йоркской Академии наук.

6. Богданова Елена Витальевна – старший научный сотрудник научно-организационного отдела ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

7. Васильев Михаил Михайлович – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

8. Власов Василий Викторович – доктор медицинских наук, профессор, член Экспертного комитета по медицинским исследованиям Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения 2007-2017, член Комиссии РАН по противодействию фальсификации научных исследований, Комиссии РАН по борьбе с лженаукой, эксперт РАН, член Общественного совета при Минздраве России, вице-президент Общества специалистов доказательной медицины.

9. Гомберг Михаил Александрович – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ГБУЗ "МНПЦДК" Департамента здравоохранения г. Москвы, член Союза "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов", Член Royal College of Physicians (RCP), Член Американской Академии Дерматологии (AAD), член Европейской Академии Дерматовенерологии (EADV), Старший Советник Международного Союза по борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путем (IUSTI).

10. Грекова Юлия Николаевна – доктор медицинских наук, доцент, ведущий научный сотрудник научного клинического отдела сифилидологии и ИППП УрНИИДВиИ, Екатеринбург.

11. Гущин Александр Евгеньевич – кандидат биологических наук, ведущий научный сотрудник ГБУЗ "МНПЦДК" Департамента здравоохранения г. Москвы, член Союза "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов", член комитета по микробиологии Федерации лабораторной медицины, член Европейского союза по борьбе с ИППП (IUSTI/ВОЗ), член Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем "ЮСТИ РУ".

12. Долгушина Наталия Витальевна – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора – руководитель департамента организации научной деятельности ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

13. Доля Ольга Валентиновна – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник ГБУЗ "МНПЦДК" Департамента здравоохранения г. Москвы, член Союза "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов".

14. Забиров Константин Ильгизарович – доктор медицинских наук, профессор, врач-дерматовенеролог отдела оказания специализированной медицинской помощи (ООСМП) ГБУЗ "МНПЦДК" Департамента здравоохранения г. Москвы, член Союза "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов".

15. Земцов Михаил Алексеевич – кандидат медицинских наук, Заслуженный врач РФ, главный врач ГБУЗ СК КККВД, главный внешний дерматовенеролог и косметолог Министерства здравоохранения Ставропольского края, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

16. Зиганшин Олег Раисович – доктор медицинских наук, профессор, главный врач ГБУЗ "ЧОУУВД", заведующий кафедрой ФГБОУ ВО "ЮУГМУ" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

17. Иванова Маиса Афанасьевна – доктор медицинских наук, профессор, главный

научный сотрудник ФГУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, главный научный сотрудник ГБУЗ "МНПЦДК" Департамента здравоохранения г. Москвы.

18. Катунин Георгий Леонидович – кандидат медицинских наук, врач-дерматовенеролог ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

19. Кисина Вера Ивановна – доктор медицинских наук, профессор, главный научный сотрудник ГБУЗ "МНПЦДК" Департамента здравоохранения г. Москвы, член Союза "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов", член Европейского союза по борьбе с ИППП (IUSTI/ВОЗ), член Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем "ЮСТИ РУ", член Российского межрегионального общества специалистов по доказательной медицине, член Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС).

20. Ковалык Владимир Павлович – кандидат медицинских наук, доцент, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, член Союза "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов", член Европейского союза по борьбе с ИППП (IUSTI), член Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем "ЮСТИ РУ".

21. Козлов Роман Сергеевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор НИИ антимикробной химиотерапии ГОУ ВПО "Смоленская государственная медицинская академия".

22. Любасовская Людмила Анатольевна – кандидат медицинских наук, заведующая отделением клинической фармакологии антимикробных и иммунобиологических препаратов института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

23. Малова Ирина Олеговна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО "Иркутский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Иркутск.

24. Минуллин Искандэр Кагапович – главный врач ГАУЗ "Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер", заслуженный врач РФ, главный специалист по дерматовенерологии и косметологии МЗ РТ, главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Приволжского федерального округа.

25. Межевитинова Елена Анатольевна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник научно-поликлинического отделения ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

26. Нечаева Ирина Анатольевна – кандидат медицинских наук, врач дерматовенеролог ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

27. Онопченко Виктория Викторовна – главный врач ГБУЗ НСО "Новосибирской областной клинической кожно-венерологический диспансер", главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Новосибирской области, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

28. Перламутров Юрий Николаевич – доктор медицинских наук, профессор ФГБОУ ВО "МГМСУ им. А.И. Евдокимова" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

29. Плахова Ксения Ильинична – доктор медицинских наук, ученый секретарь, и.о. заведующего отделом ИППП ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

30. Потекаев Николай Николаевич – доктор медицинских наук, профессор, директор ГБУЗ "МНПЦДК" Департамента здравоохранения г. Москвы, главный внештатный



специалист по дерматовенерологии и косметологии Минздрава РФ, главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения Москвы, заведующий кафедрой кожных болезней и косметологии ФДПО "РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России", президент Национального альянса дерматологов и косметологов России.

31. Припутневич Татьяна Валерьевна – доктор медицинских наук, заведующий отделом микробиологии, клинической фармакологии и эпидемиологии ФГБУ "НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова" Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

32. Прожерин Сергей Витальевич – врач-дерматовенеролог ГБУЗ Свердловской области "Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД".

33. Радзинский Виктор Евсеевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, вице-президент Российского общества акушеров-гинекологов.

34. Рахматулина Маргарита Рафиковна – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом клинической лабораторной диагностики ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

35. Руднева Наталья Сергеевна – кандидат медицинских наук, главный внештатный специалист дерматовенеролог, косметолог министерства здравоохранения Тульской области, доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней, курса дерматовенерологии медицинского института ФГБОУ ВО "Тульский государственный университет", член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

36. Соколовский Евгений Владиславович – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии с клиникой "ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова", член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

37. Соломка Виктория Сергеевна – доктор биологических наук, заместитель директора по научной работе ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

38. Сысоева Татьяна Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии РМАПО, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

39. Тартаковский Игорь Семенович – доктор медицинских наук, профессор, председатель комитета по микробиологии Федерации лабораторной медицины.

40. Фатеева Екатерина Владимировна – младший научный сотрудник отдела ИППП ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

41. Фриго Наталья Владиславовна – доктор медицинских наук, заместитель директора по науке ГБУЗ "МНПЦДК" Департамента здравоохранения г. Москвы, член Союза "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов".

42. Хрянин Алексей Алексеевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ГБОУ ВПО "Новосибирский государственный медицинский университет" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

43. Чеботарев Вячеслав Владимирович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматологии и косметологии с курсом ДПО "Ставропольского государственного медицинского университета" член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

44. Чикин Вадим Викторович – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник отдела дерматологии ФГБУ "ГНЦДК" Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Приложение А2

## Методология разработки клинических рекомендаций

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

**Таблица 1. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)**

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица 2. Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор, рандомизированные контролируемые исследования с применением мета-анализа
2	Отдельные рандомизированные контролируемые исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных контролируемых исследований, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования

4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования "случай-контроль"
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

**Таблица 3. Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)**

УУР	Расшифровка
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

### **Порядок обновления клинических рекомендаций**

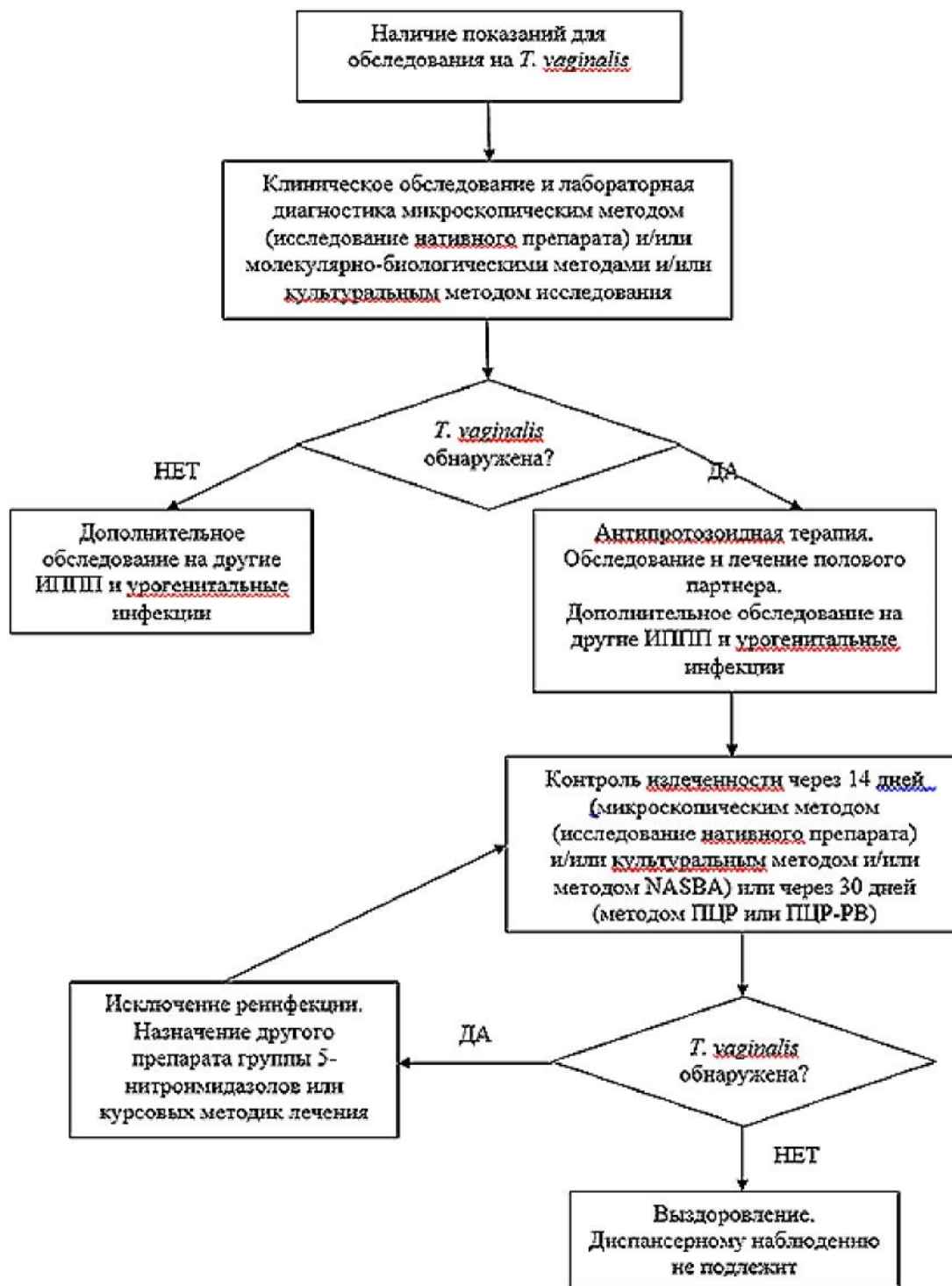
Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Приложение А3

### **Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата**

1. Порядок оказания медицинской помощи по профилю "дерматовенерология", утвержденный Приказом Минздрава РФ N 924н от 15 ноября 2012 г.

### Алгоритмы действий врача



## Информация для пациента

1. С целью предупреждения повторного инфицирования возбудителем урогенитального трихомоноза 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 (микроскопическим, микробиологическим методами, 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.

## Шкалы оценки, вопросники и другие оценочные инструменты состояния пациента, приведенные в клинических рекомендациях

Общепринятой шкалы оценки не существует.

---

Новые, изданные в 2020-2022 гг. и официально утверждённые Минздравом РФ, клинические рекомендации (руководства, протоколы лечения) – на нашем сайте.

Интернет-ссылка:

[http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/clinicheskie\\_rekomendacii\\_protokoly\\_lechenija/54](http://disuria.ru/load/zakonodatelstvo/clinicheskie_rekomendacii_protokoly_lechenija/54).



Если где-то кем-то данный документ был ранее распечатан, данное изображение QR-кода поможет вам быстро перейти по ссылке с бумажной копии – в нём находится эта ссылка.