



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Урогенитальные заболевания, вызванные *Mycoplasma genitalium*

Кодирование по Международной статистической
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: **A63.8**

Год утверждения (частота пересмотра): **2021**

Возрастная категория: **Взрослые, Дети**

Пересмотр не позднее: **2023**

ID: **216**

Разработчик клинической рекомендации

- **Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"**
- **Российское общество акушеров-гинекологов**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

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

Список сокращений

ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ИППП – инфекции, передаваемые половым путем

ИФА – иммуноферментный анализ

МКБ – Международная классификация болезней

ПИФ – прямая иммунофлюоресценция

ПЦР – полимеразная цепная реакция

** - препарат входит в список ЖНВЛП

Термины и определения

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

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) - группа заболеваний, передаваемых половым путем.

1. Краткая информация

1.1 Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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

Mycoplasma hominis, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum* – условно-патогенные микроорганизмы, которые при реализации своих патогенных свойств способны вызывать уретрит, цервицит, цистит, а также осложнения течения беременности, послеродовые и послеабортные осложнения.

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

Микоплазмы составляют особый обширный класс микроорганизмов - *Mollicutes*, отличительными чертами которых являются: малые размеры жизнеспособных частиц, близкие к размерам вирусов; отсутствие ригидной клеточной стенки; содержание в клетках ДНК и РНК; способность к культивированию на бесклеточных питательных средах; размножение путем бинарного деления; полиморфизм клеток. 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.

Морфология и размеры микоплазм варьируют в зависимости от возраста культуры, условий и сред культивирования. Микоплазмы относятся к царству *Prokaryotae*, отделу *Tenericutes*, классу *Mollicutes*, порядку *Mycoplasmatales* и семейству *Mycoplasmataceae*, и объединяют в род *Mycoplasma*. В этот род входят около 100 видов. Способны приводить к развитию воспалительных заболеваний урогенитального тракта у мужчин и женщин следующие представители микоплазм:

Строгий патогенный микроорганизм *Mycoplasma genitalium*.

Условно-патогенные: *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*.

Mycoplasma genitalium

M. genitalium принадлежит к подвижным видам бактерий, имеет колбообразную форму и удлиненную 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.

Экспертами Всемирной организации здравоохранения (2006 г.) *U. urealyticum* определена как потенциальный возбудитель неспецифических негонококковых уретритов у мужчин и, возможно, воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин. В то же время, эксперты Центра по контролю и профилактике заболеваний США (CDC, 2010) не считают доказанной этиологическую роль генитальных микоплазм (за исключением *M. genitalium*) в развитии воспалительных процессов мочеполовой системы.

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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

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

Экспертами ВОЗ принадлежность *M. genitalium* к возбудителям ИППП была установлена лишь в 2016 году, в то время как Международная статистическая классификация болезней и проблем,

связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) утверждена ВОЗ значительно раньше. В связи с этим, для статистического учета *M.genitalium*- инфекции в настоящее время возможно использование шифра МКБ 10 «А63.8 Другие уточненные заболевания, передаваемые преимущественно половым путем» с дальнейшим указанием топического диагноза, представленного в соответствующих разделах МКБ-10:

А63.8 + N34.1 Уретрит, вызванный *M. genitalium*

А63.8 + N72 Цервицит, вызванный *M. genitalium*

А63.8 + N70 Сальпингоофорит, вызванный *M. genitaliu*

А63.8 + N71 Эндометрит, вызванный *M. genitalium*

А63.8 + N45 Эпидидимит/орхит, вызванный *M. genitalium*

А63.8 + N48.1 Баланопостит, вызванный *M. genitalium*

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Общепринятой клинической классификации не существует. По локализации патологического процесса выделяют:

Неосложненные клинические формы:

- Уретрит, вызванный *M. genitalium*.
- Цервицит, вызванный *M. genitalium*.

Осложненные клинически формы:

- Сальпингоофорит, вызванный *M. genitalium*.
- Эндометрит, вызванный *M. genitalium*.

1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

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: слизистогнойные 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:

- сальпингоофорит: 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

Критерии установления диагноза.

Диагноз заболеваний, вызванных *M. genitalium*, устанавливается на основании обнаружения ДНК и/или РНК возбудителя в исследуемом клиническом материале урогенитального тракта молекулярно-биологическими методами.

2.1 Жалобы и анамнез

Субъективные клинические проявления урогенитальных заболеваний, вызванных M. genitalium, 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 заболевания, выявляемые при физикальном обследовании, см. в разделе «Клиническая картина».

2.3 Лабораторные диагностические исследования

2.3.1. Диагностика инфекций, вызываемых *M.genitalium*

Диагностика основывается на результатах лабораторных исследований молекулярно-биологическими методами, направленными на обнаружение молекулярно-биологическими методами *M.genitalium* в биологическом материале.

- Лабораторное исследование на *M. genitalium* **рекомендуется** проводить:
- лицам с клиническими и/или лабораторными признаками воспалительного процесса органов урогенитального тракта и репродуктивной системы;
- лицам с перинатальными потерями и бесплодием в анамнезе;

- половым партнёрам больных ИППП;
- лицам, перенесшим сексуальное насилие [61].

Уровень убедительности рекомендаций С(уровень достоверности доказательств –4)

- **Рекомендовано проводить** верификацию диагноза урогенитальных заболеваний, вызванных *M. genitalium*, на основании результатов лабораторных исследований молекулярно-биологическими методами с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в Российской Федерации: молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на микоплазму гениталиум (*Mycoplasma genitalium*) и/или молекулярно-биологическое исследование спермы на микоплазму гениталиум (*Mycoplasma genitalium*) и/или молекулярно-биологическое исследование отделяемого из уретры на возбудителей инфекций, передаваемых половым путем (*Mycoplasma genitalium*) и /или молекулярно-биологическое исследование секрета простаты на микоплазму гениталиум (*Mycoplasma genitalium*) [62, 63].

Уровень убедительности рекомендаций В(уровень достоверности доказательств –2)

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.

- Для получения достоверных результатов лабораторных исследований **необходимо соблюдать** следующие требования:
- получение клинического материала для идентификации *M. genitalium* не ранее, чем через месяц после окончания приема антимикробных 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.

При выраженных клинических проявлениях уретрита может быть использована первая порция мочи в качестве клинического материала для диагностики молекулярно-генетическими методами.

- **Не используются** другие методы лабораторных исследований, в том числе культурального метода, метода прямой иммунофлуоресценции (ПИФ), иммуноферментного анализа (ИФА) для обнаружения антител к *M. genitalium*.
- **Не применяются** биологические, химические и алиментарные провокации с целью повышения эффективности диагностики и лечения урогенитальных заболеваний, вызванных *M. genitalium*.

- **Рекомендовано** всем пациентам обследование на сифилис, ВИЧ и вирусные гепатиты В, С для диагностики сопутствующей патологии [40-44]:

- 1) Определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) иммуноферментным методом (ИФА) в крови) или определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови;
- 2) 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;
- 3) Определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (*Hepatitis B virus*) в крови и Определение антигена вируса гепатита С (*Hepatitis C virus*) в крови.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарии: *Обследование на условно-патогенные *Ureaplasmaspp.* и/или *M. hominis* осуществляется при наличии у пациента клинико-лабораторных признаков воспалительного процесса в области урогенитального тракта и репродуктивной системы и/или дисбиотических нарушений вагинальной микробиоты при отсутствии патогенных возбудителей, и жалоб на патологические выделения из урогенитального тракта, дискомфорт при мочеиспускании. При отсутствии клинико-лабораторных признаков воспалительного процесса проведение обследования на *Ureaplasmaspp.* и/или *M. hominis*: донорам спермы; пациентам с диагнозом бесплодие; пациентам, имеющим в анамнезе невынашивание беременности и перинатальные потери.*

2.4 Инструментальные диагностические исследования

Не применяется.

2.5 Иные диагностические исследования

- **Рекомендована** консультация врача-акушера-гинеколога при вовлечении в воспалительный процесс органов малого таза, при ведении беременных и женщин в период лактации с заболеваниями, вызванными *M. genitalium*[39].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- **Рекомендуется** консультация врача-уролога с целью диагностики возможных осложнений со стороны репродуктивной системы [37,64].

Уровень убедительности рекомендаций С(уровень достоверности доказательств – 5)

3. Лечение

3.1 Консервативное лечение

Цели лечения [12, 58, 59, 60]:

- эрадикация *Mycoplasma genitalium*;
 - клиническое выздоровление;
 - предотвращение развития осложнений;
 - предупреждение инфицирования других лиц
- **Рекомендовано** для лечения неосложненных форм урогенитальных заболеваний, вызванных *M. genitalium*, с целью эрадикации *M. genitalium* назначать перорально один из следующих антибактериальных препаратов:

доксциклин ** 100 мг 2 раза в сутки течение 10 дней [1, 18, 19, 20, 26, 29-31,56].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: *Препарат противопоказан беременным. В связи с лучшей переносимостью предпочтительным является назначение доксициклина в форме доксициклина моногидрат.*

или

джозамицин** 500 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней [13,14, 21-23, 26, 29, 56].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

или

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 1)

или

#моксифлоксацин** внутрь 400 мг 1раз в день в течение 7-10 суток [45,46].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *Препарат противопоказан беременным.*

или

#азитромицин** внутрь 500 мг – 1-й день, затем по 250 мг 1р/д в течение 4 суток (общая длительность лечения 5 дней)[45].

Уровень убедительности рекомендаций С(уровень достоверности доказательств 5)

- **Рекомендовано** для лечения осложненных форм урогенитальных заболеваний, вызванных *M. genitalium*, с целью эрадикации *M. genitalium* назначать перорально один из следующих антибактериальных препаратов [45,46]:

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

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: *Препарат противопоказан беременным. В связи с лучшей переносимостью предпочтительным является назначение доксициклина в форме доксициклина моногидрат.*

или

#моксифлоксацин** по 400 мг внутрь один раз в день в течение 14 суток для элиминации *M. genitalium* и разрешения клинических симптомов заболевания.

Уровень убедительности рекомендаций А(уровень достоверности доказательств 2)

Комментарии: *Препарат противопоказан беременным.*

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.*

Системная энзимотерапия, иммуномодулирующая терапия и терапия местными антисептическими препаратами не проводится.

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

- **Рекомендовано** для лечения беременных назначать перорально джозамицин** 500 мг 3 раза в сутки в течение 10 дней [27,28,65,68].

Уровень убедительности рекомендаций С(уровень достоверности доказательств 5)

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

- **Рекомендовано** для лечения детей с массой тела менее 45 кг назначать перорально джозамицин** 50 мг на кг массы тела в сутки, разделённые на 2 приема, в течение 10 дней[66,67].

Уровень убедительности рекомендаций С(уровень достоверности доказательств 5)

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

3.2 Хирургическое лечение

Не применяется.

3.3 Иное лечение

Диетотерапия не применяется.

Обезболивание не применяется.

4. Реабилитация

Реабилитация не применяется.

5. Профилактика

Профилактика инфекций, вызываемых *M.genitalium*:

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

Установление излеченности инфекции, вызванной M.genitalium на основании молекулярно-генетических методов не менее чем через месяц после окончания лечения антимикробными препаратами. При отрицательных результатах обследования пациенты дальнейшему наблюдению не подлежат.

Организация оказания медицинской помощи

Лечение в основном проводится амбулаторно в условиях медицинского учреждения дерматовенерологического профиля. При обращении беременных женщин - в условиях медицинского учреждения акушерско-гинекологического профиля.

Показаниями для госпитализации и лечения в стационарных условиях являются осложненное течение (ВЗОМТ среднетяжелой и тяжелой степени, эпидидимит/эпидидимоорхит).

6. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания

На исход лечения влияет соблюдение режима приема препаратов, использование средств барьерной контрацепции, исключение случайных половых контактов, лечение половых партнеров.

Критерии оценки качества медицинской помощи

Инфекции, вызываемые *M. genitalium*

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уров убед дока
1	Выполнено подтверждение диагноза молекулярно-биологическими методами исследования	4	С
2	Проведена терапия доксициклином** или джозамицином или моксифлоксацином**	1, 2, 4	А, В,

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): 5717.
2. Waites KB, Crabb DM, Duffy LB. Comparative in vitro susceptibilities of human mycoplasmas and ureaplasmas to a new investigational ketolide, CEM-101. *Antimicrobial agents and chemotherapy* 2009 May; 53(5): 2139-41.
3. Guangyong Ye, Zhou Jiang, Min Wang, Jiamin Huang, Guochen Jin. The Resistance Analysis of Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis in Female Reproductive Tract Specimens Shiming Lu *Cell Biochem Biophys* DOI 10.1007/s12013-013-9691-8.
4. Zhou Jiang, Min Wang, Jiamin Huang, Guochen Jin, Shiming Lu. Detection and the antibiotic susceptibility analysis of mycoplasma and chlamydia in urogenital tract infections of 327 cases patients with tubal infertility. *Zhonghua Shi Yan He Lin Chuang Bing Du Xue Za Zhi*. 2011 Jun; 25(3): 201-4.
5. Sonia Caracciolo, Carlo Bonfanti, Nino Manca, Maria Antonia De Francesco. Incidence and antibiotic susceptibility of Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum isolated in Brescia, Italy, over 7 years. *J Infect Chemother* DOI 10.1007/s10156-012-0527-z.
6. Lysenko O.V., Kuznechenkova T.V., Iglikov V.A., Deryabina V.P. Prevalence of urogenital inflammatory diseases associated with genital mycoplasmas. treatment efficacy. *Vest Dermatol Venerol* 2010; 83-88.
7. Leli C, Mencacci A, Bombaci JC, D'Alo F, Farinelli S, Vitali M, *et al*. Prevalence and antimicrobial susceptibility of Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis in a population of Italian and immigrant outpatients. *Infez Med* 2012; 20: 82-87.
8. Zhu C, Liu J, Ling Y, Dong C, Wu T, Yu X, *et al*. Prevalence and antimicrobial susceptibility of Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis in Chinese women with genital infectious diseases. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2012; 78: 406-407.
9. Farkas B, Ostorhazi E, Ponyai K, Toth B, Adlan E, Parducz L, *et al*. [Frequency and antibiotic resistance of Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis in genital samples of sexually active individuals]. *Orv Hetil* 2011; 152: 1698-1702.
10. Krause R, Schubert S. In-vitro activities of tetracyclines, macrolides, fluoroquinolones and clindamycin against Mycoplasma hominis and Ureaplasma ssp. isolated in Germany over 20 years. *Clin Microbiol Infect* 2010; 16: 1649-1655.
11. Kilic D, Basar MM, Kaygusuz S, Yilmaz E, Basar H, Batislam E. Prevalence and treatment of Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, and Mycoplasma hominis in patients with non-gonococcal urethritis. *Jpn J Infect Dis* 2004, 57: 17-20.
12. Ruairi Conway, Seamus Cook, Suneeta Soni. Antibiotic treatment of *Mycoplasma genitalium* infection. *The Pharmaceutical Journal*. 2019. Vol 303, No 7928, online | DOI: 10.1211/PJ.2019.20206592
13. Кубанова А.А., Рахматулина М.Р. Урогенитальные инфекционные заболевания, вызванные генитальными микоплазмами. Клинические рекомендации. Вестник дерматологии и венерологии. 2009. - №3. – С.78-84.
14. Рахматулина М. Р. Урогенитальные заболевания, вызванные генитальными микоплазмами (Mycoplasma genitalium, Ureaplasma spp., Mycoplasma hominis) Consilium medicum, 2012;

15. Eunha Koh, Sunjoo Kim, In-Suk Kim, Kook-Young Maeng, Soon-Ae Lee Antimicrobial Susceptibilities of *Ureaplasma urealyticum* and *Mycoplasma hominis* in Pregnant Women Korean J Clin Microbiol, 2009; Vol. 12, No. 4.
16. Seong Jin Choi, M.D., Soon Deok Park, M.S., In Ho Jang, M.S., Young Uh, M.D., Anna Lee, M.D The Prevalence of Vaginal Microorganisms in Pregnant Women with Preterm Labor and Preterm Birth Ann Lab Med, 2012 May; 32(3): 194–200.
17. Mehmet Refik Bayraktar, Ibrahim Halil Ozerol, Nilay Gucluer, Onder Celik. Prevalence and antibiotic susceptibility of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* in pregnant women International Journal of Infectious Diseases, 2010; 14: 90—95.
18. 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.
19. 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.
20. 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. 4
21. Guschin A, Ryzhikh P, Rummyantseva 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. Ross JD, Cronje HS, Paszkowski T, et al. Moxifloxacin versus ofloxacin plus metronidazole in uncomplicated pelvic inflammatory disease: results of a multicenter, double blind, randomized trial. Sex Transm Infect 2006;82:446–51.
26. MMWR Recommendations and Reports / Vol. 64 / No. 3 June 5, 2015/. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015.
27. Czeizel AE, Rockenbauer M, Olsen J, Sørensen HT. A case-control teratological study of spiramycin, roxithromycin, oleandomycin and josamycin. Acta Obstet Gynecol Scand. 2000 Mar;79(3):234-7.
28. Юрьев С, Аббасова ВИ, Девятьярова ЛЛ, Гушин АЕ. К вопросу о специфичности влияния *Mycoplasma genitalium* на течение беременности. Гинекология 2009; №4: 20-3
29. Рахматулина М.Р., Касаткина И.С. Современные представления о роли генитальных микоплазм в развитии патологических процессов уrogenитальной системы, методах их

30. Charlotte A Gaydos *J Infect Dis. Mycoplasma genitalium: Accurate Diagnosis Is Necessary for Adequate Treatment* 2017 Jul 15; 216(Suppl 2): S406–S411. doi: [10.1093/infdis/jix104](https://doi.org/10.1093/infdis/jix104)
31. Coorevits, L.; Traen, A. Bingé, L. et al. Identifying a consensus sample type to test for Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, Trichomonas vaginalis and human papillomavirus. *Clin Microbiol Infect.* 2018 Mar 17.pii: S1198-743X(18)30223-4. DOI: 10.1016/j.cmi.2018.03.013.
32. Zhonghua Liu, Jun Wang, Changtai Zhu Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Ureaplasma Urealyticum Infections are Needed *Austin Clin Microbiol.* 2016; 1(1): 1001.
33. Couldwell DL, Gidding HF, Freedman EV, et al. Ureaplasma urealyticum is significantly associated with non-gonococcal urethritis in heterosexual Sydney men. *Int J STD AIDS* 2010; 21:337.
34. Deguchi T, Shimada Y, Horie K, et al. Bacterial loads of Ureaplasma parvum contribute to the development of inflammatory responses in the male urethra. *Int J STD AIDS* 2015; 26:1035.
35. Murtha AP, Edwards JM. The role of Mycoplasma and Ureaplasma in adverse pregnancy outcomes. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2014; 41:615.
36. Sleha R, Boštíková V, Hampl R, et al. Prevalence of Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum in women undergoing an initial infertility evaluation. *Epidemiol Mikrobiol Imunol Fall*; 65:232.
37. Wei-Na Li, Wen-Bing Zhu, Gang Liu [Correlation of Mycoplasma genitalium infection with male infertility] [Article in Chinese]. *Zhonghua Nan Ke Xue*; 2018 Nov;24(11):999-1004.
38. Vouga M, Greub G, Prod'homme G, et al. Treatment of genital mycoplasma in colonized pregnant women in late pregnancy is associated with a lower rate of premature labour and neonatal complications. *Clin Microbiol Infect* 2014; 20:1074.
39. Sunil Sethi, Kamran Zaman, and Neha Jain *Mycoplasma genitalium* infections: current treatment options and resistance issues *Infect Drug Resist.* 2017; 10: 283–292.
40. Mahlangu MP, Müller EE, Venter JME et al. The Prevalence of Mycoplasma genitalium and Association With Human Immunodeficiency Virus Infection in Symptomatic Patients, Johannesburg, South Africa, 2007-2014. *Sex Transm Dis.* 2019 Jun;46(6):395-399. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000984.
41. Chra P, Papaparaskevas J, Papadogeorgaki E Prevalence of Mycoplasma genitalium and other sexually-transmitted pathogens among high-risk individuals in Greece. *Germs.* 2018 Mar 1;8(1):12-20. doi: 10.18683/germs.2018.1128. eCollection 2018 Mar.
42. Инфекции, передаваемые половым путем. Кисина В.И., Гущин А.Е., Забиров К.И. М., ГЭОТАР-Медиа, 2020 г. с 144
43. Инфекции, передаваемые половым путем. Руководство для врачей. Соколовский Е.В., Савичева А.М., Домейка М. Москва, Медпресс-информ, 2006.
44. 2015 Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Centers for diseases control and prevention. *MMWR Vol 64/№3*, June 5, 2015
45. Jensen JS, Cusini M, Gomberg M, Moi H. 2016 European guideline on Mycoplasma genitalium infections. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016; 30: 1650–1656.

46. 63-Li Y, Le W-J, Li S, et al. Meta-analysis of the efficacy of moxifloxacin in treating *Mycoplasma genitalium* infection. *Int J STD AIDS* 2017; 28: 1106–1114.
47. Lis R, Rowhani-Rahbar A, Manhart LE. *Mycoplasma genitalium* infection and female reproductive tract disease: A meta-analysis. *Clin Infect Dis*. 2015 Apr; 61: 418–426. <https://doi.org/10.1093/cid/civ312>
48. Chrisment D, Machelart I, Wirth G Reactive arthritis associated with *Mycoplasma genitalium* urethritis. *Diagn Microbiol Infect Dis*. 2013 Nov;77(3):278-9. doi: 10.1016/j.diagmicrobio.2013.07.015. Epub 2013 Sep 10.
49. Johnson S, Pitcher D. Distribution of ecto 5"-nucleotidase on *Mycoplasma* species associated with arthritis. *FEMSMicrobiolLett*. 2000 Nov 1;192(1):59-65.
50. Henry C.H., Hughes C.V., Gérard H.C., Hudson A.P., Wolford L.M. Reactive arthritis: preliminary microbiologic analysis of human temporomandibular joint. *J. Oral Maxillofac. Surg*. 2000. Vol. 58, № 10. P. 1137-1142. <https://doi.org/10.1053/joms.2000.9575>
51. Doble A., et al. A search for infectious agents in chronic abacterial prostatitis using ultrasound guided biopsy. *Br. J. Urol*. 1989. 64:297–301. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410x.1989.tb06017.x>
52. Krieger J. N., Riley D. E., Roberts M. C., Berger R. E. Prokaryotic DNA sequences in patients with chronic idiopathic prostatitis. *J. Clin. Microbiol*. 1996. 34:3120–3128. <https://doi.org/10.1016/b978-0-08-025494-4.50020-6>
53. Mandar R., Raukas E., Turk S., Korrovits P., Punab M. *Mycoplasmas* in semen of chronic prostatitis patients. *Scand. J. Urol. Nephrol*. 2005. 39:479–482. <https://doi.org/10.1080/00365590500199822>
54. 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. eCollection 2018.
55. Mathews C, Kalichman MO, Laubscher R et al. Sexual relationships, intimate partner violence and STI partner notification in Cape Town, South Africa: an observational study. *Sex Transm Infect*. 2018 Mar;94(2):144-150. doi: 10.1136/sextrans-2017-053434. Epub 2017 Nov 30.
56. Савичева А.М., Прилепская М.В., Соколовский Е.В., Кисина В.И., Гущин А.Е., Забиров К.И. Роль микоплазм в урогенитальной патологии женщин и их половых партнеров. *Журнал акушерства и женских болезней*. Том LVII, выпуск 1 (2008). с. 11-22.
57. Рахматулина М.Р. Тактика диагностики и терапии урогенитальной микоплазменной инфекции согласно Федеральным клиническим рекомендациям. *Фарматека* 2016. №3. с. 33-38.
58. Г.И. Мавров, Т.В. Федорович. Урогенитальный микоплазмоз: непростой выбор антибактериальной терапии (обзор литературы и собственные исследование). *Украинский журнал дерматологии, венерологии и косметологии*. 2016. 1 (60) .
59. Lars Falk, Martin Enger, Jørgen Skov Jensen. Time to eradication of *Mycoplasma genitalium* after antibiotic treatment in men and women. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, Volume 70, Issue 11, November 2015, Pages 3134– 3140, <https://doi.org/10.1093/jac/dkv246>
60. В.И. Кисина. Генитальные микоплазмы: клинические и организационные вопросы. *Дерматология* №2. 2010. Приложение consilium medicum. с 42-47.

61. Anagnius C., Lore B., Jensen J. S. *Mycoplasma genitalium*: prevalence, clinical significance, and transmission //Sexually transmitted infections. – 2005. – Т. 81. – №. 6. – С. 458-462.
62. Wroblewski J. K. H. et al. Comparison of transcription-mediated amplification and PCR assay results for various genital specimen types for detection of *Mycoplasma genitalium* //Journal of clinical microbiology. – 2006. – Т. 44. – №. 9. – С. 3306-3312.
63. Carlsen K. H., Jensen J. S. *Mycoplasma genitalium* PCR: does freezing of specimens affect sensitivity? //Journal of Clinical Microbiology. – 2010. – Т. 48. – №. 10. – С. 3624-3627.
64. GM Daley, DB Russell, SN Tabrizi. Mycoplasma genitalium: areview// IntJSTDAIDS. 2014 Jun;25(7):475-87. doi: 10.1177/0956462413515196.
65. Васильев ММ, Наволоцкая ТИ, Смирнова АА, Фриго НВ, Ротанов СВ, Сидорович СЮ. Применение джозамицина (вильпрафена) у женщин с хламидийной инфекцией нижних и верхних отделов мочеполового тракта. Вестник дерматологии и венерологии 2005; (3):78-80.
66. И.О. МаловаТ.Г. Храмова Эффективность джозамицина у девочек с урогенитальной инфекцией, вызванной *Mycoplasma genitalium*"Эффективная фармакотерапия. Акушерство и Гинекология" №4. 2007.
67. Рахматулина М.Р. Урогенитальные заболевания, вызванные генитальными микоплазмами. CONSILIUM MEDICUM. 2012. - № 2. Репринт. С. 2 -6.
68. В. Н. Кузьмин, М. И. ГусейнзадеЭффективная антибактериальная терапия микоплазменной инфекции у женщин репродуктивного возраста. Лучший врач. - 2014. - №3

Приложение А1. Состав рабочей группы

1. Кубанов Алексей Алексеевич – член-корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор, Президент Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
2. Серов Владимир Николаевич – академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, президент Российского общества акушеров-гинекологов.
3. Аполихина Инна Анатольевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделением эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. ак. В.И. Кулакова», член Российского общества акушеров-гинекологов.
4. Богданова Елена Витальевна – старший научный сотрудник научно-организационного отдела ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
5. Гомберг Михаил Александрович – главный научный сотрудник МНПЦДК, профессор, доктор медицинских наук, президент некоммерческого партнёрства Гильдия специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем «ЮСТИ РУ», член Национального Альянса дерматологов и косметологов, Международного союза по борьбе с ИППП (IUSTI).
6. Гуцин Александр Евгеньевич – кандидат биологических наук, 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».
7. 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.
8. Доля Ольга Валентиновна – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник ГБУЗ «МНПЦДК» Департамента здравоохранения г. Москвы, член Союза «Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов».
9. Катунин Георгий Леонидович – кандидат медицинских наук, врач дерматовенеролог ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
10. Кисина Вера Ивановна – доктор медицинских наук, профессор, 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».
11. Ковалык Владимир Павлович – кандидат медицинских наук, доцент, 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».
12. Короткова Наталья Александровна – доктор медицинских наук, врач научно-поликлинического отделения ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.

13. 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.
14. Малова Ирина Олеговна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии Иркутского ГМУ, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
15. 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.
16. Нечаева Ирина Анатольевна – кандидат медицинских наук, врач дерматовенеролог ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
17. Онопченко Виктория Викторовна - главный врач ГБУЗ НСО "Новосибирский Областной Клинический Кожно-Венерологический Диспансер", главный специалист по дерматовенерологии и косметологии Новосибирской области, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
18. Плахова Ксения Ильинична – доктор медицинских наук, ученый секретарь, и.о. заведующего отделом ИППП ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
19. 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.
20. Прилепская Вера Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заместитель директора по научной работе, руководитель научно-поликлинического отделения ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.
21. Припутневич Татьяна Валерьевна – доктор медицинских наук, директор института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов.
22. Рахматулина Маргарита Рафиковна – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом клинической лабораторной диагностики МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
23. Соломка Виктория Сергеевна – доктор биологических наук, заместитель директора по научной работе ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
24. Сысоева Татьяна Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии РМАПО, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

25. Фатеева Екатерина Владимировна – младший научный сотрудник отдела ИППП ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
26. Фриго Наталия Владиславовна – доктор медицинских наук, 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».
27. Хрянин Алексей Алексеевич– доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФГБОУ ВО «НГМУ» Минздрава России, член Российского общества дерматовенерологов и косметологов.
28. 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.
29. 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

Целевая аудитория данных 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 РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, 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
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	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)
C	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 утверждённым клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

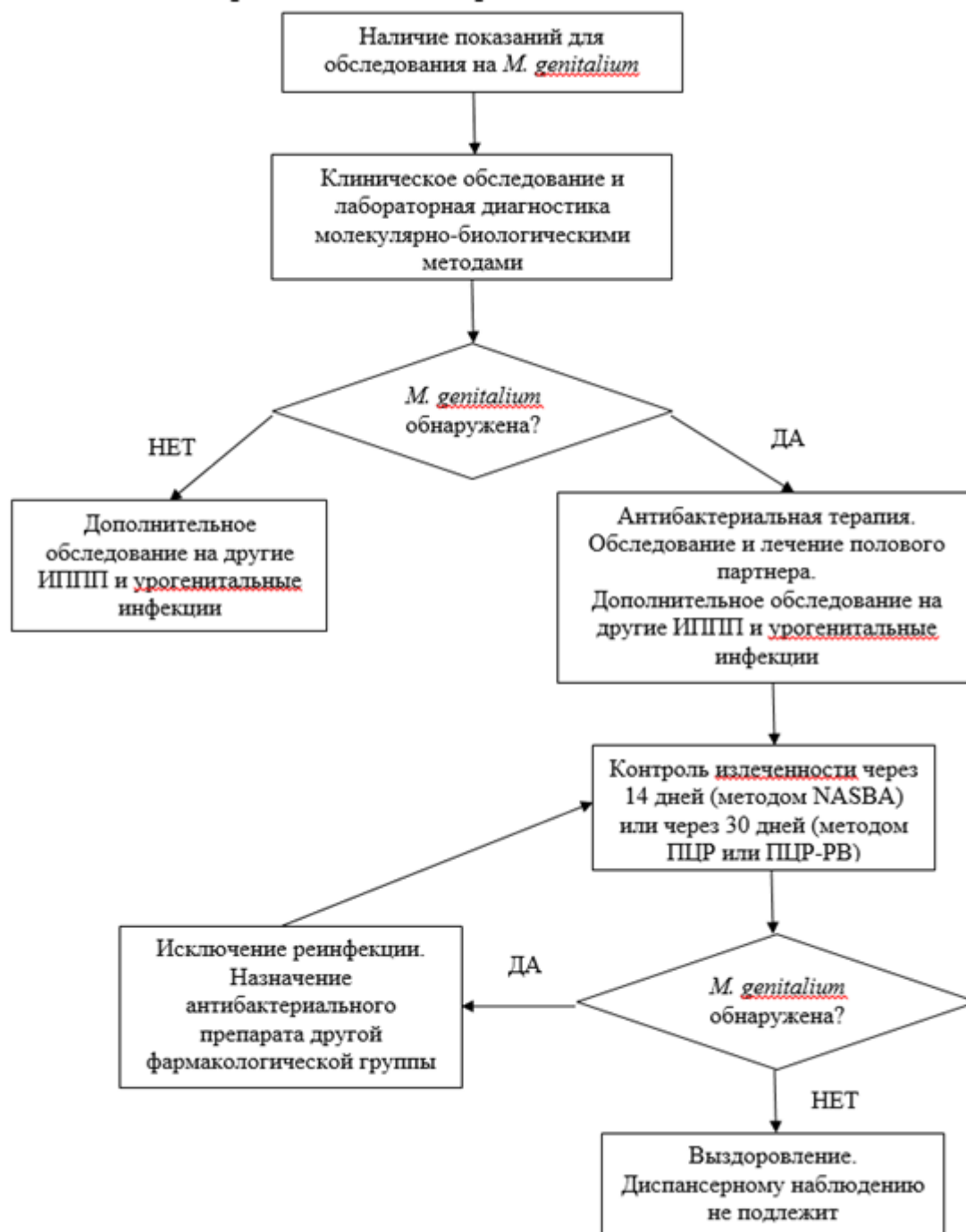
Приложение А3. Связанные документы

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.
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)".

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента

Блок-схема 1. Алгоритм ведения пациента с инфекциями, вызываемыми *M.genitalium*



Приложение В. Информация для пациентов

1. В период лечения и диспансерного наблюдения необходимо воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности.
2. С целью установления излеченности необходима повторная явка к врачу для обследования (не ранее, чем через месяц после окончания лечения).
3. С целью предупреждения повторного инфицирования *M. genitalium* необходимо обследование и лечение половых партнеров.
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.