Урогенитальный трихомониаз

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A59 · Российское общество акушеров-гинекологов, Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов", Общероссийская общественная организация "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов"

Урогенитальный трихомониаз — инфекция, передаваемая половым путём и вызываемая Trichomonas vaginalis. Рекомендация описывает подтверждение диагноза лабораторными методами, лечение взрослых, беременных и детей, обследование партнёров и контроль излеченности.

Главное

- Заболевание может протекать без субъективных симптомов у 20–40% пациентов; при манифестном течении возможны выделения, зуд, жжение, дизурия и болезненность при половых контактах.
- Диагноз устанавливают только при лабораторном подтверждении T. vaginalis в клиническом материале из урогенитального тракта.
- При выраженной клинической картине используют микроскопию нативного препарата; молекулярно-биологические методы применяют для лабораторного подтверждения, а культуральное исследование — при малосимптомных и бессимптомных формах или если предполагаемый диагноз не подтверждён микроскопией. Окрашенную микроскопию, прямую иммунофлюоресценцию и ИФА на антитела не используют для диагностики.
- Лечение проводят производными имидазола или нитроимидазола.
- После лечения контроль проводят через 14 дней культуральным методом, микроскопией нативного препарата и/или NASBA; ПЦР выполняют не ранее чем через месяц. При отрицательных результатах дальнейшее наблюдение не требуется.
- Госпитализация не показана: помощь оказывается амбулаторно врачом-дерматовенерологом в рамках первичной специализированной медико-санитарной помощи.

Диагностика

1. Лабораторная диагностика показана лицам с клиническими и/или лабораторными признаками воспалительного процесса органов урогенитального тракта и репродуктивной системы; при предгравидарном обследовании половых партнёров; во время беременности; перед оперативными или инвазивными манипуляциями на половых органах и органах малого таза; при перинатальных потерях и бесплодии в анамнезе; половым партнёрам больных ИППП и лицам, перенесшим сексуальное насилие.
2. Осмотреть наружные половые органы и аногенитальную область, видимые слизистые и уретру; оценить выделения, пальпировать уретру и регионарные лимфоузлы. У женщин дополнительно осмотреть влагалище и шейку матки в зеркалах и провести бимануальное исследование; у мужчин — пальпацию мошонки и, по показаниям, пальцевое ректальное исследование.
3. При выраженной клинической картине исследовать нативный препарат методом фазово-контрастной или темнопольной микроскопии. Материал нужно исследовать немедленно после получения; УУР С, УДД 5.
4. Для лабораторного подтверждения использовать ПЦР-тест-системы, разрешённые в РФ, исследуя отделяемое из уретры, отделяемое слизистых оболочек женских половых органов и/или мочу; УУР С, УДД 2.
5. При малосимптомном или бессимптомном течении, а также если микроскопия отрицательна при сохраняющемся подозрении, выполнить культуральное исследование отделяемого из уретры, влагалищного отделяемого и/или секрета простаты; УУР С, УДД 5.
6. Соблюдать сроки забора материала после антибактериальных препаратов: для культуры и NASBA — не ранее 14 дней, для ПЦР — не ранее месяца. Материал из уретры берут не ранее чем через 3 часа после мочеиспускания, а при обильных выделениях — через 15–20 минут; материал из влагалища и цервикального канала — вне менструации.

Лечение

- Взрослым при трихомониазе нижнего отдела мочеполовой системы назначают один из вариантов: метронидазол 2,0 г однократно или тинидазол 2,0 г однократно — УУР А, УДД 1; альтернативно орнидазол 500 мг 2 раза в сутки 5 дней — УУР А, УДД 2.
- В мировой практике также указаны схемы для взрослых: метронидазол 500 мг 2 раза в сутки 7 дней, тинидазол 500 мг 2 раза в сутки 5 дней или орнидазол 1,5 г однократно.
- При осложнённых формах у женщин к пероральной терапии добавляют метронидазол-гель 5 г интравагинально 2 раза в сутки 5 дней; УУР С, УДД 5. Допустима вагинальная таблетированная форма метронидазола.
- Беременным назначают метронидазол 2,0 г однократно — УУР С, УДД 5. Метронидазол, орнидазол и тинидазол применяют не ранее 2-го триместра с участием акушера-гинеколога; для метронидазола также описана схема 500 мг 2 раза в сутки 7 дней.
- Детям старше 3 лет назначают перорально метронидазол или орнидазол; для орнидазола указана доза 25 мг/кг 1 раз в сутки в течение 5 дней — УУР С, УДД 5. Орнидазол противопоказан детям младше 3 лет; при массе тела более 35 кг применяют схемы для взрослых.
- При отсутствии эффекта исключают реинфекцию и назначают другой препарат производных имидазола или нитроимидазола либо курсовые методики лечения — УУР С, УДД 5.
- Системную энзимотерапию, иммуномодулирующую терапию, терапию местными антисептиками и дезинфицирующими средствами не следует проводить.

Когда направить и как наблюдать

- При вовлечении органов малого таза и у беременных направляют на консультацию акушера-гинеколога для определения тактики ведения — УУР С, УДД 5.
- При длительном течении или неэффективности ранее проведённой терапии эпидидимита или простатита проводят консультацию уролога для диагностики возможных осложнений репродуктивной системы — УУР С, УДД 5.
- Показаний для госпитализации нет; медицинская помощь оказывается амбулаторно.

Частые вопросы

Нужно ли подтверждать трихомониаз лабораторно?

Да. Диагноз устанавливают только после обнаружения T. vaginalis в клинических образцах из урогенитального тракта.

Какой метод выбрать при бессимптомном или малосимптомном течении?

Проводят культуральное исследование отделяемого из уретры, влагалищного отделяемого и/или секрета простаты. Этот метод также используют, если предполагаемый диагноз не подтверждён микроскопией; УУР С, УДД 5.

Можно ли ставить диагноз по окрашенному мазку или ИФА?

Нет. Окрашенную микроскопию не рекомендуют из-за субъективности оценки, а прямую иммунофлюоресценцию и ИФА на антитела не используют для диагностики урогенитального трихомониаза.

Какая схема лечения у взрослого пациента?

Один из основных вариантов — метронидазол 2,0 г однократно или тинидазол 2,0 г однократно; ещё один вариант — орнидазол 500 мг 2 раза в сутки 5 дней. Для метронидазола и тинидазола однократные схемы имеют УУР А, УДД 1, для орнидазола — УУР А, УДД 2.

Когда проверять излечение после терапии?

Микроскопию нативного препарата, культуральное исследование и/или NASBA выполняют через 14 дней после окончания лечения. ПЦР проводят не ранее чем через месяц; до установления излеченности следует воздерживаться от половых контактов или использовать барьерные методы, а половых партнёров необходимо обследовать и лечить.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/241-urogenitalnyj-trihomoniaz. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/241_3