Негонококковый (неспецифический) уретрит у мужчин

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 05.11.2026 · МКБ-10: A49.3, A56.0, A59.0, A60, A63.8, B37.4, B96.8, N34.1 · Общероссийская общественная организация "Российское общество урологов", Общероссийская общественная организация "Национальный альянс дерматовенерологов и косметологов", Гильдия специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем «ЮСТИ РУ»

Негонококковый уретрит у мужчин — инфекционно-воспалительное поражение уретры, не связанное с Neisseria gonorrhoeae. Рекомендация фокусируется на подтверждении воспаления, исключении гонореи, выявлении ИППП-возбудителей и выборе терапии с учетом риска персистенции и реинфекции.

Главное

- Основные ИППП-возбудители НГУ: Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, реже Trichomonas vaginalis и HSV 1/2; значимая часть случаев связана с микробиотой урогенитального тракта или остается без установленной этиологии.
- C. trachomatis вызывает 11–50% случаев НГУ, M. genitalium — 10–50%; в РФ распространенность M. genitalium при НГУ составила 28,3%.
- Симптомы НГУ: выделения из уретры, дискомфорт, боль/жжение/резь при мочеиспускании, частые позывы; объективно возможны слизистые, гнойные или слизисто-гнойные выделения, гиперемия и/или отек наружного отверстия уретры.
- Диагноз подтверждают сочетанием анамнеза, клиники, лабораторных признаков воспаления и выявления этиологического агента, отличного от N. gonorrhoeae.
- Всем пациентам с симптомами уретрита показаны МАНК/молекулярно-биологические тесты отделяемого уретры на N. gonorrhoeae, T. vaginalis, C. trachomatis и M. genitalium — УУР А, УДД 2.
- Показания к лечению: клинические и/или лабораторные признаки уретрита либо выявление C. trachomatis, M. genitalium, T. vaginalis или других этиологических агентов НГУ при исключенной гонорее.
- Профилактика: презерватив при всех видах сексуальных контактов и уменьшение числа партнеров — УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. На первичном приеме уточнить начало и динамику симптомов, предыдущее местное/системное лечение, симптомы у партнера, аллергоанамнез, соматические болезни и факторы риска ИППП.
2. Собрать сексуальный анамнез: ориентация, возраст начала половой жизни, постоянный партнер, вагинальные/оральные/анальные контакты, дата последнего контакта, ИППП у пациента и партнера.
3. Провести осмотр кожи и слизистых, пальпацию лимфоузлов и живота, пальпацию полового члена и органов мошонки, пальцевое ректальное исследование простаты и семенных пузырьков.
4. Верифицировать воспаление микроскопией отделяемого уретры и/или осадка мочи: >4 ПМЯЛ в 5 полях зрения при ×1000 либо ≥10 лейкоцитов в центрифугированном осадке первых 10–20 мл мочи в 5 полях зрения при ×1000; УУР С, УДД 5.
5. Для этиологической диагностики выполнить МАНК отделяемого уретры или первой порции мочи на N. gonorrhoeae, C. trachomatis, M. genitalium, T. vaginalis; при M. genitalium по возможности сразу тестировать мутации устойчивости к макролидам и фторхинолонам — УУР А, УДД 2.
6. Если МАНК недоступны, использовать культуральное исследование отделяемого уретры на N. gonorrhoeae и T. vaginalis — УУР А, УДД 2.
7. Всех пациентов с НГУ обследовать на сифилис, ВИЧ, гепатиты B и C с учетом инкубационного периода или обследовать всех половых партнеров за последние 6 месяцев — УУР С, УДД 5.

Лечение

- Оптимальная тактика: подтвердить НГУ по клинике и микроскопии на визите, затем назначить лечение после получения МАНК на N. gonorrhoeae, C. trachomatis, M. genitalium и T. vaginalis; при их выявлении вести по соответствующим клиническим рекомендациям.
- Если ожидание результатов МАНК длительное, допустимо эмпирическое лечение.

- При отрицательных тестах на N. gonorrhoeae, C. trachomatis, M. genitalium, T. vaginalis, HSV 1/2 и вирус Эпштейна–Барр базовая эмпирическая схема: доксициклин 100 мг внутрь 2 раза в сутки 7 дней — УУР А, УДД 2.
- Альтернатива базовой эмпирической терапии — макролиды; схема применяется при клинических симптомах и лабораторных признаках уретрита для чувствительных микроорганизмов, включая M. hominis и Ureaplasma spp. в значимом количестве: ≥10^4 КОЕ/мл или ≥10^5 геномных эквивалентов/мл.
- При выявлении Gardnerella spp. и/или анаэробов лечить только при одновременном наличии воспаления уретры, исключении ИППП и других причин НГУ, а также подтвержденном бактериальном вагинозе у партнерши; варианты: линкозамиды, производные имидазола или другие противомикробные препараты и антисептики АТХ G01AX — УУР С, УДД 4.
- При персистирующем/рецидивирующем НГУ повторное клинико-лабораторное обследование проводят через 3–4 недели после окончания терапии; повторное лечение назначают только при подтвержденном уретрите.
- Если при первом лечении применялся доксициклин, при персистирующем/рецидивирующем НГУ назначают макролид + производное имидазола — УУР С, УДД 5; однократная доза азитромицина для НГУ больше не рекомендована из-за риска роста резистентности M. genitalium.
- Если при первом лечении применялся азитромицин, при персистирующем/рецидивирующем НГУ назначают фторхинолон + производное имидазола — УУР С, УДД 5; фторхинолоны использовать осторожно из-за редких, но серьезных нежелательных реакций.

Когда направить и как наблюдать

- Направить к урологу при симптомах простатита, эпидидимита, мочевой инфекции, инфравезикальной обструкции и других признаках осложнений — УУР С, УДД 5.
- Уретроскопия не выполняется рутинно; она показана только при сопутствующих симптомах инфравезикальной обструкции для исключения стриктуры, инородного тела или опухоли уретры и противопоказана в остром воспалительном периоде — УУР С, УДД 4.
- При подозрении на мочевую инфекцию с лихорадкой, интоксикацией, болью в пояснице/низу живота, болезненностью простаты, нарушением уродинамики или конкрементами требуется специализированная урологическая помощь.
- У мужчин с НГУ обследовать и при необходимости лечить половых партнеров; в первую очередь партнеров с незащищенным контактом за 4 недели до появления симптомов у пациента — УУР С, УДД 5.
- При НГУ, вызванном регистрируемыми ИППП, врач любой специальности оформляет установленную отчетность; извещение формы №089/у-кв направляют в территориальный КВД в течение 3 дней.

Частые вопросы

Какие лабораторные критерии подтверждают уретрит у мужчины?

Диагноз воспаления подтверждают при >4 ПМЯЛ в 5 наиболее воспалительных полях зрения мазка уретры при ×1000 или при ≥10 лейкоцитах в осадке первых 10–20 мл мочи в 5 полях зрения при ×1000. Для мочи исследование проводят при наличии нитей в первой пробе.

Какие возбудители обязательно искать при симптомах НГУ?

Всем пациентам с субъективными и/или объективными симптомами уретрита выполняют молекулярно-биологическое исследование на N. gonorrhoeae, T. vaginalis, C. trachomatis и M. genitalium. Для материала подходят отделяемое уретры и первая порция мочи.

Когда брать материал из уретры или первую порцию мочи?

Материал получают не ранее чем через 3 часа после последнего мочеиспускания; при обильных выделениях — через 15–20 минут. Для ПЦР после применения лекарственных препаратов указан срок 3–4 недели.

Нужно ли лечить Ureaplasma spp. при НГУ?

Рутинное обследование клинически здоровых мужчин и женщин на Ureaplasma spp. без уточнения вида и нагрузки нецелесообразно. В лечении НГУ значимым количеством для M. hominis и Ureaplasma spp. указано ≥10^4 КОЕ/мл или ≥10^5 геномных эквивалентов/мл при наличии симптомов и лабораторных признаков уретрита.

Когда пациенту с НГУ можно возобновлять секс?

Воздерживаться от сексуальных контактов нужно 7 дней после того, как пациент и партнеры завершили лечение, симптомы НГУ исчезли и получены отрицательные лабораторные тесты на ИППП.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/796-negonokokkovyj-nespecificheskij-uretrit-u-muzhchin. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/796_1