



МАРС

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНАЯ
АССОЦИАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
РЕПРОДУКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

СИНДРОМ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

ВЕРСИЯ 2.0

Для специалистов в области
репродуктивной медицины

Москва
2026

StatusPraesens
profmedia

С38 Синдром патологических выделений из половых путей женщины. Клинический протокол Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС). Версия 2.0. / [Коллектив авторов]. — М.: Редакция журнала StatusPraesens, 2026. — 96 с.

ISBN 978-5-907814-35-6

Клинический протокол представляет позицию экспертов Междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины (МАРС) по вопросам ведения пациенток с синдромом вагинальных выделений.

Многие вопросы ведения женщин с вагинозами и вагинитами контраверсионны, а редкие формы этих заболеваний порой вовсе не представлены в руководствах. Более того, за патологическими выделениями из половых путей нередко скрываются системные заболевания, находящиеся вне сферы ответственности врача акушера-гинеколога. Новый протокол характеризует многие особенности обследования и лечения пациенток.

Клинический протокол предназначен для широкого круга медицинских работников: акушеров-гинекологов женских консультаций, родильных домов, перинатальных центров, отделений многопрофильных стационаров, научных сотрудников и руководителей кафедр акушерства и гинекологии, слушателей всех форм непрерывного медицинского образования, аспирантов, клинических ординаторов, а также студентов медицинских вузов.

УДК 618.1
ББК 57.15

СОДЕРЖАНИЕ

ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ.....	4	4.3. Инфекционные гинекологические заболевания.....	29
ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ.....	5	4.3.1. Инфекции нижнего отдела репродуктивного тракта.....	29
1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	8	4.3.2. Редкие формы вагинальных инфекций.....	37
2. ПРИЧИНЫ ВАГИНАЛЬНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ... 8		4.4. Иные заболевания женских половых органов.....	38
2.1. Физиологические причины.....	8	4.4.1. Генитоуринарный менопаузальный синдром.....	38
2.2. Патологические причины.....	10	4.4.2. Пропалсы гениталий.....	38
2.2.1. Инфекционные причины.....	10	4.4.3. Дерматозы вульвы.....	39
2.2.2. Неинфекционные причины.....	15	4.5. Соматические, онкологические и иные системные заболевания.....	40
3. ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН С ВАГИНАЛЬНЫМИ ВЫДЕЛЕНИЯМИ..... 17		5. МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА..... 40	
3.1. Первичный приём.....	18	Порядок обновления клинического протокола.....	41
3.1.1. Жалобы и анамнез.....	18	6. ЛИТЕРАТУРА..... 41	
3.1.2. Осмотр наружных половых органов.....	19	АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК..... 43	
3.1.3. pH-метрия.....	21	Бактериальный вагиноз.....	44
3.1.4. Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах.....	22	Кандидозный вульвовагинит.....	45
3.1.5. Бимануальное влагалищное исследование.....	22	Аэробный вагинит.....	46
3.2. Лабораторная диагностика.....	22	Трихомонадная инфекция.....	47
3.2.1. Микроскопия.....	23	Хламидийная инфекция и инфекция, вызванная <i>Mycoplasma genitalium</i>	48
3.2.2. Молекулярно-биологические методы.....	24	Гонококковая инфекция.....	49
3.2.3. Культуральный (бактериологический) метод.....	26	Смешанный вагинит.....	50
3.2.4. Цитологическое исследование.....	26	ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ИНФОРМАЦИЯ О ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВАХ И БАД, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ПРИ СИНДРОМЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ..... 53	
3.3. Инструментальные методы исследования.....	26	ПРИЛОЖЕНИЕ 2. НЕКОТОРЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ..... 81	
3.3.1. УЗИ.....	26	ПРИЛОЖЕНИЕ 3. СПРАВОЧНИК ЛС И БАД, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ПРИ СИНДРОМЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ..... 85	
3.3.2. Кольпоскопия.....	27		
3.3.3. Вагиноскопия.....	28		
3.3.4. Гистероскопия.....	28		
3.3.5. Биопсия.....	28		
3.3.6. Другие методы.....	28		
3.4. Консультации смежных специалистов.....	28		
4. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ВАГИНАЛЬНЫМИ ВЫДЕЛЕНИЯМИ..... 28			
4.1. Эмпирическая терапия.....	28		
4.2. Двухэтапная терапия.....	29		

ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ

Засл. деятель науки РФ, акад. РАН, проф. **Радзинский В.Е.** (Москва), засл. деятель науки РФ, проф. **Савичева А.М.** (Санкт-Петербург), проф. **Апресян С.В.** (Москва), докт. мед. наук **Бибнева Т.Н.** (Москва), проф. **Гомберг М.А.** (Москва), канд. биол. наук **Гущин А.Е.** (Москва), канд. мед. наук **Дьяконов С.А.** (Москва), проф. **Костин И.Н.** (Москва), проф. **Лебеденко Е.Ю.** (Ростов-на-Дону), канд. мед. наук **Маклецова С.А.** (Москва), засл. деятель науки РФ, проф. **Мальцева Л.И.** (Казань), проф. **Мингалёва Н.В.** (Краснодар), проф. **Новикова В.А.** (Москва), проф. **Оразмурадов А.А.** (Москва), засл. врач РФ, проф. **Пенжоян Г.А.** (Краснодар), засл. деятель науки РФ, засл. врач РФ, проф. **Пестрикова Т.Ю.** (Хабаровск), канд. мед. наук **Раевская О.А.** (Москва), проф. **Свидзинский А.В.** (Берлин), проф. **Семятов С.М.** (Москва), докт. мед. наук **Соловьёва А.В.** (Москва), проф. **Союнов М.А.** (Москва), проф. **Тапильская Н.И.** (Санкт-Петербург), засл. деятель науки РФ, проф. **Хамошина М.Б.** (Москва), проф. **Хрянин А.А.** (Новосибирск)

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ

ASC-H	— atypical squamous cells cannot exclude HSIL, атипические клетки плоского эпителия, не позволяющие исключить HSIL
ASCUS	— atypical squamous cells of undetermined significance, атипические клетки плоского эпителия неясного значения
CDC	— Centers for disease control and prevention, Центры по контролю и профилактике заболеваний США
CIN	— cervical intraepithelial neoplasia, цервикальная интраэпителиальная неоплазия
CST	— community state type, тип вагинального микробного сообщества
HSIL	— high-grade squamous intraepithelial lesions, плоскоклеточное интраэпителиальное поражение высокой степени
IETA	— International Endometrial Tumor Analysis, Международный консорциум по анализу опухолей эндометрия
ISSVD	— International society for the study of vulvovaginal disease, Международное общество по изучению вульвовагинальных заболеваний
IUSTI	— International union against sexually transmitted infections, Международное общество по борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путём
LSIL	— low-grade squamous intraepithelial lesions, плоскоклеточное интраэпителиальное поражение низкой степени
NO	— nitric oxide, оксид азота
pH	— <i>pondus Hydrogenii</i> , водородный показатель
ValN	— vaginal intraepithelial neoplasia, вагинальная интраэпителиальная неоплазия
AB	— аэробный вагинит
ABB	— аллергический вульвовагинит
БАД	— биологически активная добавка
БВ	— бактериальный вагиноз
ВЗОМТ	— воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ	— вирус иммунодефицита человека
ВМС	— внутриматочная система
ВОЗ	— Всемирная организация здравоохранения
ВПГ	— вирус простого герпеса
ВПЧ	— вирус папилломы человека
ГУМС	— генитоуринарный менопаузальный синдром
ДВ	— десквамативный вагинит
ДНК	— дезоксирибонуклеиновая кислота
ЖГТ	— женский генитальный туберкулёз
ИППП	— инфекции, передаваемые половым путём
КВВ	— кандидозный вульвовагинит
КОЕ	— колониеобразующая единица
КПЛ	— красный плоский лишай
КТ	— компьютерная томография
МГТ	— менопаузальная гормональная терапия
МРТ	— магнитно-резонансная томография
ПУВА	— терапия ультрафиолетовым излучением с использованием псоралена
ПЦР	— полимеразная цепная реакция

РШМ	— рак шейки матки
РЭ	— рак эндометрия
САЛ	— склероатрофический лихен
СВВ	— синдром вагинальных выделений
СД	— сахарный диабет
СПИД	— синдром приобретённого иммунодефицита
СПЯ	— синдром поликистозных яичников
УЗИ	— ультразвуковое исследование
ЦВ	— цитолитический вагиноз
ЭВ	— эмфизематозный вагинит



Интеллектуальная элита репродуктивной медицины

mars-repro.ru
info@mars-repro.ru



spnavigator



1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- Синдром вагинальных выделений (СВВ) — обильные выделения из половых путей женщины, причиной которых служит ряд физиологических и патологических состояний.

Комментарий. Патологические влагалищные выделения — одна из самых распространённых причин обращения к акушеру-гинекологу¹.

- Объём и характер нормальных вагинальных выделений варьирует на протяжении менструального цикла в зависимости от баланса половых гормонов.

Комментарий. У пациенток репродуктивного возраста объём физиологических вагинальных выделений составляет 1–4 мл/сут^{2,3}. В период овуляции он несколько возрастает, поскольку активно вырабатываемые организмом эстрогены усиливают активность NO-синтазы и способствуют вазодилатации⁴. Выделения в этот момент обычно светлые, склонные к тягучести. В лютеиновую фазу они могут быть менее прозрачными и приобретать желтоватый оттенок⁵.

Объём и характер вагинальных выделений зависит также от нижеперечисленных факторов².

- Диета.
- Стрессы.
- Приём лекарственных средств.
- Половая активность.
- Использование средств для интимной гигиены.

- Патологические выделения чаще всего обусловлены инфекционными причинами, но за

СВВ нередко ответственны неинфекционные нарушения различной этиологии.

Комментарий. Принятая в РФ терминология чётко разграничивает «вагиноз» (невоспалительный дисбиоз) и «вагинит» (воспаление); устаревший синоним последнего — «кольпит». В зарубежной медицинской литературе вагиноз вопреки логике (*-itis* = воспаление!) обычно рассматривают как «невоспалительный вагинит».

- Микробиота влагалища — сложная локальная экосистема микроорганизмов, включающая различные бактерии, вирусы, простейшие и грибы.

Комментарий. В российской медицинской литературе существует тенденция называть **микробиомом** совокупность всех микроорганизмов человека и говорить о **микробиоте** конкретного биотопа, например влагалища¹.

- Многие симптомы и признаки СВВ неспецифичны⁶.

Комментарий. У 20–40% пациенток с жалобами на рецидивирующие вагинальные выделения выявляют нормоценоз влагалища⁷.

70% эпизодов патологических вагинальных выделений обусловлены такими инфекциями, как бактериальный вагиноз (БВ), кандидозный вульвовагинит (КВВ), трихомониаз, аэробный (неспецифический) вагинит (АВ) или их сочетания (смешанный вагинит)⁵. Около половины всех состояний ассоциированы с БВ⁸.

2. ПРИЧИНЫ ВАГИНАЛЬНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ

2.1. Физиологические причины

- Нормальные выделения из половых путей женщин прозрачные и не имеют неприятного запаха.

Комментарий. Физиологические вагинальные выделения содержат воду, слущенные эпителиоциты, цервикальную слизь, выделения из полости матки и маточных труб, а также лейкоциты. В составе можно обнаружить белки, углеводы и жирные кислоты^{1–3}.

Наличие свободного **гликогена** ассоциировано с преобладанием лактобацилл в составе микробиоты влагалища⁴. Усвоению гликогена способствует содержащаяся во влагалище α -амилаза⁵.

Вульварная фракция выделений представлена секретом больших и малых желез преддверия, а также потовых и сальных желез⁶. Многослойный плоский эпителий, выстилающий большую часть влагалища, не содержит glandular образований, но именно он ответственен за физиологические выделения из половых путей женщины⁷.

Основная часть выделений — результат физиологической **транссудации**: из капилляров жидкая часть крови выходит сначала в пространство между клетками эпителия, а затем — в просвет влагалища. Этот процесс в значительной степени зависит от влияния эндотелиального оксида азота (II), высвобождаемого, в частности, в ответ на сексуальное возбуждение⁸.

- Увеличение объёма выделений не обязательно служит признаком заболевания и не требует незамедлительного лечения⁹.
- В составе нормальной микробиоты влагалища обычно преобладают лактобациллы, но возможен и нелактобациллярный характер микробиоценоза.

Комментарий. Лактобациллы модулируют местную иммунную реакцию слизистой оболочки влагалища, защищают репродуктивный тракт от патогенов, способствуют нормальному течению беременности и послеродового периода^{10–13}.

Выделено семь типов и 13 подтипов вагинальных микробных сообществ CST (community state

type; табл. 1). К CST IV относят нелактобациллярные типы микробиоценоза¹⁴.

Варианты CST не статичны даже в течение одного менструального цикла — у каждой четвертой здоровой женщины может произойти смена вагинального сообщества.

- Нормальный pH влагалища женщин репродуктивного возраста — «кислый», обычно в пределах 3,8–4,5.

Комментарий. Колебания pH влияют на колонизацию влагалища лактобациллами и условно-патогенными микроорганизмами⁴. Продемонстрирован широкий разброс значений pH между различными CST, а также внутри типов и подтипов¹⁴.

Таблица 1. Типы вагинальных сообществ

Тип вагинального сообщества	Характеристика	Подтип вагинального сообщества	Характеристика
CST I	Преобладание <i>L. crispatus</i>	A	Выраженное преобладание <i>L. crispatus</i>
		B	Менее выраженное преобладание <i>L. crispatus</i>
CST II	Преобладание <i>L. gasseri</i>	—	—
CST III	Преобладание <i>L. iners</i>	A	Выраженное преобладание <i>L. iners</i>
		B	Менее выраженное преобладание <i>L. iners</i>
CST IV-A	Преобладание <i>Candidatus Lachnocurva vaginae</i> (ранее описана как BVAB1) с умеренным количеством <i>G. vaginalis</i> и <i>Fannyhessia vaginae</i> (<i>A. vaginae</i>)	—	—
CST IV-B	Преобладание <i>G. vaginalis</i> с низким содержанием <i>Ca. Lachnocurva vaginae</i> и умеренным — <i>Fannyhessia vaginae</i> (<i>A. vaginae</i>)	—	—
CST IV-C	Низкое содержание <i>Lactobacillus</i> spp., <i>G. vaginalis</i> , <i>Fannyhessia vaginae</i> (<i>A. vaginae</i>) и <i>Ca. Lachnocurva vaginae</i> , преобладание разнообразных факультативных и облигатных анаэробов	0	Сбалансированное сообщество с умеренным содержанием <i>Prevotella</i>
		1	Преобладание <i>Streptococcus</i>
		2	Преобладание <i>Enterococcus</i>
		3	Преобладание <i>Bifidobacterium</i>
		4	Преобладание <i>Staphylococcus</i>
CST V	Преобладание <i>L. jensenii</i>	—	—

Например, при CST IV среднее значение pH составляет $5,3 \pm 0,6$. Даже в преобладающих лактобациллярных типах — CST II и CST III — средний pH может варьировать от 4,4 до 5. Это отражает неодинаковую способность лактобацилл синтезировать молочную кислоту¹⁵. Именно поэтому уровень pH следует использовать в качестве обязательного, но не единственного инструмента оценки вагинальной микробиоты.

- Изменения влагалищной микробиоты в отсутствие симптомов синдрома/болезни не требуют лечения¹⁵.

Комментарий. Исключением из правила служат дисбиотические нарушения во время беременности.

- Нормальные выделения из половых путей в препубертате скудные.

Комментарий. Вплоть до приближения к пубертату pH половых путей девочки нейтрален, а микрофлора сходна по составу с CST IV¹⁶.

- Приблизительно за 2 года до менархе объём вагинальных выделений возрастает.

Комментарий. У большинства девочек за год до появления первой менструации в вагинальной среде уже преобладают лактобациллы, однако снижение pH влагалищного содержимого ниже 4,5 происходит далеко не всегда. Специалисты связывают это с недостаточным абсолютным количеством лактобацилл¹⁷.

Последующее доминирование лактобацилл во влагалище ассоциировано с развитием вторичных половых признаков: нарастающий уровень эстрогенов потенцирует увеличение толщины вагинального эпителия, слизи и продукции гликогена¹⁸. После инициации менструальной функции отмечают выраженное снижение кислотности наряду с доминированием лактобацилл у большинства пациенток¹⁹.

- При беременности возможно гормонально обусловленное усиление физиологических выделений из половых путей.

Комментарий. Влагалищные выделения без зуда, болезненности, неприятного запаха или дизурических явлений — нормальный симптом во время беременности²⁰. Колонизация половых путей стрептококком группы В не ассоциирована с усилением белей. Дообследование пациенток необходимо при подозрении на преждевременный разрыв плодных оболочек, преждевременные роды или наличие инфекций, передаваемых половым путём (ИППП)²¹.

- Лактация как эстрогендефицитное состояние ассоциирована с уменьшением объёма вагинальных выделений.

Комментарий. Физиологическая гиперпролактинемия при лактации обуславливает выраженное снижение выработки эстрадиола²². Это может привести к атрофическому вагиниту с симптомами, подобными генитоуринарному менопаузальному синдрому (ГУМС)²³. В 2024 году международная экспертная группа предложила для характеристики этого состояния термин «генитоуринарный лактационный синдром» (genitourinary syndrome of lactation)²⁴.

- Снижение концентраций эстрогенов в перименопаузе обуславливает атрофию вагинального эпителия и снижение объёма выделений.

Комментарий. Ассоциированные со старением атрофические изменения включают истончение эпителия, снижение локального кровотока и уменьшение содержания гликогена²⁵. С возрастом снижение количества лактобацилл становится всё более и более выраженным. В менопаузе уменьшение пула лактобацилл характерно в среднем для 22% пациенток, а в последующем эти особенности выявляют уже у 49%²⁶.

Микробиота половых путей в постменопаузе во многом схожа с CST IV, когда преобладают условно-патогенные микроорганизмы: *Streptococcus spp.*, *Prevotella spp.*, представители родов *Anaerococcus* и *Peptoniphilus*²⁷. Однако, в отличие от репродуктивного периода, такой состав микрофлоры в постменопаузе ассоциирован с дискомфортом²⁶.

2.2. Патологические причины

2.2.1. Инфекционные причины

- Дисбиозы и вагиниты, вызванные условно-патогенными микроорганизмами, — наиболее частая причина патологических вагинальных выделений.

Комментарий. Условно-патогенные микроорганизмы чаще всего вызывают нижеперечисленные заболевания, сопровождающиеся патологическими выделениями из половых путей¹⁷.

- БВ.
- КВВ.
- АВ.
- Смешанные вагиниты.

Клинически нельзя исключить ИППП, даже если пациентка утверждает, что у неё один постоянный партнёр.

- Факторы риска патологических изменений влагалищной микробиоты: стресс, половая

активность, спринцевания, антибактериальная терапия и курение²⁸.

Комментарий. Сохранение нормальной лактобиоты влагалища в течение жизни женщины — непростая задача. Антимикробная терапия любых системных и локальных инфекционных процессов снижает численность лактобацилл. Никотин не прямо влияет на популяцию лактобацилл, а повышает количество *Gardnerella* и *Mobiluncus* spp.²⁹ Высокоуглеводная диета, избыток жиров в рационе, а также ограничения питания (например, вегетарианство) могут быть ассоциированы с появлением симптомов и тяжёлым течением заболеваний, в частности БВ³⁰.

2.2.1.1. Наиболее частые причины СБВ инфекционной этиологии

Бактериальный вагиноз

- БВ — невоспалительный синдром, характеризующийся дисбиозом вагинальной микробиоты, выраженным снижением количества лактобацилл (вплоть до их полного исчезновения) и увеличением облигатных и факультативных анаэробных условно-патогенных микроорганизмов³¹.

Комментарий. При БВ резко уменьшается численность *Lactobacillus* spp. и увеличивается количество факультативных и облигатных анаэробов и микроаэрофилов: *G. vaginalis*, *Fannyhessea vaginalae* (ранее известна как *Atopobium vaginalae*)*, *Clostridiales* spp., *Prevotella* spp., *Bacteroides* spp., *Mobiluncus* spp., *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Streptococcus viridans* и др. Ведущую роль в патогенезе БВ отводят *G. vaginalis* и *F. vaginalae*.

При недостатке лактобацилл снижается концентрация молочной кислоты, pH влагалища сдвигается в щелочную сторону. Освободившуюся нишу занимает *G. vaginalis* в синергизме с иными анаэробами. *G. vaginalis* вырабатывает вагинолизин, действующий на эпителий влагалища цитотоксически и усиливающий активность гарднерелл более чем в 250 раз.

G. vaginalis в ассоциации с *L. iners* могут вырабатывать цитолизин, разрушающий клетки влагалищного эпителия, и проявлять агрессивные свойства, нетипичные для нормальной микробиоты.

Аэробный вагинит

- АВ — воспаление слизистой оболочки влагалища, обусловленное нарушением вагинальной микробиоты в результате воздействия аэробных и факультативно-анаэробных условно-патогенных бактерий³². В современной российской медицинской литературе использование термина «неспецифический вагинит» как синонима АВ легитимно.

Комментарий. Снижение пула лактобацилл и рост количества условных патогенов сопровождаются выраженной воспалительной реакцией, а спектр микроорганизмов в основном представлен различными комменсалами: стрептококками группы В (*Streptococcus agalactiae*), *Enterococcus faecalis*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*. Ключевую роль в патогенезе играют значительное нарастание провоспалительных цитокинов и активная миграция лейкоцитов в очаг инфекции. Это обуславливает повреждение, усиленное смещение влагалищных эпителиоцитов и истончение слизистой оболочки^{33,34}.

- Вероятность АВ повышают имеющиеся у женщины факторы риска.

Комментарий. В качестве триггеров АВ могут выступать отсутствие постоянного полового партнёра, использование внутриматочных систем (ВМС) и барьерной контрацепции, длительное применение антибактериальных препаратов и частые вагинальные спринцевания³⁵.

- АВ — фактор риска неблагоприятных исходов беременности.

Комментарий. АВ ассоциирован с риском выкидышей, преждевременного разрыва плодных оболочек и преждевременных родов, мертворождения, внутриамниотической аэробной инфекции и хориоамнионита³⁶. Вероятность неблагоприятных перинатальных исходов возрастает по мере усиления выраженности клинических симптомов^{37,38}.

Кандидозный вульвовагинит

- В развитии КВВ в основном повинны *C. albicans* (50–60%). Однако всё чаще значимую роль играют *C. glabrata* (15–20%), *C. parapsilosis* (10–20%), *C. tropicalis* (6–12%), *C. krusei* (до 3%), *C. kefyr*, *C. guilliermondii* и *C. lusitanae* (менее 5%)³⁹.

Комментарий. Лабораторное выявление грибов не служит показанием к терапии при отсутствии клинических проявлений.

* В 2018 году из *Atopobium* был выделен новый род микроорганизмов, фаннигессея (*Fannyhessea*), включивший и *A. vaginalae*⁴⁰. Название дано в честь немецко-американской исследовательницы Фанни Гессе (Fanny Hesse, 1850–1934), впервые предложившей использовать агар-агар для культивирования бактерий. Новая таксономическая единица пока не получила широкого признания в российской научной литературе.

- Вероятность КВВ ассоциирована с наличием факторов риска.

Комментарий. Грибы рода *Candida* могут быть безвредными комменсалами во влагалищном биотопе, однако при неблагоприятных условиях баланс вагинальной микробиоты может изменяться, приводя к появлению симптомов микозов. Повышенные риски трансформации комменсалов в патогены наблюдают при беременности, неконтролируемом сахарном диабете (СД), приёме антибиотиков (в частности, β-лактамов препаратов и ванкомицина), а также в связи с сексуальной активностью^{41,42}.

- Клинические проявления КВВ у разных пациентов могут значительно варьировать.

Комментарий. Клинические различия влияют на выбор терапии и результаты лечения. Классификация КВВ (1998) рекомендована Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (Centers for disease control and prevention, CDC).

- Неосложнённые КВВ — вызваны *C. albicans*, возникают реже чем 2 раза в год, для них характерны симптомы лёгкой и умеренной тяжести. Эффективность всех видов лечения одинакова.
- Осложнённые КВВ — рецидивирующие, хронические, чаще вызванные *C. non-albicans*, нередко возникают при наличии сопутствующих заболеваний и тяжёлых инфекций. Стандартные схемы терапии, короткие курсы лечения и препараты из группы азолов обычно не эффективны — необходимы более тщательное наблюдение и противорецидивная терапия.

Смешанные вагиниты

- Смешанные инфекции — вагиниты, сопровождающиеся одновременным наличием как минимум двух доказанных причинно-значимых микробных агентов, вызывающих воспалительный процесс³².

Комментарий. В рутинной практике нередко диагностируют комбинацию двух и более из четырёх самых частых причин патологических белей — БВ, КВВ, АВ и трихомониаз — или сочетание их возбудителей с иными облигатными патогенами (например, с *Neisseria gonorrhoeae*)¹⁷. Наиболее часто смешанные вагиниты обусловлены сочетанием БВ с КВВ. Другие типичные комбинации этиологических факторов — *Trichomonas vaginalis* на фоне БВ, а также АВ и КВВ³².

- Смешанные инфекции ассоциированы с образованием биоплёнок.

Комментарий. Различные виды микроорганизмов уживаются в едином пространстве и «потворствуют» действиям друг друга. Именно с образованием «дружественных» биоплёнок связывают смешанные инфекции, хотя нюансы их взаимодействия и этапы сборки таких сообществ до конца не ясны¹⁷.

Существование патогенов внутри биоплёнок обеспечивает им множество преимуществ по сравнению с планктонными формами. Такие сообщества предоставляют своим участникам возможность не только ускользнуть от действия антимикробных средств и агрессии иммунцитов, но также захватить новые ареалы обитания и питательные субстраты.

2.2.1.2. Инфекции, передаваемые половым путём

- Ассоциированные с патологическими выделениями из половых путей заболевания, вызванные абсолютными для человека патогенами, — важнейшая медицинская и социальная проблема.

Комментарий. Половым путём могут быть переданы несколько десятков различных бактерий, вирусов и простейших, однако причисляют к абсолютным для человека патогенам далеко не все из них⁴³. В России непосредственно к ИППП относят шесть заболеваний⁴⁴.

- Сифилис.
- Гонорея.
- Хламидийная инфекция.
- Трихомонадная инфекция.
- Аногенитальный герпес.
- Аногенитальные бородавки.

Несмотря на возможность передачи половым путём ВИЧ, вирусов гепатитов В и С, а также *M. genitalium*, вызванные этими патогенами заболевания в группу ИППП пока не включены, хотя в научных трудах и нормативных документах их нередко характеризуют как таковые.

Трихомонадная инфекция

- Трихомонадная инфекция (урогенитальный трихомониаз) — ИППП, возбудитель которой — *T. vaginalis*⁴⁵.

Комментарий. *T. vaginalis* — строгие анаэробы. Они способны выживать в сильноокислой и щелочной среде (рН 3,5–8)¹⁷. Трихомонады могут поглощать бактерии, вагинальные клетки, а также эритроциты (в качестве источника железа). Последний факт отчасти объясняет нарастание выраженности локальных симптомов у женщин во время менструации.

- Основной путь заражения трихомонадной инфекцией — половой.

Комментарий. *T. vaginalis* обитает почти исключительно в половых путях. В настоящее время доподлинно известно: трихомонадная инфекция передаётся половым путём и очень редко — через предметы обихода¹⁷.

- Трихомониаз — фактор риска репродуктивных осложнений.

Комментарий. Трихомониаз как у женщин, так и у мужчин может быть ассоциирован с различными осложнениями (вплоть до нарушения фертильности), а также с другими ИППП: у 8–41% одновременно выявляют хламидии и *N. gonorrhoeae*. Нередко *T. vaginalis* верифицируют при обследовании пациенток с БВ^{46–48}.

Наличие *T. vaginalis* ассоциировано с преждевременными родами и малым к сроку гестации весом плода: у инфицированных женщин вероятность таких инцидентов повышена почти в 1,5 раза⁴⁹. Наличие трихомонад во влагалищной среде увеличивает риски заражения ВИЧ (почти в 3 раза), а также опосредует двукратное возрастание вероятности рака шейки матки (РШМ) у пациенток, инфицированных вирусом папилломы человека (ВПЧ)^{50,51}.

Хламидийная инфекция

- Хламидийная инфекция — ИППП, возбудитель которой — *Chlamydia trachomatis*^{52,53}.

Комментарий. *C. trachomatis* — облигатная внутриклеточная грамотрицательная бактерия, демонстрирующая высокую тропность к эпителию слизистых оболочек. Её размеры чрезвычайно малы: диаметр варьирует от 0,2 до 1,5 мкм. Несмотря на отсутствие пептидогликана в клеточной стенке, возбудитель способен выживать в окружающей среде в течение нескольких часов¹⁷.

- Основной путь заражения хламидийной инфекцией — половой.

Комментарий. *C. trachomatis* передаётся половым путём¹⁷. Возможно также внутриутробное инфицирование плода. Поскольку *C. trachomatis* — внутриклеточный микроорганизм, тропный к цилиндрическому эпителию, патологические выделения при хламидийной инфекции обусловлены цервицитом.

- Хламидийная инфекция — фактор риска репродуктивных осложнений.

Комментарий. Длительное воздействие патогена на эпителий фаллопиевых труб приводит к рубцеванию и нарушению их проходимости, а влияние

на эндометрий создаёт предпосылки для нарушения рецептивности и других эндометриальных дисфункций⁵². Многие женщины узнают о наличии *C. trachomatis* лишь тогда, когда вынуждены преодолеть бесплодие или сталкиваются с невынашиванием беременности.

В числе осложнений хламидийной инфекции — воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) (эндометрит, сальпингит, параметрит, оофорит, tuboовариальный абсцесс и/или пельвиоперитонит), хроническая тазовая боль, трубное бесплодие, внематочная беременность, реактивный артрит, синдром Фитц-Хью–Кёртиса (перигепатит у пациенток с ВЗОМТ)^{54,55}.

Гонококковая инфекция

- Гонококковая инфекция — ИППП, вызываемая *N. gonorrhoeae*⁵⁶.

Комментарий. *N. gonorrhoeae* — грамотрицательный диплококк бобовидной формы, неподвижный, не образующий спор. Патогены быстро адгезируются на поверхности эпителиоцитов. Далее в течение 24–28 ч они проникают внутрь клеток и в межклеточные пространства, а затем — в субэпителиальные ткани, где образуют микроколонии⁵⁷.

- Основной путь заражения гонококковой инфекцией — половой¹⁷.

- Гонококковая инфекция — фактор риска репродуктивных осложнений.

Комментарий. По мере длительности процесса наряду с экссудативными изменениями разной степени выраженности наблюдают и пролиферативные: воспалительные инфильтраты в субэпителиальном слое приобретают очаговый характер, цилиндрический эпителий на отдельных участках трансформируется в многослойный плоский и нередко в ороговевающий, исходом чего может стать рубцовая атрофия ткани.

Инфекция, вызванная *Mycoplasma genitalium*

- Урогенитальные заболевания, вызванные *M. genitalium*, включают уретрит, цервицит и ВЗОМТ⁵⁸.

Комментарий. *M. genitalium* — абсолютный патоген без клеточной стенки, крайне чувствительный к условиям окружающей среды. Он имеет колбообразную форму и обладает способностью к движению за счёт терминальной органеллы⁵⁹. Бактерия тропна к цилиндрическому эпителию уретры, цервикального канала и маточных труб⁵⁸, поэтому патологические выделения из влагалища обусловлены цервицитом.

- Основной путь заражения — половой.

Комментарий. *M. genitalium* преимущественно передаётся половым путём. Возможна трансплацентарная передача от матери ребёнку⁵⁸.

- Инфицирование *M. genitalium* — фактор риска репродуктивных осложнений.

Комментарий. Моноинфекция *M. genitalium* у подавляющего числа женщин протекает мало- или бессимптомно. Гораздо реже она может вызывать или способствовать возникновению цервицита, эндометрита, сальпингофорита и других ВЗОМТ.

При хронической инфекции возможны осложнения: бесплодие, невынашивание беременности, хориоамнионит, плацентарная недостаточность, преждевременные роды, послеродовой эндомиометрит⁵⁸.

Генитальный герпес

- Аногенитальная герпетическая вирусная инфекция — это вызываемое вирусом простого герпеса (ВПГ) 2-го и/или 1-го типа хроническое рецидивирующее вирусное заболевание, передаваемое преимущественно половым путём⁶⁰.

Комментарий. ВПГ — дерматонейротропный ДНК-содержащий патоген из семейства α -герпес-вирусов. Он имеет короткий цикл репродукции (всего 24 ч), обладает выраженным цитопатическим действием⁶⁰. После инокуляции возбудителя в кожу или слизистые оболочки независимо от клинического исхода в большинстве случаев возникает вирусемия.

Распространение ВПГ в организме происходит лимфогематогенным и/или нейрогенным путём. Наиболее серьёзную проблему представляет факт своеобразной «бомбы замедленного действия» — вирус достигает сенсорных паравerteбральных ганглиев, где в латентном состоянии персистирует пожизненно⁶⁰.

- Вероятность генитального герпеса повышают факторы риска.

Комментарий. К факторам риска относят женский пол, использование гормональной контрацепции, БВ, колонизацию влагалища стрептококком группы В, наличие нескольких половых партнёров⁶¹. Орально-генитальный контакт при наличии латентной или активной инфекции в полости рта у одного партнёра способствует высокой вероятности инфицирования ВПГ-1 половых органов неинфицированного партнёра. Наличие

других ИППП в 3 раза увеличивает риск инфицирования ВПГ.

- ВПГ — фактор риска гинекологических заболеваний и неблагоприятных акушерских исходов.

Комментарий. ВПГ тропен к железам и строме эндометрия, нередко вызывает репродуктивные потери и воспалительные осложнения в послеродовом периоде. Особенно высока их вероятность при инфицировании во время беременности: риск невынашивания при герпетической инфекции увеличен практически в 4 раза⁶².

К проявлениям герпетического эндометрита относят маточные кровотечения и привычное невынашивание беременности⁴⁷.

2.2.1.3. Редкие причины СВВ

Цитолитический вагиноз

- Цитолитический вагиноз (ЦВ) — редкий синдром вагинальной гиперацидности, возникающий вследствие чрезмерного роста лактобацилл и избыточной продукции молочной кислоты¹⁷.

Комментарий. Парадоксальная ситуация при ЦВ: излишне доминирующие лактобациллы ведут себя агрессивно. Симптомы его нарастают циклически, наиболее выражены в лютеиновую фазу менструального цикла. Эту особенность учёные объясняют максимальным увеличением численности лактобацилл после овуляции⁶³. В ЦВ повинны прежде всего *L. crispatus*: у больных пациенток доля этих лактобацилл достигает 97%, тогда как у здоровых женщин варьирует в пределах 40%⁶⁴.

Десквамативный вагинит*

- Десквамативный вагинит (ДВ) — хроническое заболевание влагалища неизвестной этиологии и патогенеза; возможно, более тяжёлая форма АВ³².

Комментарий. ДВ — недостаточно изученный воспалительный процесс во влагалище. Это заболевание нелегко отличить от других вариантов вагинитов, поэтому диагноз устанавливают после исключения иных причин: агрессии условных патогенов, влияния специфических возбудителей, нехватки эстрогенов и др.¹⁷

* В литературе, особенно в англоязычной, встречается термин «десквамативный воспалительный вагинит». Тавтологичное название этого заболевания принято исторически — впервые использовавший его в 1968 году знаменитый американский врач Герман Гарднер (Herman L. Gardner) подчёркивал ярко выраженный характер воспалительных изменений стенок влагалища⁶⁵.

- Большинство исследователей рассценивают ДВ как отдельное заболевание⁶⁶.
Комментарий. Полагают, что ведущая роль в патогенезе принадлежит аутоиммунным процессам, а симптомы могут возникать в результате перекрёстной реактивности между собственными структурами и чужеродными антигенами, при этом стимулами могут быть инфекционные процессы и даже непереносимость лекарственных препаратов.

Некоторые исследователи считают ДВ наиболее тяжёлой формой АВ^{9,49,67–70}. Поэтому понимание патогенеза АВ имеет решающее значение для излечения ДВ⁷¹.

Эмфизематозный вагинит

- Эмфизематозный вагинит (ЭВ) — это заболевание, характеризующееся образованием кист, заполненных газом, на слизистой оболочке влагалища и цервикального канала¹⁷. Этиология ЭВ до сих пор точно не установлена.
Комментарий. Существует несколько гипотез о происхождении кист при ЭВ. Согласно одной из них, причиной могут быть инфекционные агенты, а сам процесс протекает нетипично из-за иммунодефицитных состояний. Заболевание может быть связано с *T. vaginalis* и *G. vaginalis*⁷².

Генитальный туберкулёз

- Женский генитальный туберкулёз (ЖГТ) — одна из внелёгочных форм проявления туберкулёзной инфекции. Это редкое, но эпидемиологически важное заболевание часто становится причиной бесплодия.
Комментарий. Инфекция может протекать бессимптомно (обнаруживается лабораторно) или прогрессировать до сальпингита и эндометрита с последующим образованием спаек, синехий и деформацией матки. Яичники поражаются в 20–30% со снижением овариального резерва, вплоть до полного разрушения органа, шейка матки вовлечена в 5%, а влагалище и вульва — крайне редко (до 1%)^{73,74}.
Mycobacterium tuberculosis передаётся преимущественно воздушно-капельным путём, а ЖГТ почти всегда возникает вторично по отношению к очагу в другом месте (обычно в лёгких). Бактерия попадает в половые пути посредством лимфо- и гематогенной диссеминации или прямым распространением из соседних органов.

- Генитальные гельминтозы у женщин можно считать казуистикой, тем не менее описаны случаи обнаружения в половых путях яиц и особей представителей семейств *Ascarididae* и *Oxyuridae*, ещё реже — других нематод, в частности власоглава и нескольких видов микрофилярий.

Комментарий. Основная причина гельминтозов — несоблюдение санитарно-гигиенических правил. Яйца гельминтов преимущественно попадают в организм человека через рот с грязных рук, предметов обихода при несоблюдении мер гигиены, а также при употреблении в пищу невымытых овощей, ягод и фруктов⁷⁵.

2.2.2. Неинфекционные причины

Пролапсы гениталий

- Пролапс может быть ведущей причиной патологических выделений из половых путей вследствие нарушения микроэкологии влагалища.
Комментарий. Одно из необходимых условий поддержания эубиоза половых путей — сомкнутая половая щель⁷⁶.

Генитоуринарный менопаузальный синдром

- ГУМС — симптомокомплекс, ассоциированный со снижением эстрогенов и других половых стероидов, включающий изменения в наружных половых органах, промежности, влагалище, уретре и мочевом пузыре⁷⁷.
Комментарий. Инволютивные изменения репродуктивной системы связаны со снижением продукции половых стероидов. Их концентраций становится недостаточно для поддержания нормальной толщины влагалищной оболочки, синтеза эластина и коллагена, васкуляризации, а также адекватного ответа при раздражении нервных окончаний. Ткани становятся атрофичными, уменьшается их растяжимость и прочность. Всё это обуславливает лёгкую травматизацию и создаёт предпосылки для появления дискомфорта, боли и жжения в вульвовагинальной области⁷⁸.

От дефицита половых стероидов страдает прежде всего слизистая оболочка, выстилающая влагалище: угнетены процессы пролиферации. Как следствие, наиболее богатые гликогеном промежуточные и поверхностные клетки эпителия исчезают, а лактобациллы лишаются основного питательного субстрата⁷⁹. Снижение/исчезновение лактобацилл связано с увеличением pH влага-

лишней среды, что повышает вероятность роста патогенных и условно-патогенных бактерий (в том числе кишечной флоры) и заселение ими слизистой оболочки влагалища.

Сахарный диабет

- У женщин с СД 1-го и 2-го типа риск КВВ и других нарушений вагинальной микробиоты выше по сравнению с общей популяцией.

Комментарий. Частота КВВ напрямую связана с уровнем гликированного гемоглобина и глюкозурией⁸⁰; при СД 1-го типа его наблюдают в 3 раза чаще по сравнению с пациентками с СД 2-го типа⁸¹, а при гестационном СД возникновение КВВ достоверно чаще, чем в общей популяции беременных⁸².

Ожирение

- При ожирении наблюдают хроническое воспаление и дисбиотические изменения микрофлоры, в первую очередь кишечной.

Комментарий. В патогенезе ожирения важную роль играют как гормональные и нейротрансмиттерные нарушения в работе оси «кишечник—головной мозг», так и кишечная микробиота, количественные и качественные изменения которой могут приводить к бактериальной эндотоксемии⁸³.

- Ожирение может быть связано с различными заболеваниями, ассоциированными с СВВ.

Комментарий. Ожирение, особенно абдоминальное, выступает одним из проявлений синдрома поликистозных яичников (СПЯ)⁸⁴.

У пациенток с ожирением более распространён дисбиоз влагалища, который, как правило, не имеет клинических проявлений⁸⁵.

Ожирение повышает риск развития атопического дерматита или экземы из-за хронического воспаления, вызванного иммунной дисфункцией и гиперчувствительностью. Это нужно дополнительно учитывать при установлении причины влагалищных выделений.

Аллергический вульвовагинит

- Аллергический вульвовагинит (АВВ) — неинфекционное заболевание слизистой оболочки вульвы и влагалища, вызванное индивидуальной гиперчувствительностью организма к внешним факторам.
- Реакция на средства личной гигиены.

Комментарий. Потенциальные триггеры контактного АВВ: прокладки, тампоны, стиральные порошки, мыло и другие средства ухода, содержащие различные ароматические компоненты и отдушки⁸⁶.

- Реакция на использование презервативов на латексной основе, лубрикантов.

Комментарий. Аллергия на латекс выступает одной из самых частых причин развития АВВ. Поэтому при сборе анамнеза рекомендовано выполнить оценку причинно-следственной связи между применением презервативов, лубрикантов и возникновением симптомов вульвовагинита^{87,88}.

- Посткоитальная аллергия.

Комментарий. Синдром «жгучей спермы» (burning semen syndrome) — тип аллергической реакции, проявляющийся выраженным жжением в области вульвы и влагалища после попадания на неё семенной жидкости⁸⁹.

- Ношение синтетического белья.

Комментарий. Помимо химических красителей, содержащихся в нижнем белье, которые вызывают аллергические реакции, использование синтетического материала и облегающих брюк создаёт среду для развития патологического процесса.

- Пищевая аллергия.

Комментарий. Употребление широко распространённых пищевых аллергенов, таких как коровье молоко, цитрусовые, яйца, арахис, мёд, морепродукты, пищевые ароматизаторы и специи, способно вызывать аллергическую реакцию, локализованную только на вульве и во влагалище, или сочетанное поражение кожи и слизистых^{90–92}.

- Нежелательные реакции на лекарственные средства и биологически активные добавки (БАДы).

Комментарий. БАДы и препараты могут вызывать вагинальные выделения, зуд, жжение и отёк в области вульвы⁹³.

- Злоупотребление спринцеваниями и подмываниями растворами с дезинфицирующими компонентами.
- Активная половая жизнь.

Комментарий. При частом воздействии химических и механических раздражителей слизистая оболочка становится более чувствительной к аллергенам.

- Сенсибилизация к *C. albicans*.

Комментарий. Длительная воспалительная реакция, обусловленная *C. albicans*, способствует формированию сенсибилизации, синтезу специфических IgE, продукции эйкозаноидов — простагландинов и лейкотриенов^{94–97}.

- Непрямое воздействие аллергенов.

Комментарий. Аллергены могут повышать чувствительность слизистой оболочки влагалища вторично по отношению к другим воздействиям, в частности к аэроаллергенам. Клещи домашней пыли и пыльца растений составляют большую часть источников непрямого воздействия⁹⁸.

Заболевания мочевых путей

- Недержание мочи — патологическое состояние, характеризующееся любым непроизвольным выделением мочи из уретры, — может быть ассоциировано с различными сопутствующими заболеваниями⁹⁹.

Комментарий. Среди причин могут быть сердечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность, СД, хроническая обструктивная болезнь лёгких, неврологические заболевания, включая инсульт и рассеянный склероз, расстройств сна, депрессия и метаболический синдром.

Некоторые клинические исследования демонстрируют связь между БВ и недержанием мочи¹⁰⁰, что также может обуславливать патологические влагалищные выделения.

- Пациентки с циститом, особенно хроническим, часто предъявляют жалобы на СБВ.

Комментарий. Основной возбудитель — уропатогенная *E. coli*, которую выявляют у 75% пациенток. Реже встречается *Klebsiella spp.* — в 10%, а также *Staphylococcus saprophyticus* — у 5–10% больных. Более редко выделяют другие энтеробактерии, например *Proteus mirabilis*¹⁰¹.

Ятрогенные причины вагинальных выделений

- ВМС могут быть ассоциированы с повышением риска БВ.

Комментарий. Ассоциация продемонстрирована для медных ВМС, но не для содержащих левоноргестрел¹⁰². Спринцевание повышает вероятность вагинальных инфекций как при использовании ВМС, так и в их отсутствие¹⁰³.

- Парадоксальным образом некоторые используемые в лечении ассоциированных с СБВ состояний препараты сами способны прямо или косвенно индуцировать СБВ.
- Системные эстрогенсодержащие препараты, в том числе используемые в целях гормо-

нальной контрацепции или заместительной терапии, способны усилить вагинальные выделения²¹.

- Локальное введение эстрогенов также ассоциировано с усилением вагинальных выделений¹⁰⁴.

Комментарий. По некоторым данным, локальные эстрогены повышают частоту вульвовагинальных микозов¹⁰⁴.

- Терапия ингибиторами натрийзависимых переносчиков глюкозы 2-го типа (глифлозинами) ассоциирована с повышением риска вульвовагинальных микозов в 3–4 раза¹⁰⁵.

Комментарий. Назначение широко используемых в лечении СД 2-го типа глифлозинов сопряжено с клинически значимым повышением заболеваемости КБВ, особенно у пациенток с наличием в анамнезе заболеваний, сопровождающихся патологическими вагинальными выделениями. КБВ у таких пациенток часто протекает в лёгкой форме и хорошо поддаётся терапии, что нередко позволяет избежать прекращения использования глифлозинов. Тем не менее у женщин с наличием в анамнезе протекающих в тяжёлой форме или рецидивирующих инфекций целесообразно избегать лечения СД с использованием препаратов этой группы, отдавая предпочтение ингибиторам дипептидилпептидазы 4¹⁰⁶. Описаны случаи ассоциированного с глифлозинами псориазоподобного вульвит¹⁰⁷.

- Введение лубрикантов и увлажнителей во влагалище может привести к усилению вагинальных выделений.

Комментарий. Химический состав этих средств крайне разнообразен, и нефизиологичные уровни pH, осмотические характеристики, а также наполнители могут оказать неблагоприятный эффект в отношении слизистой оболочки. Целесообразно использовать средства, наиболее приближенные в отношении pH и осмотических свойств к нормальным влагалищным выделениям¹⁰⁸.

3. ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН С ВАГИНАЛЬНЫМИ ВЫДЕЛЕНИЯМИ

- Обследование женщин с вагинальными выделениями регламентировано российскими и международными клиническими рекомендациями.

Комментарий. Утверждены российские клинические рекомендации по основным нозологическим формам, ответственным за СБВ¹.

Из международных гайдлайнов имеют прикладное значение Рекомендации Международного союза по борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путём (International union against sexually transmitted infections, IUSTI) по ведению женщин с патологическими выделениями из влагалища,

обновлённые в 2023 году⁴, и Рекомендации по диагностике и лечению вагинитов (2023) Международного общества по изучению вульвовагинальных заболеваний (International society for the study of vulvovaginal disease, ISSVD)^{5,6}.

3.1. Первичный приём

3.1.1. Жалобы и анамнез

- Тщательный сбор анамнестических данных и активное выявление жалоб пациенток с СБВ позволяют обнаружить факторы риска заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей, и поставить предварительный диагноз¹.
- Большинство заболеваний, которые могут протекать с патологическими выделениями из влагалища, не имеют патогномоничных симптомов. Окончательный диагноз можно поставить только после лабораторного подтверждения.
- Субъективные симптомы не могут служить для подтверждения того или иного диагноза, однако их сочетание позволяет заподозрить конкретную нозологическую форму.
- Симптомы смешанных инфекций неспецифичны: зуд, жжение во влагалище, выделения, диспареуния и другие проявления, свойственные вагинитам любой этиологии. Пациентки со смешанными инфекциями могут иметь признаки, которые не укладываются в рамки классического течения вульвовагинитов.
- Наиболее вероятные подлежащие исключению диагнозы при СБВ зависят от возраста пациентки⁷.

Комментарий. У девочек необходимо исключить нарушения гигиены, кишечные инфекции, энтеробиоз и аскаридоз, инородное тело влагалища и инфекции верхних дыхательных путей.

У подростков и пациенток репродуктивного возраста необходимо исключить цервицит и ИППП.

В пери- и постменопаузе в первую очередь подозревают гипо- и атрофические нарушения, пролапсы, а также неоплазии.

- Выявление факторов риска помогает диагностическому поиску и позволяет не упустить значимые симптомы иных заболеваний.

Комментарий. Жалобы на наличие выделений из половых путей в первую очередь заставляют подумать о дисбиотическом или воспалительном характере заболевания.

К факторам риска дисбиозов и вагинитов относятся^{4,8–10}:

- отсутствие постоянного партнёра;
- смену полового партнёра (в пределах последних 3 мес);
- антибактериальную терапию (в частности, β -лактамы антибиотиков и ванкомицин);
- беременность;
- иммуносупрессию (включая СД, особенно некомпенсированный, приём иммунодепрессантов, ВИЧ/СПИД);
- нарушения гигиены (недостаточная или избыточная, в том числе частые спринцевания);
- использование ВМС (особенно если введение их было менее 3 нед назад).

«Классические» факторы риска ВЗОМТ и ИППП перечислены ниже¹¹.

- Молодой возраст (до 25 лет).
- Факторы, связанные с особенностями сексуального поведения:
 - несколько половых партнёров.
 - смена полового партнёра (в пределах последних 3 мес);
 - ИППП в анамнезе пациентки или её партнёра.
- Акушерские и гинекологические операции, внутриматочные диагностические манипуляции.

Если пациентка с жалобами на патологические выделения имеет избыточный вес/ожирение и сообщает об артериальной гипертензии и/или СД 2-го типа, врач должен исключить не только дисбиоз/вагинит, но и онкозаболевания, в первую очередь рак эндометрия (РЭ).

Особенности акушерского анамнеза с указанием на акушерские и иные травмы/разрывы, роды крупным плодом, многократные беременности помогают заподозрить пролапс гениталий и связанные с ним дисбиотические нарушения.

- Важно уточнить анамнез заболевания: когда возникло, с чем сама пациентка связывает возникновение симптомов, цикличность/сезонность клинических проявлений, предыдущая терапия и её эффективность.

Комментарий. Усиление выделений в середине менструального цикла характерно для физиологического овуляторного периода. Появление коричневатых белей перед менструацией типично для аденомиоза и эндометриоза, ациклические кровянистые выделения могут быть симптомами РЭ.

Указание на пузырьковые высыпания в прошлом, появление элементов в одном и том же месте, эффективность противовирусной терапии

в анамнезе может свидетельствовать о генитальном герпесе¹².

Сезонность рецидивов позволяет заподозрить некоторые аллергические дерматозы.

- При оценке жалоб на выделения из половых путей важно уточнить, как их описывает сама пациентка, есть ли неприятный запах, что ещё беспокоит женщину.
- Сопутствующий зуд характерен для КВВ, ЦВ, трихомонадного и смешанных вагинитов, а также для дерматозов.

Комментарий. Зуд может быть разной степени выраженности — от незначительного до упорного и даже навязчивого (например, при нейродермитах). Этот симптом также может усиливаться под воздействием такого фактора, как стресс. Он может беспокоить недолгое время, как при КВВ, простом контактном дерматите, так и продолжаться в течение многих лет, как при системных заболеваниях, таких как себорея, нейродермит и экзема^{12–15}.

- Чувство жжения, помимо перечисленных выше форм, может сопровождать атрофические изменения слизистой оболочки.
- Скудные выделения из половых путей у пациентки с бесплодием, особенно при наличии общесоматических симптомов, могут указывать на ЖГТ.

Комментарий. Самая распространённая жалоба — бесплодие, которое поражает до 88% страдающих ЖГТ пациенток¹⁶. Оно наступает из-за деформации или непроходимости маточных труб, внутриматочных спаек, нерецептивности эндометрия или снижающего овариальный резерв воспалительного разрушения ткани яичников.

Помимо бесплодия, у женщин репродуктивного возраста наиболее часто отмечают нижеперечисленные субъективные симптомы¹⁷.

- Аномальные выделения из влагалища (в том числе зловонные).
- Нарушения менструального цикла.
- Боли внизу живота или в области таза.

У женщин в постменопаузе ЖГТ характеризуется постменопаузальными кровотечениями, белыми и пиометрой¹⁸. Потеря веса, анорексия, недомогание, ночная потливость и лихорадка могут указывать на активный туберкулёзный процесс в других органах¹⁹.

Обычно предположение о ЖГТ возникает не сразу, а как результат исключения других причин бесплодия или воспалительных заболеваний половой сферы. Тем не менее об этом диагнозе всегда следует помнить в эндемичных регионах и с учётом растущей распространённости туберкулёза²⁰.

• Выявление урологических симптомов.

Комментарий. Необходимо задавать пациентке наводящие вопросы: как часто она отмечает эпизоды подтекания мочи, ассоциировано ли это с физическими усилиями или происходит после нестерпимого позыва к опорожнению мочевого пузыря? Если она затрудняется ответить, можно предложить ей краткий опросник, заполнение которого занимает всего несколько минут: он помогает оценить выраженность проявлений и влияние на качество жизни (см. QR-код)²¹.



Кашлевой тест позволяет акушеру-гинекологу визуализировать непроизвольное отделение мочи во время гинекологического осмотра. Результат считают положительным, если одновременно с кашлем отмечают подтекание. При этом мочевого пузыря не должен быть пустым, достаточной считают наполненность около 200–400 мл. Если при первом кашлевом толчке нет симптомов инконтиненции, то пациентку просят повторить усилия (суммарно до 4 раз)²¹.

Положительной кашлевая проба может быть при стрессовой форме инконтиненции или при смешанной. Дифференциальную диагностику между ними следует выполнять в содружестве с профильными специалистами. Уролог поможет определить объём дополнительных исследований, установить корректный диагноз и потребность в консервативном или оперативном лечении.

- Вульвовагинит, ассоциированный с гельминтозами, не обладает патогномичными признаками¹. Однако сопутствующие гастроэнтеральные симптомы могут помочь в верификации диагноза.

Комментарий. Заподозрить гельминтоз можно по жалобам на боль в эпигастальной области, тошноту, головную боль, утомляемость, субфебрильную температуру, потерю аппетита, беспокойный сон, диарею, перианальный зуд. При этом до 40% носителей гельминтов вообще не имеют симптомов²².

Гельминтоз половых путей способен имитировать РШМ²³. Необходимо также знать о возможности одновременного наличия РШМ и гельминтоза половых путей, когда паразитов обнаруживают как случайную находку²⁴.

3.1.2. Осмотр наружных половых органов

- Пациенткам с СВВ с целью выявления воспалительных заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы рекомендованы визуальный

осмотр наружных половых органов, осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование²⁵.

Комментарий. На этом этапе диагностики выполняют оценку наличия и интенсивности признаков воспаления, патологических элементов (сыпь, трещины, язвы и т.д.) на коже и слизистых оболочках, оценку количества, цвета, консистенции и запаха выделений, наличия инородных тел.

При осмотре обращают внимание на наличие отёка слизистой оболочки шейки матки и/или влагалища, гиперемии, обильных слизистых, слизисто-гнойных или гнойных выделений из цервикального канала и/или их наличие в сводах влагалища, а также на гиперемии и отёчность наружного отверстия мочеиспускательного канала¹.

- Вульву относят к наружным половым органам, за которые ответственен акушер-гинеколог. Однако значительная часть вульварных заболеваний — дерматологические, следовательно, находятся в компетенции дерматовенеролога.

Комментарий. Тщательный осмотр вульвы позволяет выявить различные патологические состояния этой области и провести своевременную диагностику.

- Выраженная гиперемия вульвы, отёк, экскориации и образование трещин в области вульвы, задней спайки и перинальной области, особенно в совокупности с жалобами на зуд и творожистые выделения, может свидетельствовать о тяжёлом КВВ.
- Гиперемия и отёчность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизистогнойные или слизистые необильные выделения из уретры характерны для хламидийной, гонококковой инфекции и уретральных поражений, вызванных *M. genitalium*.
- Расчёсы в перинальной области — косвенный признак гельминтозов.
- Для генитальной герпесвирусной инфекции характерно наличие единичных или множественных везикулёзных элементов полициклической фестончатой формы с прозрачным содержимым на гиперемированном основании, локализованных в области поражения. После их вскрытия образуются поверхностные, болезненные, покрытые сероватым налётом эрозии размером 2–4 мм соответственно числу бывших пузырьков или сплошная эрозия с гладким дном и неподрытыми краями, окружёнными ярко-красным ободком. При-

соединение вторичной инфекции проявляется появлением гнойного экссудата. Характерны также увеличение и болезненность паховых лимфатических узлов.

- Отёк и покраснение наружных половых органов и неспецифические полиморфные высыпания наряду с указанием на зуд и периодичность обострения симптомов говорят об АВВ.

- **Объективные симптомы поражений вульвы достаточно специфичны для каждого заболевания.**

Комментарий. Главный признак **простого контактного дерматита** — покраснение кожи. Появление пузырьков и пузырей не характерно, чаще возникают трещины и эрозии. Степень тяжести поражения зависит от длительности воздействия раздражителя. Хронизация процесса приводит к огрубению кожи и развитию вторичной пигментации¹².

При **себорейном дерматите** высыпания могут быть изолированы или сочетаться с поражением других себорейных зон. Это состояние характеризуется эритемой и шелушением. При хроническом длительном течении высыпания могут инфильтроваться и образовывать папулы и бляшки. В складках могут образовываться трещины, присоединяется вторичная бактериальная и грибковая инфекция. Характерна экзематизация с появлением мокнутия¹³.

Первым признаком **атопии вульвы** может быть её ярко-красная, «лакированная» поверхность. Зуд обычно усиливается ночью и впоследствии приводит к развитию простого хронического лишая. Характерный признак — перинальные трещины, чаще всего расположенные сверху, на уровне стрелки 12 ч. Трещины часто инфицируются и вызывают болезненность. Также характерны симметричные трещины между большой и малой половыми губами, которые могут кровоточить и напоминать порезы. Ещё один признак атопической вульвы — эритематозно-сквамозное пятно над анусом, которое из-за расчёсывания постепенно превращается в папулу, напоминающую геморроидальный узел. Характерны покраснение и выраженный отёк кожи над клитором, что приводит к синехиям, скоплению выделений между ними и воспалению¹².

Расчёсывание при **нейродермите** носит привычный и постоянный характер, при этом кожа вульвы утолщается, становится более или менее пигментированной, процесс постоянно распространяется на паховые складки и бедро¹⁵.

Острая стадия **экземы** характеризуется появлением везикул на эритематозной и отёчной коже,

точечными эрозиями с мокнутием («серозные колодцы»), серозными корочками, эксфолиациями, реже — папулами и пустулами. Наряду с инволюцией сыпи происходит образование новых элементов, поэтому для истинной экземы типичен полиморфный характер высыпаний. Хроническая стадия характеризуется более выраженной инфильтрацией и лихенизацией, поствоспалительной гипо- и гиперпигментацией¹⁴.

При себорейном дерматите диагноз ставится на основании уже существующих очагов патологического процесса на других участках кожи²⁶.

Согласно клиническим рекомендациям, в диагностике атопического дерматита рекомендовано использование критериев Ханифина и Райки^{27,28}. Более сложной выступает диагностика атопического дерматита при наличии изолированного зуда вульвы. В таких случаях критерий диагностики атопии вульвы — сочетание дерматита и зуда с бронхиальной астмой или аллергическим ринитом в анамнезе; аналогично нейродермиту, не имеющему специфических маркёров заболевания.

Визуальный осмотр кожного покрова с определением псориатических феноменов — основа диагностики псориаза^{29–31}.

Объективные симптомы псориаза.

- Красноватые папулы и бляшки, покрытые плотно прикреплёнными серебристо-белыми чешуйками³².
- Три феномена³⁰:
 - стеаринового пятна (шелушение кожи при почёсывании);
 - терминальной плёнки (при снятии чешуек появляется красная блестящая поверхность);
 - кровяной росы (после отслойки плёнки на коже возникает точечное кровотечение).

Участки вульвы с ороговевающим или частично ороговевающим эпителием и плоскими полигональными папулами бледно-синюшного цвета характерны для красного плоского лишая (КПЛ), с белыми пятнами, папулами и бляшками — для склеротрофического лишая (САЛ)³³.

Объективные симптомы САЛ.

- Снежно-белые пятна, фарфорово-белые папулы или бляшки.
- Эритема не имеет чётких границ, могут возникать эрозии, петехии, телеангиоэктазии, трещины. Лихенификации, атрофии, закупорки фолликулярных протоков.
- Синехии и резорбция малых половых губ, клитора.

Характерно поражение кожи вульвы, промежности и перинальной области в виде вось-

мёрки, «замочной скважины», «песочных часов» или «цветка лотоса»³⁴.

Объективные симптомы КПЛ.

- Плоские папулы диаметром 2–5 мм с полигональными очертаниями, с вдавлением в центре, розовато-красного цвета с характерным фиолетовым или сиреневатым оттенком и восковидным блеском, более отчётливым при боковом освещении.
- Шелушение обычно незначительное, чешуйки отделяются с трудом.

Высыпания могут быть одиночными или множественными, на их поверхности определяется белый ретикулярный рисунок (сеточка Уикхема). Нередко очаги поражения имеют кольцевидную форму³⁵.

Самая частая форма КПЛ при поражении вульвы — эрозивная. Эрозии формируются в области преддверия влагалища и имеют чёткие края, насыщенный красный цвет и гладкую блестящую поверхность³⁵.

3.1.3. pH-метрия

- Пациенткам с СВВ показана pH-метрия для уточнения диагноза.

Комментарий. Изменение pH вагинальной среды в сторону увеличения показателя служит только подтверждением влагиального неблагополучия, однако не позволяет установить точный диагноз. Повышение pH более 4,5 характерно для БВ, АВ, ДВ и трихомониаза и исключает наличие цитолитического вагиноза¹.

Показатель pH отделяемого слизистой оболочки влагалища при КВВ находится в пределах нормальных референсных значений (от 3,5 до 4,5). Трихомониазу присущ повышенный pH влагалища (4,5 и более), однако простейшие могут существовать и при нормальном pH³⁶.

Подробных шкал, соотносящих значения pH с тем или иным заболеванием половых путей, не существует. Изолированная pH-метрия обладает высокой чувствительностью (90%), но низкой специфичностью³⁷. Тем не менее работа по созданию биомаркёров продолжается. К современным технологиям pH-метрии следует отнести гинекологическое зеркало Радзинского–Занько, позволяющее преодолеть нежелание врачей проводить дополнительный тест — психологический аспект, а также при каждом исследовании влагалища и шейки матки в зеркалах знать точную величину pH без траты даже секунды лишнего времени³⁸.

3.1.4. Осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах

- Изолированно по характеру выделений окончательное заключение сделать нельзя, однако вид, консистенция, обильность белей могут помочь в дифференциальной диагностике.

Комментарий. Характеристика вагинальных выделений не может служить диагностическим критерием, но помогает в дифференциальном поиске.

- Гомогенные беловато-серые вагинальные выделения густой консистенции, равномерно распределяющиеся по слизистой оболочке вульвы и влагалища, характерны для БВ.
- Обильные выделения творожистого характера на фоне гиперемии вульвы могут свидетельствовать о КВВ.
- Обильные жёлтые или зеленовато-жёлтые выделения сопутствуют АВ.
- Серо-жёлтые жидкие пенистые вагинальные выделения с неприятным запахом — признак трихомонадной инфекции.
- Слизисто-гнойные выделения из цервикального канала характерны для хламидийной, гонококковой инфекции и урогенитальных заболеваний, вызванных *M. genitalium*.
- Обильные выделения из цервикального канала слизисто-гнойного характера — симптом цервицита или ИППП.
- Серозные или серозно-гнойные выделения, равномерно распределяющиеся по слизистой оболочке вульвы и влагалища, с чёткой воспалительной реакцией более характерны для АВВ.
- Обильные водянистые бели — признак онкологических заболеваний, в первую очередь РШМ.

- При осмотре влагалища и шейки матки в зеркалах обращают внимание на наличие и выраженность воспаления.

Комментарий. Воспалительная реакция (гиперемия, отёчность слизистой оболочки) характерна для КВВ, АВ, ДВ, смешанных вагинитов, ИППП, тогда как БВ протекает без воспаления. Субклинические формы ИППП могут также быть малосимптомными.

Локализация воспалительной реакции на шейке матки (отёчность и покраснение) свидетельствует о цервиците любой этиологии.

- Оценка визуальных изменений слизистой оболочки влагалища и шейки матки.

Комментарий. Петехиальные кровоизлияния и поверхностные эрозии слизистой оболочки могут наблюдаться при АВ.

Эрозии на слизистой оболочке шейки матки характерны для ЦВ, хламидийной инфекции и повреждений, вызванных *M. genitalium*.

«Клубничная» шейка матки — характерная особенность трихомонадной инфекции, но её наблюдают лишь у 2–5% больных^{39,40}. Похожие изменения (на фоне лейкорее) могут выявлять при ДВ, когда эритема затрагивает и стенки влагалища⁵.

ЭВ можно диагностировать, если при осмотре шейки матки в зеркалах и пальпаторно при влагалищном исследовании обнаруживают кисты, напряжённые, гладкие, одиночные, множественные или формирующие конгломераты.

Изъязвление, изменение окраски шейки матки, фибринозные наложения на её поверхности или опухолевидные разрастания красного цвета, белёсого или розовато-серого цвета, которые легко кровоточат от прикосновения инструментами, — признаки РШМ.

Недостаточная увлажнённость влагалища, истончение слизистой оболочки и уменьшение складчатости, а также её бедность, лёгкость травмирования при осмотре, наличие петехий — симптомы дефицита эстрогенов. Чаще это состояние встречают в перименопаузальном возрасте (ГУМС).

Пролапс тазовых органов при осмотре можно диагностировать, если наблюдают опущение передней и задней стенок влагалища в покое и/или при напряжении, выпадение шейки и/или тела матки, рубцы и деформации слизистой оболочки влагалища, дефекты мышц тазового дна.

3.1.5. Бимануальное влагалищное исследование

- Пальпация позволяет обнаружить вовлечённость органов малого таза в патологический процесс, сопровождающийся выделениями из половых путей.

Комментарий. Болезненность при пальпации нижних отделов живота и области придатков, болезненные тракции шейки матки относят к сомнительным (не более того!) признакам ВЗОМТ.

Исследование может вызвать боль и неприятные ощущения у пациенток с эндометриозом, увеличенные яичники позволяют заподозрить СПЯ.

Крепитация во время гинекологического осмотра свидетельствует об ЭВ.

3.2. Лабораторная диагностика

- Патологические вагинальные выделения — синдром, который требует уточнения. Без

лабораторных методов, опираясь лишь на жалобы и клиническую картину заболевания, поставить окончательный диагноз нельзя⁵.

Комментарий. Первичный приём пациентки с жалобами на бели необходимо завершить получением материала для дальнейшего исследования.

- **Различные виды провокаций** (биологические, химические, физиологические, алиментарные) в диагностике ИППП не используют, поскольку они не повышают эффективность выявления возбудителей.

- Если у пациентки выявлены гонококковая, хламидийная или трихомонадная инфекция, урогенитальный герпес или аногенитальные бородавки, лечащему врачу необходимо заполнить и отправить извещение по форме №089-у/кв в порядке, установленном письмом Минздрава РФ от 2 марта 2015 года №13-2/25⁴¹.

Комментарий. В отношении *M. genitalium* подобного требования нет.

3.2.1. Микроскопия

- Пациенткам с СБВ рекомендовано микроскопическое исследование отделяемого женских половых путей.

Комментарий. Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов служит наиболее простым, низкзатратным и быстрым методом диагностики. Для оценки микробиоценоза влагалища используют световую микроскопию и микроскопию с дополнительным контрастированием (например, фазовый контраст).

В качестве объектов исследования применяют неокрашенные препараты отделяемого влагалища (нативный или влажный мазок, высушенный или регидратированный мазок) и окрашенные простыми и сложными методами препараты.

При микроскопии влажного препарата никаких ограничений нет. Материал, полученный в любой день цикла, после полового контакта или использования лекарственного препарата *per vaginam* накануне исследования, в любом случае несёт ценную информацию⁴². Однако такой подход имеет организационные ограничения: необходимо незамедлительно доставить материал в лабораторию или выполнить исследование непосредственно в кабинете врача.

- В пользу сочетания АВ и БВ может свидетельствовать наличие трёх из четырёх критериев Амсея (или увеличение суммы баллов по

шкале Ньюджента [более 7]) и наличие маркёров, предложенных Г. Дондерсом.

- Основанием для КВВ и БВ служит обнаружение псевдогиф во время микроскопии влажного мазка, а также критериев Амсея или Ньюджента.

- Об АВ и трихомонадной инфекции можно судить, опираясь на результаты анализа влажного мазка: помимо увеличения суммы баллов по классификации Г. Дондерса необходимо обнаружить простейших в вагинальном отделе.

- Исследование окрашенных мазков обладает большей чувствительностью и специфичностью по сравнению с микроскопией нативных препаратов.

Комментарий. Исключение: трихомониаз. Только влажный мазок, «висячая капля», позволяет увидеть движущиеся трихомонады — 100% диагностическая точность. *T. vaginalis* быстро теряет подвижность во внешней среде — из-за промедления доставки материалов в лабораторию можно получить ложноотрицательный результат. Однако по современным требованиям Роспотребнадзора порядок помещения для забора материала и его исследования должен быть согласован работодателем (руководителем медицинской организации) и территориальным органом потребнадзора. Информативность «сухого» мазка для диагностики трихомониаза невелика: жгутики разрушаются в течение 45 мин высушивания, из-за чего исчезает основной признак трихомонад — подвижность!

Самые распространённые методики окрашивания высушенных мазков — окраска по Граму и метиленовым синим.

- Микроскопическое исследование отделяемого женских половых путей позволяет диагностировать БВ, КВВ, АВ, трихомонадную и гонококковую инфекции и др.

Комментарий. Во время микроскопии вагинальных выделений можно увидеть лейкоциты, клетки многослойного плоского эпителия и оценить их соотношение (в норме этот показатель равен 1:1, но не более 4:1, перевес в сторону лейкоцитов при соотношении 5:1 и выше свидетельствует о воспалении), выявить базальные и парабазальные клетки, свидетельствующие о гипотрофии или атрофии эпителия, определить преимущественную микрофлору (палочки, особенно морфотип лактобацилл, или кокки), обнаружить абсолютные патогены (гонококки в виде граммотрицательных кокков, простейшие), дрожжеподобные грибы, ключевые клетки.

При микроскопии отделяемого цервикального канала обращают внимание на наличие клеток эпителия (цилиндрический эпителий говорит о правильности получения клинического материала, наличие многослойного плоского эпителия свидетельствует о контаминации цервикальных проб вагинальным отделяемым), лейкоцитов, находящихся в составе плотной цервикальной слизи (их абсолютное количество в норме составляет менее 10), а также на наличие или отсутствие грамотрицательных диплококков, морфологически сходных с гонококками.

Во время микроскопии отделяемого уретры количество лейкоцитов в норме менее 10, обращают внимание на наличие или отсутствие грамотрицательных диплококков, морфологически сходных с гонококками.

Эксперты МАРС рекомендуют использовать унифицированный бланк протокола микроскопического исследования отделяемого мочеполовых путей женщин (рис.).

Комментарий. Единообразие представления информации облегчает взаимодействие между врачами-клиницистами, микробиологами, врачами лабораторной диагностики⁴³.

- Микроскопия не позволяет определить видовую принадлежность обнаруженных бактерий и выявить внутриклеточных патогенов.

3.2.2. Молекулярно-биологические методы

- Всем пациенткам с признаками воспаления при рецидивирующем течении вагинитов и вагиноза целесообразно назначить исследование с помощью молекулярно-биологических методов⁷.

Комментарий. Наиболее распространённый метод — полимеразная цепная реакция (ПЦР) в режиме реального времени — обладает высокой чувствительностью и специфичностью, позволяет быстро получить результат. К минусам относят выявление ДНК как живых, так и неживых микроорганизмов, что иногда может приводить к ложноположительным результатам, а также всегда повышает стоимость исследования. Другие методы в рутинной практике используют реже.

- Единогое нормативного документа, регламентирующего показания к тестированию на ИППП, не существует.

Комментарий. В российских клинических рекомендациях «Нормальная беременность» (2023) не показано рутинно направлять беременных на

молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов. Оно рекомендовано при клинических признаках неблагополучия: жалобах на вагинальный дискомфорт, зуд, жжение; изменении характера выделений из половых путей (количество, неприятный запах); воспалительном характере микроскопического исследования влагалищных мазков⁴⁴.

В отношении трихомонадной и гонококковой инфекций эта рекомендация модифицирована соответствующими профильными гайдлайнами 2024 года, которые предписывают скрининг всех беременных^{45,46}. Согласно клиническим рекомендациям «Хламидийная инфекция» (2024), беременные с факторами риска заражения (возраст до 25 лет, неиспользование презервативов во время последнего полового акта, более двух половых партнёров за последние 12 мес, недавняя смена полового партнёра) должны пройти обследование при первом посещении врача акушера-гинеколога и в III триместре, чтобы предотвратить послеродовые осложнения матери и хламидийную инфекцию младенца⁴⁷.

Согласно российским клиническим рекомендациям «Женское бесплодие» (2024), страдающим бесплодием пациенткам рекомендовано молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на возбудители ИППП (*N. gonorrhoeae*, *T. vaginalis*, *C. trachomatis*, *M. genitalium*) с целью исключения или выявления и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний генитального тракта как возможной причины бесплодия⁴⁸.

- Разработаны коммерческие тестовые системы, служащие для качественного или количественного определения конкретных микроорганизмов.

Комментарий. Качественное определение условно-патогенных микроорганизмов малоинформативно, так как позволяет лишь выявить их наличие, не давая представления об их соотношениях в вагинальном биотопе. Количественная оценка более показательна.

- Количественная оценка абсолютных патогенов наряду с клинической картиной и длительностью заболевания помогает выбрать оптимальную схему терапии.

Комментарий. Учёт концентрации возбудителей позволяет подбирать терапию более персонализированно. Чем большее количество копий ДНК обнаружено, тем более длительной должна быть терапия.

Микроскопическое исследование отделяемого мочеполовых органов

« _____ » 20__ г.

[illegible]

A12.20.001 Микроскопическое исследование влагалищных мазков
Отделяемое влагалища (19)

Критерии оценки		Результат	Референсные значения
Показатели воспаления	Соотношение полиморфноядерных лейкоцитов (Л) и эпителиальных клеток (Э)	☐ Л < Э ☐ Л > Э ☐ Л : Э равно ____1	Менее 5:1
	Фагоцитоз	☐ Обнаружен ☐ Не обнаружен	Не обнаружен
Эритроциты		☐ Обнаружены ☐ Не обнаружены	Не обнаружены или единичные
Эпителиальные клетки: поверхностные и промежуточные парабазальные и базальные		☐ Обнаружены ☐ Не обнаружены ☐ Обнаружены ☐ Не обнаружены	*
Цитолиз Э		☐ Умеренный ☐ Не обнаружен ☐ Выраженный	Не обнаружен или умеренный
Морфотипы лактобацилл и других микроорганизмов		☐ Только лактобациллы ☐ Лактобациллы преобладают ☐ Лактобациллы в меньшинстве ☐ Преобладают другие морфотипы: ☐ грам(+) кокки ☐ бифидобактерии ☐ грам (+/-) коккобациллы ☐ колиформные палочки ☐ микроорганизмов нет	*
Количество микроорганизмов		☐ Большое ☐ Умеренное ☐ Небольшое	Не обнаружены
Ключевые клетки		☐ Обнаружены ☐ Не обнаружены	*
Дрожжевые грибы: дрожжевые клетки псевдомоний		☐ Обнаружены ☐ Не обнаружены ☐ Обнаружен ☐ Не обнаружен	Не обнаружены
Трихомонады		☐ Обнаружены ☐ Не обнаружены	Не обнаружены

Шифра НМУ нет
Отделяемое слизистой цервикального канала (168)

Лейкоциты (Л)		☐ <10 ☐ 10–30 ☐ >30	Менее 30 в п/зр
Грам (–) диплококки, расположенные внутри- и внеклеточно, морфологически сходные с гонококками		☐ Обнаружены ☐ Не обнаружены	Не обнаружены
Контроль взятия	Клетки цилиндрического эпителия	☐ Обнаружены ☐ Не обнаружены	Обнаружены
	Слизь	☐ Обнаружена ☐ Не обнаружена	Обнаружена
	Клетки плоского эпителия (вагины)	☐ Обнаружены ☐ Не обнаружены	Не обнаружены

A12.28.015 Микроскопическое исследование отделяемого уретры
Отделяемое слизистой уретры (27)

Лейкоциты (Л)	☐ <10	☐ >10	Менее 10 в п/зр
Грам (-) диплококки, расположенные внутри- и внеклеточно, морфологически сходные с гонококками	☐ Обнаружены	☐ Не обнаружены	Не обнаружены

* Референсные значения зависят от физиологического состояния и возраста.

дата выдачи анализа

исследование выполнил

Рис. Бланк микроскопического исследования отделяемого половых органов.

- **Диагностические панели на основе мультиплексной ПЦР в режиме реального времени** позволяют оценить микробиоту влагалища в целом.

Комментарий. Во влагалищном биотопе сосуществуют множество видов микроорганизмов, но не все они ответственны за нарушения микробиоты.

Для диагностики смешанных инфекций также могут быть использованы комплексные молекулярные методы (в частности, коммерческие тест-системы), которые обеспечивают одновременное определение спектра факультативно-аэробных и облигатно-анаэробных микроорганизмов и не зависят от условий культивирования. Помимо диагностики заболеваний, вызванных полимикробными ассоциациями (БВ и АВ, а также КВВ), тесты позволяют выявить *T. vaginalis* и других возбудителей ИППП.

3.2.3. Культуральный (бактериологический) метод

- **Культуральный метод** трудоёмок и затратен, поэтому его не относят к первой линии. Однако он позволяет не только изучить видовую специфичность бактерий, но и определить их чувствительность к антибактериальным и антимикотическим препаратам.

Комментарий. Бактериологический метод может быть ценен для видовой идентификации возбудителя, однако более 99% бактерий невозможно культивировать в силу различных причин. В то же время определение чувствительности/резистентности микроорганизмов к антибактериальным и антимикотическим препаратам незаменимо при упорном течении или рецидивировании заболевания.

3.2.4. Цитологическое исследование

- При выявлении визуально изменённых участков шейки матки, если с момента цитологического скринингового исследования прошло более 12 мес, целесообразно его повторить.

Комментарий. Цитологическое исследование мазков с экзо- и эндоцервикса — первый и основной инструмент выявления цервикальных онкозаболеваний. Согласно клиническим рекомендациям «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки» (2024), цитологическое исследование микропрепарата шейки матки предписано всем женщинам в возрасте от 21 до 65 лет с интервалом в 3 года. Возможно выполне-

ние цитологического исследования при обращении пациентки менее 21 года при половой жизни более 3 лет⁴⁹.

- **Рекомендован повторный пересмотр аномальных мазков.**

Комментарий. При наличии у пациентки признаков выраженного цервицита целесообразно до выполнения цитологического исследования назначить терапию с целью устранения воспалительного компонента.

Около 10% традиционных цитологических мазков неадекватны, что связано с неправильной техникой забора материала и приготовления препарата.

Жидкостная цитология более эффективна вследствие многократного уменьшения количества неадекватных мазков.

- При цитологических заключениях ASCUS, ASC-H, LSIL, HSIL рекомендовано молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на ВПЧ вне зависимости от возраста. Целесообразно генотипирование (частичное или полное) и определение вирусной нагрузки.

Комментарий. Рекомендовано молекулярно-биологическое исследование отделяемого из цервикального канала на ВПЧ с целью выявления риска РШМ у всех женщин в возрасте от 30 до 65 лет каждые 5 лет у ВПЧ-негативных женщин или ежегодно у ВПЧ-позитивных женщин. Определяют ВПЧ высокого канцерогенного риска (не менее 12 типов).

- **Аномальные результаты цитологии (ASCUS на фоне ВПЧ высокого канцерогенного риска, ASC-H, LSIL, HSIL) — показание для кольпоскопии, по результатам которой определяют необходимость биопсии шейки матки.**

Комментарий. Кольпоскопия также показана всем инфицированным ВПЧ 16-го и/или 18-го типа независимо от результатов цитологии. Диагноз и степень тяжести неопластических изменений регистрируют только на основании патологоанатомического исследования.

3.3. Инструментальные методы исследования

3.3.1. УЗИ

- **Инструментальные методы** не относят к первой линии диагностики, однако в некоторых клинических ситуациях они могут быть полезны.

Комментарий. Вовлечение в патологический процесс органов малого таза, онкологические заболева-

ния, эндометриоз и аденомиоз требуют визуального подтверждения.

- Пациенткам с подозрением на ВЗОМТ рекомендовано УЗИ органов малого таза (по возможности трансвагинальным датчиком)⁵⁰.

Комментарий. УЗИ органов малого таза (с помощью трансвагинального и трансабдоминального датчиков) более информативно для диагностики tuboовариального абсцесса. УЗИ можно использовать для дифференциальной диагностики ВЗОМТ. Однако отсутствие изменений при УЗИ не позволяет исключить ВЗОМТ⁵¹.

- Пациенткам с РШМ рекомендовано УЗИ органов малого таза, регионарных лимфатических узлов в целях определения распространённости опухолевого процесса и планирования алгоритма лечения⁵².

- При подозрении на эндометриоз в качестве первичной инструментальной диагностики заболевания рекомендовано УЗИ органов малого таза⁵³.

Комментарий. УЗИ необходимо провести для диагностики предполагаемого эндометриоза, в первую очередь для диагностики эндометриомы и глубокого инфильтративного эндометриоза с вовлечением кишечника, мочевого пузыря или мочеточника⁵⁴.

- УЗИ органов малого таза рекомендовано пациенткам с СПЯ или при подозрении на него для верификации диагноза⁵⁵.

- Независимо от возраста пациентки утолщённый эндометрий чаще ассоциирован с доброкачественными, чем со злокачественными нарушениями.

Комментарий. Эксперты Международного консорциума по анализу опухолей эндометрия (International Endometrial Tumor Analysis, IETA) подчёркивают, что и по сей день традиционно специалисты оценивают **риск озлокачествления эндометрия**, опираясь прежде всего на измерение его толщины.

Самые частые сонографические признаки РЭ у женщин с аномальными маточными кровотечениями перечислены ниже⁵⁴.

- Толщина эндометрия 11–26 мм.
- Неоднородное строение слизистой оболочки, в том числе с наличием кист неправильной формы.
- Неопределённая средняя линия эндометрия.
- Прерывистое соединение эндо- и миометрия.
- Жидкость в полости матки имеет вид «матового стекла», различается по эхогенности.
- Высокий цветной показатель (colour score), 3 или 4.

- Множественные сосуды (один или несколько очагов неоваскуляризации) при цветном доплерокартировании.

- При генитальном туберкулёзе УЗ-картина разнородна⁵⁶.

Комментарий. В маточных трубах можно наблюдать гидро- (при серозном содержимом) или пиосальпинкс (при казеозном). Эндометрий поражён у 60–90% женщин, больных генитальным туберкулёзом. Он эхокопически неоднороден, с гиперэхогенными областями, обусловленными очагами кальцификации или фиброза, визуализируются внутриматочные синехии (синдром Ашермана), полость матки деформирована.

- Случайной находкой при УЗИ органов малого таза служит гидрометра — бессимптомное скопление жидкости в полости матки.

Комментарий. Гидрометру нередко наблюдают у пациенток в постменопаузе. Она служит фактором риска РЭ и РШМ, особенно при большом объёме гидрометры, ожирении и наличии в анамнезе кровянистых выделений из половых путей⁵⁷.

3.3.2. Кольпоскопия

- Кольпоскопия рекомендована в первую очередь для дифференциальной диагностики РШМ при обнаружении визуальных изменений шейки матки.

Комментарий. Кольпоскопия служит дополнительным методом исследования и не входит в скрининг РШМ.

- Для острого цервицита характерна выраженная воспалительная реакция слизистой оболочки шейки матки.

Комментарий. При кольпоскопии видны мутные слизистые или гнойные выделения, отёчность. Характерна контактная кровоточивость. После удаления выделений визуализируется гиперемия с точечными вкраплениями. После обработки шейки матки уксусной кислотой они бледнеют и становятся более отчётливыми.

- При хроническом цервиците, помимо неярко выраженного воспалительного процесса, наблюдают дезорганизацию метапластического эпителия и стромы.

Комментарий. При кольпоскопии выявляют гипертрофию шейки матки, поверхностный рельеф изменён. Возможны очаги реактивного акантоза, паракератоза, ацетобелого эпителия, мозаики или пунктации. Картина может быть сходна с CIN. Основное отличие хронического цервицита от CIN — наличие клеток воспалительного инфильтрата.

- При кольпоскопии следует иметь в виду, что для онкологического процесса характерны выраженные изменения.

Комментарий. В случае эндофитного роста цервикального рака шейка матки увеличена, приобретает бочковидную форму, неровную бугристую поверхность, неравномерную розово-мраморную окраску.

При экзофитном росте опухолевидные разрастания красноватого, белёсого или розовато-серого цвета, которые легко кровоточат от прикосновения инструментами, на поверхности шейки матки могут быть фибриновые наложения. Кроме того, для РШМ характерны следующие изменения.

- Неправильная форма.
- Неровная поверхность.
- Приподнятые края.
- Наличие изъязвлённых или выпуклых образований.

Злокачественная опухоль может иметь вид хрупкой массы, выступающей в просвет.

3.3.3. Вагиноскопия

- Вагиноскопия наиболее значима при диагностике причин вагинальных выделений у девочек и девушек-подростков.

Комментарий. Вагиноскопия позволяет обнаружить инородные тела во влагалище, травмы наружных половых органов. При любом виде травм у девочек и девушек, помимо местного, целесообразно выполнить исследования других органов и систем, в частности органов брюшной полости.

Вагиноскопия также помогает в диагностике ValN и рака вульвы.

3.3.4. Гистероскопия

- При подозрении на РЭ рекомендована гистероскопия и аспирационная биопсия эндометрия.

Комментарий. У большинства пациенток с РЭ наблюдают СВВ, что не исключает асимптомного течения. При гистероскопии выявляют уплотнение, изъязвление, изменение окраски эндометрия, опухолевидные разрастания легко кровоточат от прикосновения инструментами.

3.3.5. Биопсия

- При подозрении на РШМ, РЭ и рак вульвы рекомендована биопсия с последующим патологоанатомическим исследованием биопсийного (операционного) материала с обязательным указанием гистологического типа и степени дифференцировки опухоли.

3.3.6. Другие методы

- При дифференциальной диагностике причин вагинальных выделений возможны другие инструментальные методы исследования, необходимые для окончательного заключения: КТ, МРТ, лапароскопия и др.

3.4. Консультации смежных специалистов

- Упорное рецидивирующее течение вагинитов и дисбиоза, нормоценоз влагалища по результатам лабораторных методов исследования при наличии/сохранении жалоб, сопутствующие соматические заболевания требуют консультации смежных специалистов.

Комментарий. Вовлечение в патологический процесс вульвы часто ассоциировано с дерматологическими заболеваниями, которые диагностирует и лечит дерматовенеролог. Соматические и онкологические заболевания, которые могут сопровождаться СВВ, выявляет и лечит врач соответствующей специальности: эндокринолог, онколог, терапевт, аллерголог и др.

4. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК С ВАГИНАЛЬНЫМИ ВЫДЕЛЕНИЯМИ

4.1. Эмпирическая терапия

- При жалобах на патологические выделения из влагалища (особенно при выявлении воспаления при осмотре) рекомендовано

назначение эмпирической терапии после получения материала для лабораторного исследования.

Комментарий. Опираясь на особенности клинической картины, нюансы анамнеза и уровень

pH, акушер-гинеколог вправе установить предварительное заключение, которое в свою очередь служит основанием для эмпирической терапии препаратами широкого спектра ещё до получения результатов анализов и верификации окончательного диагноза¹.

- Для лечения вульвовагинитов допустимо эмпирическое назначение комбинированных антибактериальных препаратов и местных анти-септиков.

Комментарий. В действующих клинических рекомендациях «Воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы» (2025) перечислены группы АТХ, которые могут быть назначены (табл. 2)².

4.2. Двухэтапная терапия

- В комплексном лечении вульвовагинальных инфекций целесообразно использовать двух-этапный подход.

Комментарий. В России накоплен большой опыт двухэтапной терапии с обязательным восстановлением микробиоценоза влагалища после эрадикации патогенов. Изначально такой подход применяли для лечения БВ.

Назначение пре- и пробиотиков при БВ ассоциировано со значимым увеличением количества выздоровевших, а также с уменьшением частоты рецидивов³. Систематический обзор и метаанализ (2021) за последние 15 лет назначения пробиотиков в акушерстве и гинекологии показал уменьшение количества патогенных микроорганизмов во влагалище и параллельно с этим рост лактобацилл⁴.

- Антибактериальные препараты могут отрицательно влиять на собственную микрофлору. При этом может нарушаться не только влагалищная, но и кишечная микробиота.

Комментарий. Для второго этапа используют лекарственные средства с биологически активные добавки с пре- и пробиотиками. В рутинной практике чаще назначают следующие виды бактерий:

- бифидобактерии (*Bifidobacterium bifidum*, *B. longum*, *B. breve*, *B. adolescentis*, *B. animalis subsp. lactis*, *B. thermophilum*);
- лактобациллы (*Lactobacillus acidophilus*, *L. plantarum*, *L. casei subsp. rhamnosus*, *L. brevis*, *L. delbrueckii subsp. bulgaricus*, *L. helveticus*, *L. fermentum*, *L. reuteri*, *L. curvatus*);
- лактококки (*Lactococcus lactis subsp. cremoris*, *L. lactis subsp. lactis*, *L. lactis subsp. lactis biovar. diacetylactis*);

- кишечную палочку (*E. coli*);
- энтерококки (*Enterococcus faecium*, *E. faecalis*);
- стрептококки (*Streptococcus thermophilus*);
- бациллы (*Bacillus subtilis*, *B. cereus*, *B. licheniformis*);
- грибы-сахаромицеты (*Saccharomyces boulardii*, *S. cerevisiae*).

Введённые интравагинально пробиотические штаммы персистируют в течение непродолжительного периода времени и не колонизируют влагалище⁵. За это время они реализуют многочисленные косвенные эффекты. Выработка молочной кислоты и перекиси водорода снижает локальный pH, при этом пробиотики вырабатывают вещества с антимикробной активностью и стимулируют иммунную систему, благоприятствуя формированию сбалансированного состава микробиоты. Ещё один эффект пробиотиков — конкуренция с патогенами за локусы прикрепления к эпителию и за нутриенты⁶.

Потенциально способные воздействовать на микробиоту влагалища пробиотики не ограничены лишь топическими средствами. Показано, что при пероральном употреблении штаммы лактобактерий сохраняют жизнеспособность при прохождении через желудочно-кишечный тракт и способны колонизировать влагалище⁷.

4.3. Инфекционные гинекологические заболевания

4.3.1. Инфекции нижнего отдела репродуктивного тракта

Бактериальный вагиноз

- Основная цель терапии БВ — устранение симптомов вагинального неблагополучия и профилактика инфекционных осложнений, а также снижение заболеваемости ИППП.

Комментарий. Схемы лечения БВ, предложенные ведущими зарубежными и отечественными сообществами, практически идентичны^{8,9}.

- Лечить БВ необходимо при наличии конкретных клинических проявлений. Необходимости в лечении бессимптомного БВ у небеременных нет.

Комментарий. БВ может исчезать самопроизвольно. Однако в группах риска ИППП терапия необходима, поскольку позволяет снизить вероятность заражения ВИЧ, ВПЧ и ВПГ, а также *T. vaginalis*, *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae* и *M. genitalium*.

- Бессимптомный БВ следует лечить во время беременности и перед гинекологическими вмешательствами.

Таблица 2. Препараты по группам АТХ, применяемые для терапии вульвовагинитов

Код АТХ	Наименование группы	МНН
G01	Противомикробные препараты и антисептики, применяемые в гинекологии	—
G01A	Противомикробные препараты и антисептики, кроме комбинаций с кортикостероидами	—
G01AA	Антибиотики	Нистатин Натамицин Клиндамицин Комбинации с нистатином Неомицин + нистатин + полимиксин В Нифурател + нистатин
G01AD	Органические кислоты	Молочная кислота Аскорбиновая кислота
G01AF	Производные имидазола	Метронидазол Клотримазол Миконазол Эконазол Орнидазол Кетоконазол Бутоконазол Сертаконазол Тинидазол Комбинации производных имидазола Метронидазол + миконазол Лидокаин + метронидазол + миконазол Тинидазол + тиоконазол
G01AX	Другие противоинфекционные и антисептические средства	Нифурател Повидон-йод Лактобациллы
G01B	Противомикробные средства/антисептики в комбинации с кортикостероидами	Неомицин + нистатин + преднизолон + тернидазол
D08A	Антисептики и дезинфицирующие средства, применяемые в дерматологии	—
D08AC	Бигуаниды и амидины	Хлоргексидин и его комбинации
D08AH	Производные хинолина	Деквалиний
A07FA01	Микроорганизмы, продуцирующие молочную кислоту	—
J02A	Противомикотические средства для системного применения	—
J02AB	Производные имидазола	Миконазол Кетоконазол
J02AC	Производные триазола и тетразола	Флуконазол Итраконазол

Примечание. Лекарственные препараты, упомянутые в КР «Воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы», применяют по показаниям в соответствии с инструкциями по применению, учитывая противопоказания, в том числе по возрасту.

Комментарий. Беременность — показание к терапии бессимптомного процесса в силу высоких рисков неблагоприятных перинатальных исходов¹⁰.

- **Рекомендована двухэтапная терапия БВ.**

Комментарий. Первый этап — эрадикация БВ-ассоциированных микроорганизмов с помощью антимикробных средств (предпочтение следует отдавать топическим формам).

Второй этап — восстановление достаточного количества лактобактерий путём использования пре- и пробиотиков (интравагинально и перорально), а также органических кислот (например, препаратов молочной или аскорбиновой кислоты для интравагинального введения)^{8,11,12}. Назначение второго этапа позволяет снизить частоту рецидивов БВ и помогает ускорить излечение по сравнению с монотерапией антибактериальными препаратами¹³.

- **Первая линия лечения БВ — метронидазол или клиндамицин^{9,11,14}.**

Комментарий. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, для лечения женщин вне беременности назначают клиндамицин в виде крема (2%) 5 г *per vaginam* 1 раз в сутки (на ночь) в течение 7 дней; или клиндамицин суппозитории 100 мг *per vaginam* 1 раз в сутки (на ночь) в течение 3 дней; или метронидазол гель 5 г *per vaginam* 2 раза в сутки в течение 5 дней; или метронидазол 500 мг *per os* 2 раза в сутки в течение 7 дней; или клиндамицин 300 мг *per os* 2 раза в сутки в течение 7 дней¹¹.

Эти же лекарственные средства предложены в качестве первой линии терапии БВ в рекомендациях CDC¹⁴ и ISSVD⁹.

- **Лечение БВ беременных клиндамицином допустимо на любом сроке гестации, тогда как метронидазол разрешён со II триместра^{9,11,14}.**

Комментарий. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, для лечения беременных назначают метронидазол 500 мг *per os* 2 раза в сутки в течение 7 дней (со II триместра); или метронидазол 250 мг *per os* 3 раза в сутки в течение 7 дней (со II триместра); или клиндамицин 300 мг *per os* 2 раза в сутки в течение 7 дней¹¹.

Схемы, предложенные CDC¹⁴ и ISSVD⁹, практически не отличаются.

- **Вторая линия лечения БВ — тинидазол и секнидазол^{9,11,14}.**

Комментарий. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, для лечения женщин вне беременности назначают тинидазол 2 г *per os* 1 раз в сутки в течение 3 дней или тинидазол 1 г *per os* 1 раз в сутки в течение 5 дней¹¹.

Согласно гайдлайну ISSVD, для лечения женщин вне беременности назначают тинидазол 1 г *per os* 1 раз в день 5 дней; или тинидазол 2 г *per os* 1 раз в день 2 дня; или клиндамицин 300 мг *per os* 2 раза в день 7 дней; или клиндамицин (суппозитории) 100 мг *per vaginam* 1 раз в день 3 дня; или секнидазол 2 г *per os* однократно (растворив в пудинге, яблочном пюре, йогурте)⁹.

- **Возможно назначение альтернативных схем лечения БВ^{9,14}.**

Комментарий. Согласно рекомендациям CDC, для лечения назначают клиндамицин 300 мг *per os* 2 раза в сутки в течение 7 дней; или клиндамицин (суппозитории) 100 мг *per vaginam* 1 раз перед сном в течение 3 дней; или секнидазол 2 г *per os* однократно; или тинидазол 2 г *per os* 1 раз в сутки в течение 2 дней; или тинидазол 1 г *per os* 1 раз в сутки в течение 5 дней¹⁴.

Согласно гайдлайну ISSVD, для лечения назначают деквалияния хлорид 10 мг *per vaginam* 1 раз в день 6 дней; или клиндамицина фосфат крем (2%) однократно *per vaginam*; или метронидазол гель (1,3%) однократно *per vaginam*⁹.

- **Для лечения рецидивирующих форм БВ препараты выбора — тинидазол и секнидазол^{9,11,14}.**

Комментарий. Согласно гайдлайну ISSVD, для лечения назначают трёхэтапную схему: нитроимидазолы *per os* 1 раз в день, борная кислота *per vaginam* 1 раз в день 3 нед, метронидазол *per vaginam* 2 раза в неделю 16 нед или метронидазол 2 г + флуконазол 150 мг 1 раз в месяц⁹.

- **Лечить партнёра пациентки с БВ нецелесообразно.**

Комментарий. Назначение антимикробных препаратов не показано половым партнёрам страдающих БВ пациенток при отсутствии симптомов воспалительных урогенитальных заболеваний (баланопостита, уретрита и др.). Результаты Кокрейновского систематического обзора 2016 года (семь исследований, n=1026; до настоящего времени обзор не обновлён) показали, что «лечение» не способствует клиническому улучшению и не снижает частоту рецидивов у женщин, зато увеличивает вероятность нежелательных явлений у мужчин¹⁵.

Аэробный вагинит

- **Общепринятой стратегии лечения АВ не существует.**

Комментарий. В рутинной практике используют препараты, активные против бактерий кишечной группы и минимально влияющие на лактобациллы. При этом предпочтение отдают топическим формам: антибиотикам и антисептикам^{2,11}.

- Лечение пациенток с АВ проводят на основании верифицированных при микроскопии изменений, а в случае неудач и повторных эпизодов АВ — по результатам культурального исследования.

Комментарий. Схему лечения АВ определяют по результатам микроскопии: нарушения микробиоты, воспаление и атрофию лечат местными препаратами (антибактериальными, антисептическими, гормональными), используя их комбинации при тяжёлых формах. Для последних также рекомендована поддерживающая терапия в течение 2–6 мес⁹. При выраженных воспалительных изменениях (более 10 лейкоцитов на один эпителиоцит) помимо противомикробных препаратов может быть целесообразно использован гидрокортизон, а при низком индексе вагинального здоровья — эстрогенсодержащие средства¹⁶.

Поскольку проявления АВ и атрофические изменения влагалища могут быть трудноразличимы, женщинам в постменопаузе могут быть рекомендованы локальные формы эстрогенов.

- АВ во время беременности обязательно подлежит лечению.

Комментарий. В I триместре беременности возможно лечение АВ антисептиками, а со II триместра — также антибиотиками¹⁷. Следует учитывать, что моксифлоксацин и канамицин беременным строго противопоказаны.

Кандидозный вульвовагинит

- Для лечения КВВ вне беременности назначают противогрибковые препараты интравагинально и/или системно (нистатин, клотримазол, миконазол, фентиконазол, эконазол, сертаконазол, итраконазол, флуконазол, натамицин)².

- Противогрибковые средства из группы азолов считают препаратами выбора для лечения неосложнённого КВВ^{18,19}.

Комментарий. С этой целью используют кремы, мази и суппозитории для интравагинального введения (клотримазол, миконазол, эконазол и др.), а также лекарственные средства для однократного перорального приёма (флуконазол, итраконазол и др.). При назначении схемы терапии важно не списывать со счетов растущую резистентность *C. albicans* к антимикотикам^{20,21}. Выбор медикамента индивидуален и зависит от доступности, переносимости и предпочтений пациентки.

Согласно рекомендациям ISSVD (2023), клотримазол, миконазол, эконазол или флуконазол — препараты выбора при неосложнённых формах КВВ⁹.

Согласно рекомендациям CDC (2021), для лечения женщин вне беременности назначают следующие лекарственные средства⁹.

- Препараты для вагинального использования.
 - Клотримазол крем 1% 5 г ежедневно 7–14 дней.
 - Клотримазол крем 2% 5 г ежедневно 3 дня.
 - Миконазол крем 2% 5 г ежедневно 7 дней.
 - Миконазол крем 4% 5 г ежедневно 3 дня.
 - Миконазол вагинальные суппозитории 100 мг ежедневно 7 дней.
 - Миконазол вагинальные суппозитории 200 мг ежедневно 3 дня.
 - Миконазол вагинальные суппозитории 1200 мг однократно.
 - Тиоконазол мазь 6,5% 5 г однократная аппликация.
 - Бутоконазол крем 2% 5 г однократно.
 - Терконазол крем 0,4% 5 г ежедневно 7 дней.
 - Терконазол крем 0,8% 5 г ежедневно 3 дня.
 - Терконазол вагинальные суппозитории 80 мг ежедневно 3 дня.
- Пероральные препараты: флуконазол 150 мг однократно.

Во время беременности, согласно отечественным клиническим рекомендациям «Воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы» (2025), лечение КВВ возможно противогрибковыми средствами (клотримазол, натамицин) или антисептиками².

Согласно рекомендациям CDC, для лечения беременных рекомендована только местная терапия азольными препаратами в течение 7 сут⁹.

- Для лечения тяжёлого (осложнённого) КВВ используют более длительные схемы.

Комментарий. Согласно рекомендациям CDC, для лечения женщин вне беременности назначают местную терапию препаратами из группы азолов в течение 7–14 дней или флуконазол 150 мг *per os* 2 раза с интервалом 72 ч⁹.

- Лечение КВВ, вызванного *C. non-albicans*, подбирают индивидуально.

Комментарий. Согласно рекомендациям CDC, для лечения женщин вне беременности схема терапии не разработана, однако при первом эпизоде можно прибегнуть к антимикотикам неазольного ряда. Препараты назначают *per os* или *per vaginam* в течение 7–14 дней. При развитии рецидива — борная кислота в желатиновых капсулах по 600 мг *per vaginam* ежедневно в течение 21 дня (лекарственная форма не зарегистрирована в РФ)⁹.

- Лечение пациенток с рецидивирующим КВВ: двухэтапная терапия с длительным поддерживающим лечением.

Комментарий. Терапия рецидивирующего КВВ включает использование местных и пероральных противогрибковых препаратов. Женщин с такими сопутствующими заболеваниями, как СД или тяжёлые инфекции, даже при возникновении менее трёх эпизодов КВВ в год следует лечить так же, как пациенток с рецидивирующим КВВ⁹.

В случае рецидивирующего КВВ медикаментозное вмешательство подразделяют на два этапа: во время первого необходимо устранить симптомы, а в рамках второго назначают длительную поддерживающую терапию флуконазолом (6 мес). Использования этого препарата следует избегать у женщин, принимающих статины, а также при лечении пациенток с заболеванием почек или с высоким риском аритмии²².

Согласно рекомендациям CDC, для лечения женщин вне беременности назначают следующие лекарственные средства⁹.

- Первый этап — купирование рецидива: местная терапия безрецептурными и рецептурными препаратами из группы азолов в течение 7–14 дней или флуконазол 100, 150 или 200 мг *per os* трижды с интервалом 72 ч (в 1, 4 и 7-й дни терапии).
- Второй этап — поддерживающая терапия (профилактика рецидивов) в течение 6 мес: флуконазол 100, 150 или 200 мг *per os* 1 раз в неделю.
- Если этот режим невозможен, можно рассмотреть назначение топических препаратов с перерывами.

- Для лечения КВВ беременных рекомендовано использование местных форм азолов или антисептиков.

Комментарий. Согласно рекомендациям ISSVD, при лечении беременных следует использовать местные формы азолов, предпочтительно клотримазол, причём более длительным курсом — 7–14 дней⁹.

- Для лечения КВВ после родов и во время лактации рекомендовано использование флуконазола.

Комментарий. Для лечения КВВ в послеродовом периоде и при кормлении грудью назначают флуконазол — его считают безопасным для этих категорий пациенток.

- При отсутствии симптомов КВВ лечение не показано.

Комментарий. Если микробиологическое исследование выявило *Candida spp.* в отсутствие симптомов, то такие пациентки не нуждаются в каком-либо лечении. Это же касается и партнёршей женщины: если у мужчины нет симптомов

кандидозного поражения, лечение не рекомендовано¹¹.

Трихомонадная инфекция

- Обнаружение *T. vaginalis* — абсолютное показание для назначения терапии.

Комментарий. Положительный результат любого из лабораторных методов обследования на наличие *T. vaginalis* независимо от выраженности симптомов служит показанием к терапии.

- Нитроимидазолы наиболее эффективны для лечения трихомонадной инфекции.

Комментарий. При выявлении патогена следует назначить именно системные средства, а при остром течении инфекции можно дополнить терапию локальными препаратами²³. Рекомендуемые отечественными экспертами схемы лечения трихомонадной инфекции включают метронидазол, тинидазол и орнидазол, а дозы и продолжительность приёма зависят от особенностей заболевания. В зарубежных гайдлайнах в качестве основных упомянуты лишь метронидазол и тинидазол.

- Лечение неосложнённой трихомонадной инфекции.

Комментарий. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, назначают метронидазол 500 мг *per os* 2 раза в сутки 7 дней; или метронидазол 2 г *per os* однократно; или тинидазол 500 мг *per os* 2 раза в сутки 5 дней; или тинидазол 2 г *per os* однократно; или орнидазол 500 мг *per os* 2 раза в сутки 5 дней; или орнидазол 1,5 г *per os* однократно²³.

Согласно рекомендациям CDC, для лечения назначают метронидазол 500 мг *per os* 2 раза в сутки 7 дней или тинидазол 2 г *per os* однократно⁹.

Согласно гайдлайну ISSVD, рекомендуемый стандарт лечения трихомонадной инфекции независимо от ВИЧ-статуса — метронидазол *per os* по 400–500 мг 2 раза в день в течение 7 дней. Однократный приём метронидазола в дозе 2 г больше не рекомендован.

В качестве альтернативы можно рассматривать однократный приём 2 г тинидазола или секнидазола⁹.

- Лечение рецидивирующей или осложнённой трихомонадной инфекции.

Комментарий. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, для лечения одновременно с пероральными препаратами используют препараты местного действия — метронидазол (гель вагинальный) 5 мг интравагинально 2 раза в сутки в течение 5 дней²³.

Согласно рекомендациям CDC, для лечения назначают метронидазол 2 г *per os* 1 раз в сут-

ки 7 дней или тинидазол 2 г *per os* 1 раз в сутки 7 дней. При неэффективности — тинидазол 2 г *per os* + тинидазол *per vaginam* 500 мг 2 раза в сутки 14 дней. В случае повторной неудачи терапии — тинидазол 1 г *per os* 3 раза в сутки + паромоцин *per vaginam* 4 г на ночь 14 дней⁹.

Гайдлайн ISSVD отмечает, что при рефрактерной трихомонадной инфекции, ассоциированной с БВ, в схемы лечения можно добавлять пробиотики⁹.

- **Лечение трихомонадной инфекции в период гестации.**

Комментарий. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, не ранее II триместра беременности для лечения назначают метронидазол 500 мг *per os* 2 раза в сутки 7 дней или метронидазол 2 г 1 раз *per os*. Одновременно с пероральными препаратами возможно интравагинальное введение производных имидазола в соответствии с инструкциями²³.

- **Лечение трихомонадной инфекции у половых партнёров.**

Комментарий. Согласно гайдлайну ISSVD, для партнёров пациенток с выявленной трихомонадной инфекцией оптимальной считают схему с однократным приёмом тинидазола (2 г *per os*), которая может быть эффективнее назначения метронидазола (2 г *per os*)⁹.

Хламидийная инфекция

- **Идентификация *C. trachomatis* — показание для лечения.**

Комментарий. Этиотропное лечение хламидийной инфекции необходимо назначать сразу после подтверждения диагноза¹¹.

- **Антибактериальные препараты — средства выбора при хламидийной инфекции.**

Комментарий. С целью эрадикации возбудителя используют препараты группы макролидов, тетрациклинов, а также некоторые фторхинолоны²⁴.

- **Для лечения вне периода гестации одобрено несколько схем.**

Комментарий. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, для лечения неосложнённой инфекции, вызванной *C. trachomatis*, назначают доксициклин 100 мг, либо миноциклин 100 мг, либо офлоксацин 400 мг (все — 2 раза в сутки в течение 7 дней)²⁵.

Согласно рекомендациям CDC, для лечения подростков и взрослых назначают доксициклин 100 мг 2 раза в сутки *per os* в течение 7 дней. Возможно также прибегнуть к однократному приёму азитромицина 1 г или к терапии левофлоксацином 500 мг 1 раз в сутки на протяжении 7 дней⁹.

Для лечения хламидийной инфекции верхних отделов мочеполовой системы, малого таза и других органов назначают следующие схемы: доксициклин 100 мг либо миноциклин 100 мг (оба — 2 раза в сутки в течение 14 дней)²⁵.

Установление излеченности хламидийной инфекции выполняют на основании результатов исследования методом ПЦР в режиме реального времени не ранее чем через месяц после окончания антибактериальной терапии. При отрицательных результатах обследования пациентки дальнейшему наблюдению не подлежат²⁵.

- **При отсутствии эффекта от лечения рекомендовано исключить реинфекцию и назначить антибактериальный препарат системного действия другой фармакологической группы.**

- **Лечение хламидийной инфекции во время беременности обязательно на любом сроке гестации с учётом влияния antimicrobных средств на плод.**

Комментарий. Для терапии беременных можно использовать азитромицин 1 г *per os* однократно или амоксициллин 500 мг 3 раза в сутки в течение 7 дней²⁵.

- **Особая схема рекомендована для лечения детей в возрасте до 8 лет и/или с массой тела менее 45 кг.**

Комментарий. У таких больных используют перорально азитромицин. Данные об эффективности и оптимальной дозе азитромицина ограничены, может быть эффективным короткий курс терапии (азитромицин в суточной дозе 20 мг на килограмм массы тела: 1 раз в сутки в течение 3 дней) или курс 10 мг на килограмм массы тела в сутки в течение 7 дней.

Лечение хламидийной инфекции у детей в возрасте старше 8 лет и/или с массой тела более 45 кг выполняют соответственно схемам лечения взрослых с учётом противопоказаний.

При генерализованной форме хламидийной инфекции и неонатальной пневмонии в условиях стационара возможно назначение эритромицина внутривенно.

Гонококковая инфекция

- **Для лечения пациенток вне периода гестации отечественными экспертами одобрено несколько схем.**

Комментарий. Для лечения уретрита, цервицита, цистита, вульвовагинита без абсцедирования парауретральных и придаточных желёз назначают цефтриаксон 1 г внутримышечно однократно или цефиксим 400 мг *per os* однократно²⁶.

Для лечения ВЗОМТ, пельвиоперитонита или гонококковой инфекции нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием парауретральных и придаточных желёз назначают цефтриаксон 1 г внутримышечно или внутривенно каждые 24 ч в течение 14 дней или цефотаксим 1 г внутривенно каждые 8 ч в течение 14 дней²⁶.

Если клинические симптомы заболевания удалось купировать через 24–48 ч после начала парентеральной антибактериальной терапии, возможно продолжить лечение по схеме: цефиксим 400 мг *per os* 1 раз в сутки или 200 мг 2 раза в сутки. Общая продолжительность курса составляет 14 дней.

- **Лечение гонококковой инфекции во время гестации начинают на любом сроке беременности.**

Комментарий. У таких пациенток предусмотрено назначение цефтриаксона 1 г внутримышечно, возможно и пероральное использование цефиксима 400 мг. Все препараты назначают однократно²⁶.

*Инфекция, вызванная *Mycoplasma genitalium**

- **Обнаружение абсолютного патогена *M. genitalium* — показание для антибактериальной терапии.**

Комментарий. Этиотропное лечение необходимо назначать сразу после установки диагноза²⁷. С целью эрадикации возбудителя используют препараты группы макролидов, тетрациклинов, а также некоторые фторхинолоны²⁷.

- **Для лечения пациенток вне периода гестации одобрено несколько схем.**

Комментарий. Согласно отечественным клиническим рекомендациям, для лечения неосложнённой инфекции, вызванной *M. genitalium*, в течение 7 дней назначают доксицилин 100 мг 2 раза в сутки, затем азитромицин 1 г однократно и в течение следующих 3 дней 500 мг 1 раз в сутки. Суммарная доза азитромицина 2,5 г²⁷.

При неэффективности данной комбинации или резистентности возбудителя к макролидам вместо азитромицина может быть назначен моксифлоксацин 400 мг 1 раз в сутки в течение 7 дней²⁷.

В рекомендациях CDC предлагают аналогичные схемы, но терапевтическая тактика зависит от результатов тестирования на резистентность к макролидам. При чувствительности назначают доксицилин с азитромицином. При резистентности или невозможности её оценить выбирают схему с доксициклином и моксифлоксацином⁹.

Для лечения осложнённой инфекции, вызванной *M. genitalium*, на срок от 14 до 21 дня назна-

чают доксицилин 100 мг 2 раза в сутки либо моксифлоксацин 400 мг 1 раз в сутки²⁷.

Установление излеченности от хламидийной инфекции выполняют на основании результатов исследования методом ПЦР в режиме реального времени не ранее чем через месяц после окончания антибактериальной терапии²⁷.

- **Для лечения беременных и детей рекомендовано назначать препараты группы макролидов.**

Комментарий. Лечение назначают на любом сроке беременности при участии врачей акушеров-гинекологов с учётом влияния на плод антибактериальных средств. Один из вариантов терапии — назначение эритромицина в дозировке 500 мг 4 раза в день в течение 7 дней или 500 мг 2 раза в день в течение 14 дней²⁷.

В мировой практике чаще всего беременным предписывают использование в терапии азитромицина (при отсутствии информации об антибиотикорезистентности или наличии данных о чувствительности возбудителя к макролидам) и не рекомендуют назначение моксифлоксацина. Единства в отношении рекомендованных доз азитромицина и эффективности/безопасности терапии пристиамицином нет²⁸.

Лечение детей осуществляют в соответствии со схемами назначения у взрослых в зависимости от возраста, массы тела и с учётом противопоказаний.

Смешанные инфекции

- **Смешанные инфекции нередко с трудом поддаются терапии¹¹.**

Комментарий. О смешанных инфекциях правильно говорить, когда по результатам клинико-лабораторного обследования подтверждают наличие как минимум двух разных этиологических вариантов вагинального неблагополучия. Сложность ведения пациенток со смешанными инфекциями обусловлена тем, что клинические особенности и терапевтические подходы, применимые в таких ситуациях, не только не упомянуты в действующих руководствах, но даже недостаточно изучены. Следует как можно быстрее облегчить состояние пациентки: уменьшить зуд, жжение, обильные выделения, боль. Эмпирическую терапию необходимо назначить ещё до получения результатов всех исследований, используемых в рамках дифференциальной диагностики вагинальных инфекций (микроскопического и культурального исследований, молекулярно-биологических методов).

Если при обследовании выявлены ИППП, то их следует лечить в первую очередь. Половой

партнёр также должен получить необходимые назначения.

При отсутствии ИППП первоначальный акцент в терапии необходимо сделать на том нозологическом варианте, лабораторные признаки которого наиболее выражены. Например, если при микроскопии выявлено обилие мицелия грибов и маркёры АВ лёгкой степени, то лечение начинают с КВВ. Возможно назначение комбинированных препаратов, которые одновременно содержат в составе и антибиотики (элиминация аэробов), и антимикотики (фунгицидное действие).

При выявлении сочетания аэробов и анаэробов терапию целесообразно начинать с элиминации аэробов, поскольку именно они запускают цитотоксический каскад воспаления и выступают в роли доминантных возбудителей. Анаэробы нередко подавляют воспалительные реакции и часто оказываются сопутствующими микроорганизмами — находкой при ПЦР¹¹.

- При неосложнённых вульвовагинитах целесообразно назначение топических форм антимикробных препаратов.

Комментарий. Для лечения смешанных инфекций рекомендовано назначать интравагинальную антимикробную терапию в различных комбинациях, в том числе антибактериальные препараты в сочетании с производными имидазола, противогрибковыми средствами, антисептиками². В I триместре беременности лечение смешанных инфекций возможно антисептиками (деквалия хлоридом, повидон-йодом, хлоргексидином), а со II триместра — также антибиотиками¹.

При смешанных инфекциях влагалища целесообразно назначение топических комбинированных препаратов, в состав которых входят действующие вещества, эффективные против основных возбудителей вагинитов и микроорганизмов, ассоциированных с БВ.

Для лечения вульвовагинитов допустимо также эмпирическое назначение местных антисептиков. Эта группа средств активна в отношении широкого спектра микроорганизмов, способных нарушать равновесие влагалищного микробиоценоза.

Вне зависимости от используемых препаратов важно при необходимости корректировать терапию в динамике — после получения результатов обследования. Например, выявление хламидийной инфекции требует обязательного назначения антибиотиков, целенаправленно действующих против возбудителей этой ИППП.

- В комплексном лечении вульвовагинальных инфекций целесообразно предусмотреть вто-

рой этап терапии — использование пробиотиков.

Комментарий. В нашей стране накоплен большой опыт назначения препаратов этой группы: доказаны целесообразность и эффективность назначения молочнокислых штаммов с целью восстановления микробиоценоза влагалища²⁹. Назначение по показаниям небольших доз эстриола позволяет поддерживать нормальное состояние вагинального эпителия, способствуя улучшению состояния микробиоценоза влагалища и сокращению частоты рецидивов вульвовагинитов.

Генитальный герпес

- Препаратов и методов, обеспечивающих полную элиминацию ВПГ из организма, не существует.

Комментарий. Несмотря на достигнутые успехи в лечении инфекции, доступные средства не позволяют добиться пожизненной ремиссии заболевания. Выделяют следующие цели назначения терапии:

- купирование клинических проявлений;
- уменьшение частоты рецидивов герпесвирусной инфекции;
- снижение риска осложнений;
- повышение качества жизни больных.

- Препараты первой линии — ациклические синтетические нуклеозиды.

Комментарий. Эти средства целесообразно назначать в момент активации ВПГ (на стадии ранних клинических проявлений: зуд, жжения, небольшой гиперемии, отёчности кожи и слизистых оболочек — до появления характерной сыпи). Синтетические нуклеозиды препятствуют сборке ДНК ВПГ.

Схемы назначения пероральных препаратов для первичного эпизода³⁰:

- ацикловир 200 мг 5 раз в сутки в течение 5 дней, при необходимости длительность терапии может быть продолжена;
- валацикловир 500 мг 2 раза в сутки в течение 7–10 дней;
- фамцикловир 250 мг 3 раза в сутки в течение 5 дней.

Выбор схемы лечения рецидивирующих форм простого герпеса не должен быть основан исключительно на его локализации. Необходимо учитывать тяжесть заболевания и количество рецидивов в течение года, а также наличие беременности.

Рекомендовано для лечения рецидива генитального герпеса в качестве эпизодической терапии назначать перорально:

- ацикловир 200 мг 5 раз в сутки в течение 5 дней;
- валацикловир 500 мг 2 раза в сутки в течение 3 дней;
- фамцикловир 125 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней;
- фамцикловир по 500 мг 1 раз в сутки, затем три дозы по 250 мг каждые 12 ч с суммарной дозировкой 750 г;
- фамцикловир 1,0 г 2 раза в сутки в течение 1 дня.

- Рекомендовано для лечения беременных при первичном эпизоде аногенитального герпеса, непервичном эпизоде или рецидиве аногенитального герпеса для профилактики неонатального герпеса, снижения риска выделения вируса, рецидивов и кесарева сечения с 36 нед беременности и до родов назначать перорально противовирусную профилактику.

Комментарий. У беременных используют нижеперечисленные схемы:

- ацикловир 200 мг 5 раз в день;
- валацикловир 500 мг 2 раза в день.

Препарат следует назначать при беременности только в том случае, если потенциальная польза для матери превосходит потенциальный риск для плода.

- При первичном эпизоде аногенитального герпеса в III триместре предписано родоразрешение путём операции кесарева сечения в плановом порядке, так как высок риск неонатальной инфекции. Оперативное родоразрешение показано также женщинам с клиническими проявлениями герпеса на половых органах или с продромальным периодом во время родов.

Комментарий. Беременным с первичным аногенитальным герпесом в I или II триместре либо с эпизодами рецидивирующего герпеса независимо от срока беременности рекомендованы роды через естественные родовые пути, так как риск неонатального герпеса невелик. Кесарево сечение не устраняет полностью риск неонатального герпеса, а также влечёт за собой анестезиологические и хирургические риски для женщины.

- В дополнение к системной терапии генитального герпеса возможно назначение препаратов других групп.

Комментарий. Улучшения можно достигнуть при использовании препаратов интерферона³¹. Допустимо назначение местных противовирусных и антисептических средств^{32,33}.

4.3.2. Редкие формы вагинальных инфекций

Цитолитический вагиноз

- В качестве симптоматической терапии ЦВ для подавления избыточного роста лактобацилл используют защелачивание влагалищной среды¹¹.

Комментарий. Первая линия лечения ЦВ — спринцевания, орошения слизистой оболочки влагалища или сидячие ванны (30–60 г бикарбоната натрия, разведённого в 1 л воды) 2–3 раза в неделю, а затем 1–2 раза по необходимости. Этот способ лечения ЦВ упомянут в небольших научных работах, однако его результативность и долгосрочные последствия для вагинальной микробиоты не определены³⁴.

Если по данным обследования выявлены лабораторные признаки ЦВ, однако у женщины нет жалоб, лечение не требуется. Если ЦВ сочетается с КВВ и у женщины есть симптомы заболевания, в первую очередь следует назначить противогрибковые препараты¹¹.

Лечение ЦВ во время гестации не рекомендовано¹¹. При наличии жалоб и исключении других причин могут быть использованы сидячие ванны с бикарбонатом натрия. От спринцеваний и использования антибактериальных препаратов этой категории пациенток следует отказаться.

Десквамативный вагинит

- Рекомендации по ведению пациенток с ДВ крайне скудны.

Комментарий. Для лечения ДВ, как и в случае АВ и смешанных вагинитов, рекомендована интравагинальная антимикробная терапия в различных комбинациях с/без глюкокортикоидов¹¹. Согласно некоторым вариантам, клиндамицин (аппликации 2% крема на ночь в течение 14 сут) и местное введение гидрокортизона (10% крем 3–5 г интравагинально 1 раз в день в течение 4–6 нед) эффективны у большинства пациенток^{35,36}.

Впоследствии у трети женщин возникают рецидивы, а некоторым требуется длительная поддерживающая терапия для профилактики обострений.

У женщин в постменопаузе, как и в ситуации атрофического вагинита, возможна гормональная терапия с использованием локальных эстрогенов для обеспечения длительной ремиссии¹¹.

Эмфизематозный вагинит

- В лечении ЭВ допустима выжидательная тактика.

Комментарий. Течение заболевания, как правило, доброкачественное. Симптомы ЭВ чаще кратковременны и могут исчезнуть самостоятельно. При назначении терапии приоритет часто отдаёт метронидазолу¹¹.

Генитальный туберкулёз

- **Терапия пациенток с ЖГТ находится в компетенции фтизиатра. Эксперты ВОЗ рекомендуют лечить лекарственно-чувствительный внелёгочный туберкулёз так же, как и инфекцию органов дыхания**³⁷.

Комментарий. Стандартный режим состоит из интенсивной фазы с изониазидом, рифампицином, этамбутолом и пиразинамидом (2 мес), за которой следует терапия изониазидом и рифампицином (4 мес). В группах с известным или предполагаемым высоким уровнем устойчивости к изониазиду к этим двум препаратам на втором этапе добавляют этамбутол³⁸.

При формировании множественной лекарственной устойчивости ЖГТ лечат препаратами второй линии (канамицин, левофлоксацин, пиразинамид, циклосерин, этионамид, парааминосалициловая кислота) в течение 24 мес: 6 мес интенсивной фазы с 18-месячным продолжением³⁹.

4.4. Иные заболевания женских половых органов

4.4.1. Генитоуринарный климактерический синдром

- **Назначение терапии рекомендовано при верификации проявлений ГУМС.**

Комментарий. При лёгкой степени лечение можно начать с негормональных методов: лубрикантов, увлажняющих кремов или гелей. К ним же следует прибегнуть при наличии противопоказаний к препаратам, содержащим эстрогены. Лубриканты способствуют регидратации слизистой оболочки влагалища и имитируют нормальную увлажнённость во время полового акта, но они не устраняют причины состояния⁴⁰.

- **Терапия локальными формами эстрогенов — «золотой стандарт» лечения ГУМС.**

Эстрогенсодержащие средства можно использовать изолированно или назначать дополнительно к системной климактерической гормональной терапии (МГТ).

Локальную терапию эстрогенами в низких дозах подключают при более выраженных симпто-

мах ГУМС у женщин пери- и постменопаузального периода, а также при неэффективности увлажняющих средств. Местные гормональные препараты снимают зуд, жжение, сухость во влагалище, улучшают микроциркуляцию⁴¹, помогают нормализовать состав вагинальной микрофлоры и способствуют профилактике урогенитальных неспецифических инфекций.

Интравагинальный эстриол не имеет возрастных ограничений, и в отличие от МГТ он может быть назначен женщинам старше 60 лет⁴². В начале лечения локальные средства вводят ежедневно на ночь (в течение 2–3 нед), по мере улучшения кратность сокращают до 2–3 раз в неделю. При этом длительность терапии не имеет временных рамок.

Ультранизкие дозы вагинального эстриола могут быть безопасны для больных раком молочной железы, принимающих тамоксифен, но российские клинические рекомендации до настоящего времени не включают этот подход.

Пациенткам с вульвовагинальной атрофией могут быть рекомендованы физиотерапевтические воздействия и тренировка мышц тазового дна, повышающие увлажнённость стенок влагалища и способствующие утолщению вагинального эпителия⁴³.

- **Рекомендовано уточнять у пациентки с симптомами вульвовагинальной атрофии о наличии дизурических проявлений.**

Комментарий. Общность анатомических структур обуславливает частую вовлечённость нижних отделов мочевой системы в ГУМС. Присоединение инфекции служит поводом для назначения антибактериальной терапии. Согласно КР «Цистит у женщин» (2024), рекомендовано назначение фосфомицина, фуразидина, нитрофурантоина или нифуратела⁴⁴.

4.4.2. Пропалсы гениталий

- **При лечении пролапсов тазовых органов большинство врачей предпочитают оперативные методы. Однако на начальных стадиях заболевания, а также при невозможности или необходимости отсрочить хирургическое вмешательство рекомендована консервативная терапия, включающая тренировку мышц тазового дна, использование пессариев и лекарственных препаратов.**

Комментарий. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапию, регламентировано профильными клиническими рекомен-

дациями «Выпадение женских половых органов» (2024)⁴⁵.

4.4.3. Дерматозы вульвы

- В российской клинической практике сферы ответственности акушера-гинеколога и дерматовенеролога при ведении пациенток с дерматозами вульвы разграничены недостаточно чётко.
- Для вульвитов любой этиологии разработаны общие рекомендации по облегчению их течения. Всем пациенткам показана гипоаллергенная диета, соблюдение охранительного режима, включающего полноценный сон и отсутствие стрессов.

Комментарий. Рекомендации профильного европейского гайдлайна (2021) представлены ниже⁴⁶.

- Избегать воздействия мыла, шампуня или пены для ванны. В качестве заменителя мыла и увлажняющего средства можно использовать простые увлажняющие и смягчающие средства (эмоленды).
- Избегать тесной одежды, которая может раздражать область вульвы.
- Избегать использования презервативов со спермицидной смазкой или содержащих местные анестетики.
- Получить от врача подробное объяснение своего состояния с особым акцентом на любых долгосрочных последствиях для здоровья, что должно быть подкреплено предоставлением им чёткой и точной письменной информации о заболевании.

Исключение неподходящих для интимной гигиены средств может привести к ремиссии лёгких форм простого контактного и аллергического дерматита^{47–50}.

- На коже аногенитальной области предпочтительно использовать мази, поскольку они содержат меньше консервантов, что снижает риск вторичной контактной аллергии.

Комментарий. Кремы могут вызывать жжение, поскольку содержат больше воды. Регулярное нанесение барьерного смягчающего средства на поражённые участки может защитить вульву от локальных раздражителей, например от мочи и менструальной крови.

- Лечение всех дерматозов включает как медикаментозные, так и немедикаментозные методы.

Комментарий. При отсутствии эффекта от профилактических мер рекомендованы местные глю-

кортикостероиды (флутиказон, метилпреднизолон ацепонат, клобетазол, бетаметазон, мометазон, гидрокортизон). При выборе лекарственного средства предпочтение следует отдавать препаратам на мажевой основе^{47–50}.

При себорейном дерматите дополнительно назначают противогрибковые препараты (противоводные имидазола и триазола)⁴⁸.

Пациенткам с atopическим дерматитом, помимо глюкокортикостероидов, показаны препараты ингибиторов кальциневрина. Независимо от степени тяжести рекомендованы эмоленды наружно.

Для достижения клинического эффекта необходимо использовать достаточный объём смягчающих препаратов (у взрослого с распространённым поражением кожи расходуется до 600 г в неделю, у ребёнка — до 250 г в неделю)⁵⁰.

При сильном зуде и аллергической составляющей патологического процесса рекомендовано назначение антигистаминных препаратов^{47–50}.

При неэффективности наружной терапии или с высыпаниями, занимающими более 20% площади кожного покрова, показана терапия глюкокортикостероидами системного действия.

Системные противогрибковые средства при отсутствии эффекта от лечения себорейного дерматита 10–14 дней (кетоназол или итраконазол) или системные ретиноиды в низких терапевтических дозах⁴⁸.

Пациенткам с atopическим дерматитом средней и тяжёлой степени рекомендована фото-и/или ПУВА-терапия⁵⁰.

Лихеноидные дерматозы вульвы

- Выбор метода лечения САЛ и КПЛ зависит от степени выраженности и локализации клинических проявлений, формы и длительности заболевания.

Комментарий. В период обострения заболевания пациенткам рекомендовано ограничение физических и психоэмоциональных нагрузок, а также соблюдение гипоаллергенной диеты.

При наличии ограниченных высыпаний лечение начинают с назначения топических глюкокортикостероидов средней и высокой активности (возможное их чередование)⁵¹.

При неэффективности местного лечения назначают препараты для системной терапии: антималярийные, глюкокортикостероиды⁵². Для купирования зуда используют антигистаминные лекарственные средства.

При незначительной инфильтрации очагов поражения назначается узкополосная средневол-

новая фототерапия. Пациенткам с более выраженной инфильтрацией в очагах поражения показана ПУВА-терапия с пероральным или наружным использованием фотосенсибилизатора. С целью уменьшения степени склероза/индурации бляшек рекомендована низкоинтенсивная лазерная терапия.

Псориаз вульвы

- При псориазе вульвы предпочтение отдают местному лечению. Терапию подбирает дерматовенеролог.

Комментарий. В качестве наружной терапии пациенткам с псориазом назначают местные глюкокортикоиды (флутиказон, метилпреднизолона ацепонат, клобетазол, бетаметазон, мометазон, гидрокортизон) и салициловую кислоту⁵³.

При сильном зуде рекомендованы антигистаминные препараты. При неэффективности наружной терапии показано лечение глюкокортикоидами системного действия. При недостаточной эффективности системных средств пациенток переводят на терапию иммунодепрессантами.

4.5. Соматические, онкологические и иные системные заболевания

- При ассоциированных с СБВ системных и/или опухолевых поражениях лечение направлено в первую очередь не на устранение вагинальных выделений, а на преодоление симптомов основного заболевания.

Комментарий. Выбор лечебной тактики при этих состояниях регламентирован соответствующими

клиническими рекомендациями. В качестве вспомогательной терапии в комплексном лечении основного заболевания допустимо назначение местных препаратов, содержащих антисептики, или комбинированных антибактериальных средств для купирования патологических вагинальных выделений.

5. МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА

Целевая аудитория: врачи акушеры-гинекологи; врачи других специальностей, занимающиеся оказанием медицинской помощи женщинам; врачи-урологи; акушерки и фельдшеры.

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 метаанализа
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 метаанализа
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

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением метаанализа
2	Отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением метаанализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследование «случай–контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения, медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов (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 клинического протокола

Клинический протокол пересматривается не реже 1 раза в 3 года и не чаще 1 раза в 6 мес.

6. ЛИТЕРАТУРА



АЛГОРИТМЫ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОК

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

Причины

- Уменьшение количества лактобацилл.
- Увеличение количества анаэробных бактерий.



Субъективные симптомы

- Гомогенные беловато-серые выделения из половых путей, часто с неприятным рыбным запахом.
- Дискомфорт в области наружных половых органов.
- Диспареуния.
- Редко — зуд и/или жжение в области половых органов, дизурия.



Диагностика

- «Золотой стандарт» — микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, окрашенного по Граму, обнаружение ключевых клеток.
- Критерии Амсея: диагноз подтверждают при наличии трёх из четырёх пунктов.
 - Вагинальные выделения (однородные, серовато-белые, жидкие, иногда с неприятным рыбным запахом).
 - pH отделяемого влагалища $>4,5$.
 - Положительный аминный тест.
 - Выявление ключевых клеток в нативных препаратах или окрашенных по Граму мазках.
- Шкала Ньюджента: окрашивание мазков по Граму, подсчёт бактерий, затем — суммы баллов.
 - От 0 до 3 — отсутствие БВ (преобладание лактобацилл во влагалищной среде).
 - От 4 до 6 — промежуточное состояние.
 - От 7 до 10 — БВ.
- Альтернативный алгоритм: микроскопическая оценка микробиоценоза влагалища (обнаружение ключевых клеток), подсчёт отношения лейкоцитов к эпителиальным клеткам (в норме менее 1:1), учёт количества лактобацилл (снижение или полное их отсутствие).
- Дополнительный метод — мультиплексная ПЦР в реальном времени с определением количественного и качественного состава микробиоты.
- При рецидивирующем БВ — исследование на ИППП.



Лечение

- Бессимптомный БВ лечат во время беременности и перед гинекологическими вмешательствами.
- Острое течение.
 - Препараты выбора: клиндамицин или метронидазол *per vaginam*.
 - Альтернатива: метронидазол, тинидазол, секнидазол *per os*, деквалия хлорид *per vaginam*.
- Хроническое и рецидивирующее течение.
 - Препарат выбора: метронидазол *per vaginam* 4–6 мес + флуконазол *per os* 1 раз в мес

КАНДИДОЗНЫЙ ВУЛЬВОВАГИНИТ

Причины

- Иммунные и эндокринные нарушения.
- Фоновые гинекологические заболевания.
- Тесное синтетическое бельё.
- Длительное использование внутриматочных средств.



Субъективные симптомы

- Обильные выделения творожистого характера из половых путей.
- Дискомфорт во влагалище и в области вульвы.
- Диспареуния.
- Жжение, зуд, раздражение вульвы.
- Дизурия.



Диагностика

- Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов.
- Культуральное исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы — при осложнённом КВВ.
- Для уточнения диагноза — ПЦР, особенно при часто рецидивирующем КВВ, предположительно вызванном *C. non-albicans*.



Лечение

- Неосложнённое течение.
 - Препараты выбора — азолы интравагинально (клотримазол, миконазол, эконазол и др.) или однократно перорально (флуконазол, итраконазол и др.).
 - КВВ, вызванный *C. non-albicans*: антимикотики неазольного ряда *per os* или *per vaginam*, при рецидиве — борная кислота *per vaginam*.
- Тяжёлое и/или рецидивирующее течение.
 - Местная терапия препаратами азолов в течение 7–14 сут.
 - Флуконазол *per os* 2 раза с интервалом 72 ч.
- Лечение в период гестации (местно).
 - Антимикотики (клотримазол, натамицин).
 - Антисептики (деквалия хлорид)

АЭРОБНЫЙ ВАГИНИТ

Причины

- Уменьшение количества лактобацилл.
- Увеличение количества аэробных и кишечных бактерий.



Субъективные симптомы

- Обильные выделения, чаще с гнилостным запахом, из половых путей.
- Дискомфорт во влагалище.
- Зуд, жжение, раздражение вульвы.
- Диспареуния.



Диагностика

- «Золотой стандарт» — микроскопическое исследование нативных и окрашенных мазков.
- Дополнительный метод — ПЦР.



Лечение

- Общепринятой стратегии по лечению АВ не существует.
 - Клиндамицин или деквалиния хлорид (при умеренных симптомах АВ).
 - Комбинированные суппозитории с антибактериальным и глюкокортикоидным действием (при выраженных воспалительных изменениях).
 - Эстрогенсодержащие средства (при низком индексе вагинального здоровья).
- Лечение в период гестации.
 - В I триместре беременности возможно лечение антисептиками.
 - Со II триместра — также антибиотиками (клиндамицин)

ТРИХОМОНАДНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Причины

- Инфицирование абсолютным патогеном *Trichomonas vaginalis*.



Субъективные симптомы

- Выделения из половых путей серо-жёлтого цвета, нередко — пенистые, с неприятным запахом.
- Зуд, жжение в области половых органов.
- Диспареуния.
- Дизурия.
- Дискомфорт и/или боль в нижней части живота.



Диагностика

- Микроскопический метод (исследование нативного препарата).
- Молекулярно-биологические методы (ПЦР).
- Культуральный метод.



Лечение

- Неосложнённая инфекция:
 - метронидазол *per os*;
 - или тинидазол *per os*;
 - или орнидазол *per os*.
- Рецидивирующая или осложнённая инфекция.
 - Метронидазол (гель вагинальный) одновременно с пероральными препаратами.
- Лечение в период гестации.
 - Метронидазол *per os* не ранее II триместра беременности. Возможно одновременное интравагинальное введение производных имидазола

ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ИНФЕКЦИЯ, ВЫЗВАННАЯ *MYCOPLASMA GENITALIUM*

Причины

- Инфицирование абсолютными патогенами *Chlamydia trachomatis* и *Mycoplasma genitalium*.



Субъективные симптомы

- Слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей.
- Межменструальные кровянистые выделения.
- Диспареуния.
- Дискомфорт или боль в нижней части живота.
- Дизурия.
- Ациклические кровянистые выделения.



Диагностика

- Только молекулярно-биологические методы (ПЦР).



Лечение

- Хламидийная инфекция:
 - доксициклин *per os*;
 - или миноциклин *per os*;
 - или офлоксацин *per os*.
- Инфекция, вызванная *M. genitalium*:
 - доксициклин, затем азитромицин *per os*;
 - при неэффективности комбинации или резистентности к макролидам вместо азитромицина может быть назначен моксифлоксацин *per os*.
- Лечение в период гестации.
 - Обязательно на любом сроке беременности с учётом влияния antimicrobных средств на плод.
 - Хламидийная инфекция: азитромицин или амоксициллин *per os*.
 - Инфекция, вызванная *M. genitalium*: макролиды, например эритромицин или азитромицин *per os*

ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Причины

- Инфицирование абсолютным патогеном *Neisseria gonorrhoeae*.



Субъективные симптомы

- Гнойные или слизисто-гнойные выделения из уретры и/или половых путей.
- Зуд, жжение в области наружных половых органов.
- Диспареуния.
- Дизурия.
- Дискомфорт или боль в области нижней части живота.



Диагностика

- Микроскопическое исследование отделяемого из уретры с окраской по Граму на *N. gonorrhoeae* (при манифестных проявлениях инфекции).
- Для подтверждения диагноза рекомендовано молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов и/или микробиологическое исследование отделяемого из уретры.



Лечение

- Неосложнённая инфекция нижних отделов мочеполовой системы:
 - цефтриаксон в/м;
 - или цефиксим *per os*.
- ВЗОМТ, пельвиоперитонит или осложнённая инфекция нижних отделов мочеполовой системы:
 - цефтриаксон в/м или в/в;
 - или цефотаксим в/в.
- Лечение в период гестации.
 - Обязательно на любом сроке беременности.
 - Цефтриаксон в/м или цефиксим *per os*

СМЕШАННЫЙ ВАГИНИТ

Причины

- Присутствие двух и более возбудителей.
- Наиболее частое сочетание — БВ + КВВ.



Субъективные симптомы

- Зависят от сочетания этиологических агентов.
- Патологические выделения из половых путей.
- Зуд и жжение в области вульвы.



Диагностика

- Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, в том числе с окраской по Граму.
- Мультиплексная ПЦР в режиме реального времени.
- При рецидивирующем течении — исследование на ИППП.



Лечение

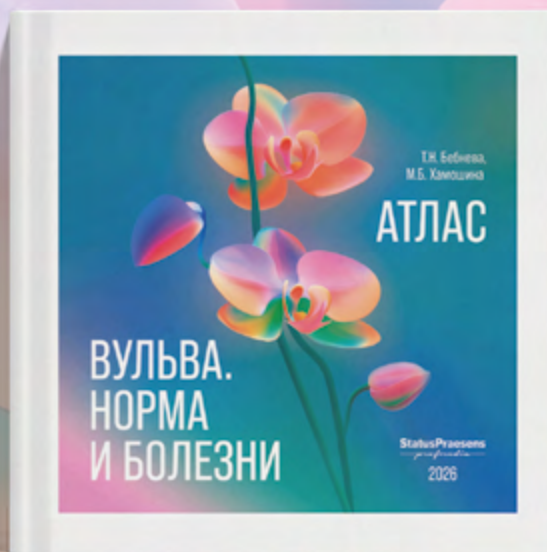
- Выбор терапии зависит от преобладающего нозологического варианта.
- Возможно назначение комбинированных препаратов широкого спектра действия, антисептиков.

Представляем первый в России атлас, посвящённый проблемам вульвы!

НОВИНКА

Атлас «Вульва. Норма и болезни» — уникальное издание StatusPraesens, не имеющее аналогов.
Авторы: Т.Н. Бебнева, М.Б. Хамошина

Единственное издание
по заболеваниям вульвы



PRAESENS.RU



+7 (901) 723 2273

Впервые в атласе!

- Информативные иллюстрации
- Понятные объяснения

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**ИНФОРМАЦИЯ О ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВАХ И БАД, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ
ПРИ СИНДРОМЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ
ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ
ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ**

Действующее вещество: орнидазол.

 **УУР В, УДД 1.** Орнидазол обладает высокой эффективностью при лечении женщин с бактериальным вагинозом.

По итогам систематического обзора и метаанализа 2024 года, посвящённого сравнению различных режимов терапии БВ (42 исследования, $n=8382$)¹, китайские учёные показали, что при прямом сравнении в рамках метаанализа орнидазол обеспечил более высокую частоту клинического излечения по сравнению с секнидазолом (ОР 1,23; 95% ДИ 1,11–1,36). При непрямой оценке орнидазол также превосходил по вышеупомянутому показателю клинической эффективности плацебо (ОР 32,96; 95% ДИ 5,73–189,59), клиндамицин (ОР 16,08; 95% ДИ 1,72–150,47), а также вышеупомянутый секнидазол (ОР 8,17; 95% ДИ 1,66–40,25).

В открытое рандомизированное проспективное исследование были включены 152 пациентки с БВ².

Все женщины были разделены на восемь групп: 1 — орнидазол перорально 2 раза по 500 мг/сут в течение 5 дней; 2 — орнидазол вагинально 500 мг/сут в течение 5 дней; 3 — орнидазол перорально и вагинально в течение 5 дней; 4 — орнидазол перорально 2 г в однократной дозе; 5 — орнидазол перорально 2 г в однократной дозе и орнидазол вагинально 500 мг/сут в течение 5 дней; 6 — секнидазол перорально 2 г в однократной дозе и метронидазол вагинально 500 мг 2 раза/сут в течение 7 дней; 7 — орнидазол перорально 500 мг 2 раза/сут в течение 5 дней и метронидазол вагинально 500 мг 2 раза/сут в течение 7 дней; 8 — метронидазол вагинально 500 мг 2 раза/сут в течение 7 дней. Ни один из партнёров не получал лечения. Результаты показали, что во всех группах выявлено 100% излечение.

Литература

1. Fan Y., Gu Y., Xian Y. et al. Efficacy and safety of different drugs for the treatment of bacterial vaginosis: a systematic review and network meta-analysis // Front. Cell. Infect. Microbiol. — 2024. — Vol. 14. — P. 1402346. [PMID: 39463760]
2. Saracoğlu F., Göl K., Sahin I. et al. Treatment of bacterial vaginosis with oral or vaginal ornidazole, secnidazole and metronidazole // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 1998. — Vol. 62. — №1. — P. 59–61. [PMID: 9722127]

Дазолик Леди – единственный вагинальный орнидазол для лечения БВ*!¹



РЕКЛАМА

- ✓ 1 вагинальная таблетка ежедневно 5-6 дней²
- ✓ Не вызывает кандидоза в отличии от метронидазола²,³
- ✓ Лечение можно проводить во время менструации²

* Бактериальный вагиноз

1. <https://grls.minzdrav.gov.ru/>

2. Инструкция по медицинскому применению препарата Дазолик Леди. ЛП-000232-190320

3. Инструкция по медицинскому применению препарата Метронидазол ЛП N002699 от 06.07.2023

СОКРАЩЁННАЯ ИНСТРУКЦИЯ по медицинскому применению лекарственного препарата Дазолик® Леди. Торговое наименование: Дазолик® Леди. МНН: орнидазол. **Лекарственная форма:** таблетки вагинальные. **Показания:** урогенитальный трихомониаз; бактериальный вагиноз, санация влагалища перед гинекологическими операциями. **Противопоказания:** гиперчувствительность к орнидазолу и другим производным нитроимидазола, а также другим компонентам, входящим в состав препарата; органические заболевания центральной нервной системы; I триместр беременности; период грудного вскармливания; возраст до 18 лет. **С осторожностью:** II-III триместры беременности; нарушения функции печени; алкоголизм. **Способ применения и дозы:** Интравагинально по 1 вагинальной таблетке 500 мг ежедневно перед сном в течение 5 дней. **Побочное действие:** головная боль, головокружение, сонливость; нарушения функции желудочно-кишечного тракта, в том числе тошнота, рвота, диарея; нейтропения; полиурия; проявления кожных реакций и реакций гиперчувствительности; чувство жжения, местное раздражение, сухость влагалища. **Срок годности:** 2 года. **Условия отпуска:** По рецепту.

Полная информация по препарату представлена в инструкции по медицинскому применению ЛС 000232 от 19.03.20, изменения №2 от 23.11.2023.

*Полная информация - см. инструкцию по медицинскому применению препарата Дазолик® Леди.

За дополнительной информацией обращаться в АО «РАНБАКСИ» (группа компаний SUN PHARMA), Адрес: 107023, г. Москва, ул. Электровозовская, д. 27, стр. 8, пом. 14/1, тел. +7 (495) 234-51-70, <https://sunpharma.com/russia/>, E-mail: drugsafety.russia@sunpharma.com.

При возникновении возможных нежелательных реакций (НР) просим информировать об этом нашего регионального представителя, а также обращаться к специалисту по фармаконадзору по телефону: +7 (495) 234-51-70 (доб.4) или по электронной почте: drugsafety.russia@sunpharma.com.

Daz_L-NCP-01-04/2024



ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

Макмирор комплекс

Действующие вещества: нифурател, нистатин.

 **УУР В, Q УДД 2.** Комплекс «нифурател + нистатин» обладает высокой эффективностью в отношении смешанных вагинальных инфекций, в том числе у беременных, а также низким риском нежелательных явлений.

В двойном слепом рандомизированном исследовании с параллельными группами приняли участие 153 беременные со смешанными вагинитами¹. Пациенток разделили на две группы: участницы первой получали 6 дней нифурател (500 мг) и нистатин (200 000 МЕ), второй — метронидазол (500 мг) и нистатин (100 000 МЕ). Через неделю после начала терапии в первой группе разрешение клинических симптомов наблюдали у 84,61% участниц, во второй — у 81,33%. По данным микробиологического исследования через 1 мес эрадикация возбудителей имела место у 91,02% женщин первой группы, у 86,66% — второй. Частота клинических рецидивов через 1 мес составила 1,28% у беременных, принимавших нифурател и нистатин, 5,33% — у принимавших метронидазол и нистатин. Во второй группе были выявлены нежелательные явления, которые были расценены как «лёгкие» и не потребовали дополнительного вмешательства, в первой группе за период исследования побочных реакций не было обнаружено.

 **УУР В, Q УДД 2.** Комплекс «нифурател + нистатин» обладает высокой эффективностью в отношении БВ, а также низким риском нежелательных явлений.

В РКИ приняли участие 147 пациенток репродуктивного возраста с БВ, диагностированным согласно критериям Амсея и Ньюджента². Пациенток разделили на две группы: участницы первой получали комбинацию нифуратела (500 мг) и нистатина (100 000 МЕ), второй — клиндамицина (100 мг) и клотримазола (200 мг); в обоих случаях использовали вагинальные капсулы в течение 6 и 3 сут соответственно. Через неделю после начала терапии в первой группе частота клинического излечения составила 93,15%, во второй — 97,29%. По данным микробиологического исследования через 1 мес наблюдения эрадикация возбудителей имела место у 87,67% женщин первой группы, у 93,24% — второй. Статистически значимых различий между группами в отношении данных клинической и микробиологической эффективности,

а также частоты нежелательных явлений на фоне терапии получено не было; выраженность последних была расценена как «лёгкая».

 **УУР В, Q УДД 1.** Нифурател при лечении заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей у женщин, как в режиме монотерапии, так и в комбинации с нистатином имеет преимущества в отношении клинической и микробиологической эффективности и создаёт благоприятные условия для восстановления нормальной микробиоты влагалища.

В систематический обзор были включены контролируемые клинические исследования за период 1972–2023 годов, которые оценивали эффективность и безопасность применения нифуратела перорально и/или вагинально у женщин в возрасте старше 18 лет при БВ, АВ, КВВ, вагините смешанной этиологии и трихомониазе³. После поиска, исключения дубликатов и отбора публикаций по критериям включения в качественный анализ вошло 14 исследований (пять рандомизированных и девять нерандомизированных), включавших 3337 пациенток, в том числе 544 беременные. В метаанализ включены девять клинических исследований. Результаты показали, что нифурател как в режиме монотерапии, так и в комбинации с нистатином обладает клинической и микробиологической эффективностью при лечении заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей у женщин, а также характеризуется низкой частотой рецидивов. Определилось статистически значимое различие при оценке клинической и микробиологической эффективности лечения в пользу нифуратела в сравнении с применением других препаратов (ОШ 1,03; 95% ДИ 1–1,07; $p=0,03$ и ОШ 1,15; 95% ДИ 1,04–1,27; $p=0,005$ соответственно). Также выявлено статистически значимое различие при оценке частоты рецидивов после курса терапии в пользу нифуратела в сравнении с другими препаратами (ОШ 0,36; 95% ДИ 0,19–0,68; $p=0,001$). Ни в одном из включённых исследований не сообщалось о серьёзных побочных эффектах после лечения этими препаратами.

Литература

1. De La Hoz F.J.E. Efficacy and safety of nifuratel-nystatin in the treatment of mixed vaginitis, in pregnant women from Quindio, 2013–2017. Randomized Clinical Trial // *Pregn. Womens Health Care Int.* 1. — 2022. — Vol. 2. — №1. — P. 1–7.
2. De La Hoz F.J.E. Efficacy and safety of the combination nifuratel-nystatin and clindamycin-clotrimazole, in the treatment of bacterial vaginosis. Randomized controlled clinical trial // *Int. J. Reprod. Med. Sex. Health.* — 2021. — Vol. 3. — P. 1–10.
3. Аполихина И.А., Рахматулина М.Р., Припутневич Т.В. и др. Систематический обзор эффективности и безопасности применения нифуратела у женщин с заболеваниями, сопровождающимися патологическими выделениями из половых путей // *Акушерство и гинекология.* — 2023. — №11. — С. 48–58.

Очно



Репродуктивный потенциал
России: версии и контраверсии



praesens.ru

Ежегодно в сентябре!



Действующее вещество: натамицин.

 **УУР В, Q УДД 2.** Натамицин эффективен в терапии острого и хронического КВВ.

В российском проспективном исследовании были рассмотрены варианты назначения натамицина у пациенток репродуктивного возраста (23–46 лет) с КВВ различных вариантов. В первой группе с острым течением ($n=11$) использовали свечи вагинальные 100 мг/сут в течение 6 дней, тогда как вторая группа, включавшая пациенток с хроническим течением, была разделена на две подгруппы. Подгруппа 1 ($n=15$) получала 100 мг/сут натамицина на протяжении 9 дней, подгруппа 2 ($n=15$) — суппозитории (также 100 мг/сут) в сочетании с таблетированной формой натамицина (1 таблетка 2 раза/сут) в течение 10 дней, а также натамицин в форме крема при симптомах дерматита (2 раза/сут). Контрольные визиты и обследование выполнялись через 3 и 6 нед после терапии.

В группе пациенток с острым КВВ излечение наступило у всех 11 женщин. В подгруппе 1 повторный курс терапии КВВ в связи с рецидивом потребовался четырём пациенткам (26,7%); в подгруппе 2 рецидив ВВК наблюдался у одной женщины (6,7%) ($p<0,001$). Авторы заключили, что при остром течении КВВ достаточно назначения препарата натамицина в виде свечей циклом не короче 6 дней, а при хроническом рецидивирующем течении предпочтителен удлиненный курс терапии в течение 9 дней с добавлением таблетированной и крем-формы препарата для элиминации возбудителя из близлежащих резерву-

аров кожи и кишечника в целях предупреждения рецидива.

 **УУР В, Q УДД 4.** Натамицин может быть рекомендован в качестве препарата выбора у беременных с рецидивирующим КВВ.

В российском исследовании 2026 года были изучены клинические результаты назначения натамицина интравагинально в дозе 100 мг/сут у 94 беременных во II или III триместре гестации (средний возраст $27,8\pm 6,8$ года) с рецидивирующим КВВ. На 2-й день после окончания терапии (8-й день от начала лечения) у всех пациенток отмечено статистически значимое ($p<0,001$) снижение выраженности клинических симптомов КВВ: патологические выделения исчезли у 93,6% (88/94) пациенток, зуд/жжение — у 97,9% (92/94), а болезненность при половом акте и при мочеиспускании — у 91,5% (86/94) и 97,9% (92/94) соответственно.

Интравагинальное применение натамицина у беременных с РКВВ демонстрирует высокую клиническую и микробиологическую эффективность, благоприятный профиль безопасности и хорошую приверженность терапии, что позволяет рекомендовать его в качестве препарата выбора для местного лечения данной категории пациенток.

Литература

1. Мальбахова Е.Т., Арзуманян В.Г., Комиссарова Л.М., Баев О.Р. Натамицин и препараты азолового ряда: клиническая и лабораторная эффективность при вульвовагинальном кандидозе у небеременных // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2012. — Т. 11. — №3. — С. 15–21.
2. Боровиков И.О., Куценко И.И., Андреева А.А. и др. Рецидивирующий кандидозный вульвовагинит у беременных: роль натамицина в терапии // Медицинский совет. — 2026. — №20 (5). — С. 18–27.

Пимафуцин®

(МНН Натамицин)

Местная терапия
молочницы
в период
беременности



Доказанная безопасность
и эффективность²

Препарат разрешен
к применению во всех
триместрах беременности¹

Не оказывает
отрицательного влияния
на плод²



ПРЕПАРАТ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
СТРОГО ПО НАЗНАЧЕНИЮ ВРАЧА!

 CHEPLAPHARM

ООО «Чеплафарм» ИНН 7714479783
125284, г.Москва, вн.тер.г. Муниципальный Округ Беговой,
пр-кт Ленинградский, д.31 А, стр.1, помещ. 6/16.
Тел: +7 (495) 226-56-46
ru.cheplapharm.com



1. Инструкция
по медицинскому
применению препарата
Пимафуцин® —
П N013552/01
2. Тютюник В.Л.,
Орджоникидзе Н.В.
Вагинальный кандидоз
и беременность.
РМЖ 2001;19:833



РЕКЛАМА

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ
НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Действующие вещества: неомицин, полимиксин В, нистатин.

 **УУР В, УДД 2.** Комбинированный препарат «Полижинакс» показал высокую эффективность и безопасность в лечении смешанных вагинитов.

В международном многоцентровом рандомизированном исследовании PRISM, выполненном в четырёх европейских странах в 2019 году, эффективность лечения препаратом «Полижинакс» составила 85,4% у пациенток с бактериальным вагинитом, 94,4% — с КВВ, 87,7% — со смешанным вагинитом¹.

В российском многоцентровом наблюдательном исследовании «МИКСТ» 2024 года приняли участие 312 пациенток с клиническим диагнозом «вагинит» в возрасте 18–58 лет (медиана 33 года), из них 14 (5%) — в возрасте 50 лет и старше². В оценку эффективности включили 309 женщин. Независимо от варианта микробиоты влагалища у 92,9% пациенток (287 из 309) интравагинальное назначение комбинации полимиксина В, неомицина и нистатина эффективно купировало симптомы воспаления. Частота ранних рецидивов была низкой: через 1 мес после терапии 11 из 287 (3,8%) пациенток предъявляли жалобы на выделения и/или раздражение/дискомфорт во влагалище.

 **УУРС, УДД 5.** Большинство микроорганизмов, ассоциированных с вагинитами, чувствительны к компонентам препарата «Полижинакс».

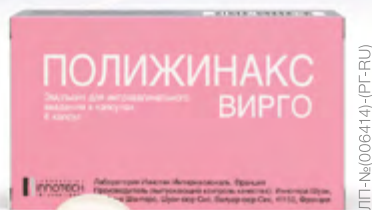
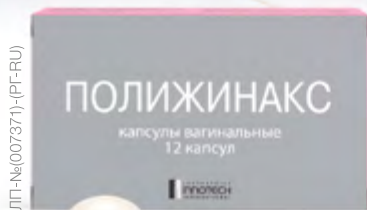
В 2012 году в исследовании *in vitro* была выполнена оценка³ действия препарата «Полижинакс» на суточные культуры 163 штаммов микроорганизмов, выделенных из влагалища женщин репродуктивного возраста. Было установлено, что дрожжеподобные грибы рода *Candida*, грамотрицательные (*Escherichia coli*, *Citrobacter spp.*, *Klebsiella spp.*, *Proteus spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus spp.*) и грамположительные (*Streptococcus agalactiae*, *Streptococcus spp.*, *Enterococcus spp.*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus saprophyticus*) бактерии высокочувствительны к действующим веществам, входящим в состав препарата «Полижинакс». Кроме того, было отмечено, что лактобациллы резистентны к препарату.

Литература

1. Bohbot J.M., Goubard A., Aubin F. et al. Comparison of a nystatin-neomycin-polymyxin B combination with miconazole for the empirical treatment of infectious vaginitis: PRISM study // *Med. Mal. Infect.* — 2019. — Vol. 49. — №3. — P. 194–201. (PMID: 30792037)
2. Радзинский В.Е., Гущин А.Е., Соловьёва А.В. и др. Терапия вагинитов различной этиологии: результаты наблюдательного исследования «МИКСТ» // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак.* — 2024. — №1 (104). — С. 35–42.
3. Савичева А.М., Рыбина Е.В. Оценка действия Полижинакса на микроорганизмы, выделенные из влагалища женщин, в опыте *in vitro* // *Российский вестник акушера-гинеколога.* — 2012. — Т. 12. — №4. — С. 104–107.

ПОЛИЖИНАКС

ЛЕЧИТ ВАГИНИТ ЛЮБОЙ ЭТИОЛОГИИ^{*,1}



⊕ Полижинакс – этиологически обоснованное эмпирическое **лечение вагинитов**¹:

- с 1-го дня устраняет симптомы²
- снижает частоту рецидивов³
- входит в клинические рекомендации⁴

ОХЛП⁵



ПОЛИЖИНАКС



ПОЛИЖИНАКС
ВИРГО

^{*} Вызванные чувствительными к препарату микроорганизмами, за исключением ИППП.

¹ Bohbot J.M., Goubard A., Aubin F. et al. PRISM study: Comparison of a nystatin-neomycin-polymyxin B combination with miconazole for the empirical treatment of infectious vaginitis // Med Mal Infect. 2019, 49 (3): 194–201. ² Радзинский В.Е., Ордянц И.М., Побединская О.С., Зыков Е.В. Опыт применения препарата Полижинакс в лечении вульвовагинитов, вызванных аэробной и смешанной микрофлорой // Российский вестник акушера-гинеколога. 2016, № 1, С. 84–88. ³ Кира Е.Ф., Артычук Н.В., Гайтукиева Р.А., Муслимова С.З. Биocenоз и функциональная активность эпителия влагалища при местном лечении аэробного вагинита полижинаксом и тержинаксом // Журнал акушерства и женских болезней. 2010, Том LXI, выпуск 5, С. 127–135. ⁴ Клинические рекомендации МЗ РФ «Воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы». 2025. ⁵ ОХЛП Полижинакс ЛП-№(007371)-(PF-RU), Полижинакс Вирго ЛП-№(006414)-(PF-RU).

Производитель: ООО «ИННОТЕК», 115035, г. Москва, Садовническая набережная, д. 71, тел.: 8 800 250 17 38.

Действующие вещества: неомицин, нистатин, преднизолон, тернидазол.

 **УУР В, Q УДД 2.** Эффективность препарата «Тержинан» сопоставимо высока как при лечении пациенток с верифицированным диагнозом вагинита, так и в качестве эмпирической терапии.

В рандомизированном исследовании¹ 2022 года приняли участие 233 женщины в возрасте от 18 до 45 лет с клиническими симптомами вульвовагинальных инфекций. Всех участниц разделили на две группы и назначили комбинацию «тернидазол + неомицин + нистатин + преднизолон». В первую группу вошли пациентки (n=200) с верифицированным диагнозом (КВВ, БВ, трихомонадный и смешанный вагинит) после получения результатов микробиологического исследования, а во вторую (n=33) — до лабораторного подтверждения диагноза. В обеих группах обнаружено статистически значимое улучшение клинических симптомов (p=0,001) и низкий уровень рецидивов, причём скорость наступления эффекта была выше в группе эмпирической терапии. Кроме этого через 10–14 дней после лечения эффективность в основной группе составила 96,5%, а в контрольной — 97% (p=0,99).

В многоцентровое исследование² «ТЕРРА» 2020 года включили 430 пациенток репродуктивного возраста (18–44 года) с диагнозом «острый вульвовагинит». Всем участницам назначили курс лечения комплексным препаратом «Тержинан» сроком 10 дней. Результаты показали высокую клиническую (96,5%) и микробиологическую (97,3%) эффективность эмпирической терапии. Все пациентки отметили полное исчезновение неприятного запаха, уменьшение объёма вагинальных выделений, гиперемии, зуда и жжения во влагалище. При лабораторном исследовании было обнаружено двукратное увеличение частоты выявления *Lactobacillus spp.* со степенью обсеменённости 10^6 – 10^7 КОЕ/мл, подавление концентраций облигатно-анаэробных бактерий в 5 раз, факультативно-анаэробных бактерий в 3 раза, грибов *Candida spp.* в 2 раза.

 **УУР В, Q УДД 3.** Комбинированный препарат «Тержинан» показал хорошую клиническую эффективность и безопасность при лечении рецидивирующих вульвовагинитов и вагинозов.

В исследовании³ 2020 года оценивалась эффективность терапии через 2 нед, 3 и 6 мес после окончания

лечения пациенток с рецидивирующими вульвовагинитами и вагинозами. В качестве испытуемых отобрали 175 женщин в возрасте от 21 до 47 лет с жалобами на выделения из половых путей, зуд, жжение и дискомфорт во влагалище и в области наружных половых органов. Всем участницам назначали препарат «Тержинан» интравагинально на ночь курсом 10 дней. Общее улучшение состояния и купирование симптомов у большинства пациенток (65,5%) отмечалось уже на 3–5-й день лечения. Через 2 нед по результатам контрольного клинико-лабораторного исследования отмечали высокую (94,3%) эффективность терапии: исчезновение зуда, жжения и вагинальных выделений, нормализацию pH, увеличение роста лактобактерий и уменьшение количества *Gardnerella vaginalis*, *Enterobacterium spp.*, *Staph. aureus*, *Staph. epidermidis*, *Mobiluncus spp.*, *C. albicans*. Через 3 и 6 мес рецидивы выявлены только у 8,4% пациенток.

 **УУР В, Q УДД 3.** Лечение беременных с БВ «Тержинаном» позволяет добиться стойкой нормализации микробиоценоза влагалища.

В сравнительном исследовании 2020 года⁴ (n=70) оценивали эффективность лечения беременных в I триместре с верифицированным диагнозом БВ. Участниц разделили на две группы. Основной группе назначили «Тержинан»⁵ курсом 10 дней, контрольной — хлоргексидин на тот же срок. У пациенток первой группы наилучшие показатели микробиоценоза отмечены на 30-й день после окончания лечения, в сроке 34–36 нед также сохранялся нормоценоз. У беременных второй группы количество аэробных и анаэробных условно-патогенных микроорганизмов превышало аналогичные в основной группе (p=0,05). При этом у женщин основной группы титр лактобактерий вырос в значительной степени по сравнению с контрольной группой. Течение I и II триместров не имело различий между группами. Однако у пациенток контрольной группы в III триместре чаще развивалась угроза преждевременных родов и ИМП.

Литература

1. Mian D.B., Loue V.A.S., Angoi A.V. et al. Efficacy of tertridazole-neomycin sulfate-nystatin and prednisolone association in syndromic management of vaginitis in low and middle income countries // Int. J. Reprod. Contracept. Obstet. Gynecol. — 2022. — Vol. 11. — №3. — P. 670–675.
2. Радзинский В.Е., Ануфриева Б.Г., Белинина А.А. и др. Эмпирическая терапия вульвовагинитов у женщин репродуктивного возраста в рутинной клинической практике // Акушерство и гинекология. — 2020. — №2. — С. 160–168.
3. Прилепская В.Н., Уруймагова А.Т., Иванова А.А. Клинические и лабораторные особенности рецидивирующих вульвовагинитов и вагинозов. Возможности эффективной терапии // Гинекология. — 2020. — Т. 22. — №5. — С. 76–80.
4. Добрытолова Ю.З., Боровикова Е.И., Хертек С.Е., Королёва В.И. Бактериальный вагиноз в первом триместре беременности: микробиологические и иммунологические показатели в оценке эффективности терапии // Акушерство и гинекология. — 2020. — №6. — С. 98–104.
5. Общая характеристика лекарственного препарата Тержинан от 23.03.2026. — URL: <http://eesc.aeunion.org/>.

ТЕРЖИНАН

УНИКАЛЬНЫЙ СОСТАВ*
И ИННОВАЦИОННОЕ СТРОЕНИЕ
ТАБЛЕТКИ** ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО
ЛЕЧЕНИЯ ВАГИНИТА¹

- ✓ Максимально широкий спектр активности против возбудителей вагинита и противовоспалительное действие^{1,2}
- ✓ Состоит из множества смарт-гранул, удлиняющих время контакта активных компонентов со слизистой влагалища¹

СОВЕРШЕНСТВО
СОСТАВА И ФОРМЫ

ЛОМЕКСИН

СОВРЕМЕННЫЙ¹ АНТИМИКОТИК
ДЛЯ ИНТРАВАГИНАЛЬНОГО
И НАРУЖНОГО
ПРИМЕНЕНИЯ²

- ✓ Действует на грибы рода *Candida albicans* и *non-albicans* и ассоциированные с ними бактерии³
- ✓ Единственный из имидазолов препятствует прикреплению и распространению *Candida*, предотвращая возникновение рецидивов⁴

ЦЕННОСТЬ
В КАЖДОЙ КАПСУЛЕ



tergyan.ru



lomexin.ru

Реклама

ВАС-СНУС-244-04.08.2026

* Под уникальным составом подразумевается отсутствие других препаратов с аналогичным сочетанием активных и вспомогательных веществ. Данные <https://grls.rosminzdrav.ru/>, дата обращения – 04.08.2026.

** Под инновационным строением таблетки подразумевается множество двухуровневых смарт-гранул, из которых состоит таблетка Тержинана.

1. Мамуч В. И. Медицинские аспекты здоровья женщины. 2015; 9 (95): 50–57.

2. Общая характеристика лекарственного препарата Тержинан от 23.03.2026. <http://eec.eaeunion.org/>.

Перед назначением ознакомиться с полным текстом общей характеристики лекарственного препарата Тержинан от 23.03.2026, <http://eec.eaeunion.org/> и Ломексин, капсулы вагинальные от 14.02.2025, и Ломексин, крем для вагинального и наружного применения от 16.04.2025, <https://eec.eaeunion.org/>.

МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Организация, принимающая претензии: ООО «Русфиг», 123610, Россия, г. Москва, Краснопресненская наб., д. 12, под. 7, эт. 6, пом. IАЖ
Телефон +7 (495) 225-80-01; факс: +7 (495) 258-20-07; электронная почта: info@rusfig.com, www.rusfig.ru

1. Байрамова Г. Р. и соавт. Хронический цервицит, ассоциированный с папилломавирусной инфекцией: диагностика и тактика ведения пациентки// Доктор.Ру. 2017. № 3 (132). С. 66–72.

2. Общая характеристика лекарственного препарата Ломексин, капсулы вагинальные от 14.02.2025, и Ломексин, крем для вагинального и наружного применения от 16.04.2025. <https://eec.eaeunion.org/>.

3. Sanguinetti M. et al. Antimicrob. Agents Chemother. 63 (7), e02693-18 (2019).

4. Angioletti L. et al. Journal of Chemotherapy. 1990;2(1):55-61.

 RECORDATI

Действующее вещество: аминодигидрофалазин-дион натрия.

 **УУР В, Q УДД 3.** Назначение «Галавита» в комплексном лечении хронического хламидийного цервицита улучшает результаты противомикробной терапии.

Клиническое исследование 2013 года¹ показало эффективность использования «Галавита» в комплексном лечении хламидийных цервицитов. 30 пациенток с жалобами на обильные выделения, боли внизу живота, зуд и жжение были разделены на две группы: в первой наряду со стандартной терапией использовали «Галавит» (ректальные суппозитории 100 мг), во второй — только стандартную терапию. Через 3 нед после окончания терапии у 93,3% пациенток группы 1 отсутствовали признаки цервицита (в группе 2 — у 80%), а хламидийная инфекция не обнаруживалась. Использование «Галавита» было ассоциировано с увеличением уровня ИФН-γ (в 1,5 раза) и ИФН-α (в 3 раза). Увеличения уровня ИФН в группе 2 не отмечено.

 **УУР В, Q УДД 3.** У пациенток с рецидивирующим КВВ «Галавит» повышает эффективность стандартной терапии.

В проспективное исследование 2017 года² включили 100 женщин с рецидивирующим КВВ. Пациентки основной группы (n=50) в отличие от группы сравнения (n=50) до противогрибковой терапии получали «Галавит» по 100 мг ректально. В основной группе после курса терапии критерии излеченности были достигнуты в 1,2 раза чаще, а кандидоносительство встречалось в 2 раза реже. Спустя 6 мес рецидивы возникали в 2,1 раза реже, а кандидоносительство — в 2,2 раза реже.

 **УУР В, Q УДД 3.** Назначение «Галавита» улучшает результаты комплексной противомикробной терапии хронического урогенитального трихомониаза.

В сравнительном исследовании 2006 года³ изучали эффективность «Галавита» в комплексной терапии хронического урогенитального трихомониаза. Всех пациенток (n=60) разделили на две равные группы: первая получала «Галавит» в виде ректальных суппозиторий; вторая — препарат, содержащий тимуса экстракт. В основной группе через 2 нед после

лечения возбудитель не был выделен. При контроле в течение двух менструальных циклов рецидивы заболевания были зафиксированы у 10 и 0% женщин соответственно. Во второй группе через 14 дней терапии микроорганизм был выделен у 6,7% пациенток, при втором и третьем контроле — у 16,6 и 10% соответственно, а рецидивы отмечены у 33,3%.

 **УУР В, Q УДД 3.** Включение «Галавита» в комплексную терапию женщин с ВЗОМТ ускоряет купирование симптомов воспаления и снижает частоту осложнений.

В 2018 году в исследовании⁴ приняли участие 140 женщин репродуктивного возраста с ВЗОМТ. Всем пациенткам назначили этиотропную терапию. Основная группа (n=70) дополнительно принимала «Галавит». Результаты исследования подтвердили, что добавление «Галавита» к антимикробной терапии повышает её эффективность — снижает болевые ощущения при пальпации, уменьшает гнойные и слизистые выделения, диспареунию, зуд и жжение в сравнении с контрольной группой.

 **УУР В, Q УДД 3.** Использование «Галавита» в комплексном лечении хронической генитальной герпетической инфекции улучшает результаты противомикробной терапии и длительность ремиссии.

В исследовании⁵ 2021 года оценивали эффективность «Галавита» в лечении хронической генитальной герпесвирусной инфекции. Включено 50 пациенток с обострением: группа I (n=25) получала противовирусную терапию и «Галавит» в/м, группа II (n=25) — только противовирусную терапию. В основной группе на фоне подъёма уровней ИФН-α и ИФН-γ отмечено более быстрое достижение клинического эффекта, элиминация ВПГ-2 в 96% (против 88% в группе контроля), увеличение длительности ремиссии в среднем до 55 дней (в группе контроля — до 30 дней).

Литература

1. Довлетханова З.Р. Эффективность и приемлемость иммуномодуляторов в лечении хронических цервицитов // Медицинский совет. — 2013. — №6. — С. 42–44.
2. Нейфельд И.В., Рогожина И.Е., Скупова И.Н. Оптимизация комплексной терапии хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза в амбулаторной практике // РМЖ. — 2017. — № 2. — С. 91–97.
3. Ермоленко Д.К., Ермоленко Е.И., Березина Л.А. и др. Иммунопатогенез и терапия Галавитом хронического урогенитального трихомониаза // Гита Медика Нова. — 2006. — №3. — С. 1–3.
4. Уракова Н.А., Мязова И.В. Иммунотерапия как способ повышения эффективности комплексной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза // РМЖ. Мать и дитя. — 2018. — №1. — С. 120–123.
5. Тютюник В.Л., Кан Н.Е., Тютюник Н.В., Солдатова Е.Е. Современные аспекты комплексной терапии рецидивирующего генитального герпеса // Медицинский совет. — 2021. — №3. — С. 144–151.

ГАЛАВИТ®

Аминодигидрофталазиндион натрия

Необходимый компонент патогенетической терапии воспалительных заболеваний любой этиологии^{1,2}



- ✧ Избирательно регулирует функционально-метаболическую активность моноцитов/макрофагов.^{2, 4, 6, 8-10}
- ✧ Способствует более полной элиминации возбудителя.^{1, 4, 8, 9}
- ✧ Повышает действие этиотропной терапии.^{1, 4-9}
- ✧ Снижает интенсивность и длительность воспалительной реакции и интоксикации.^{3, 4, 10}
- ✧ Способствует физиологическому восстановлению тканей без избыточного фиброза.^{1, 3-5}

Обладает иммуномодулирующим, противовоспалительным, антиоксидантным и регенеративным эффектом^{2, 10}

Источники информации: 1. Мгерян А.Н., Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р., Межевитинова Е.А., Назарова Н.М., Прилепская В.Н. Воспалительные заболевания органов малого таза в клинической практике: диагностика, лечение, профилактика. Акушерство и гинекология. Алгоритмы диагностики и лечения (прил). 2023;6:1-7. 2. Филиппова О.В. Макрофаг как мишень противовоспалительной терапии. РМЖ. 2024;6:52-57. 3. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А., Будыкина Т.С., Горшилиан А.В. Иммунокоррекция у больных с острыми и хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза. Пособие для врачей. МОНИИАГ, М., 2009. 4. Шурашлина А.В., Дубинская Л.В. Иммуномодулирующая терапия в программе реабилитации пациенток с хроническим эндометритом. Рос. Вест. акушера-гинеколога. 2006;1:36-38. 5. Серова О.Ф., Зароченцева Н.В., Капустина М.В. Лечение хронического эндометрита у пациенток перед проведением экстракорпорального оплодотворения. Российский вестник акушера-гинеколога. 2008;5:80-82. 6. Серов В.Н., Царегородцева М.В., Королева А.В. Роль иммунокорригирующего влияния Галавита в лечении больных с хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза хламидийного генеза. Российский вестник акушера-гинеколога. 2011;3:17-20. 7. Абакарова П.Р., Довлетханова Э.Р., Мгерян А.Н., Межевитинова Е.А., Назарова Н.М., Прилепская В.Н. Аногенитальная герпетическая инфекция: диагностика, лечение, профилактика. Алгоритмы диагностики и лечения (прил). 2023;6:8-10. 8. Гизингер О.А. Фармакологическая коррекция локальных иммунных нарушений у больных с кандидозно-микоплазменной инфекцией урогенитального тракта. Врач. 2014;11:60-63. 9. Нейфельд И.В., Рогожина И.Е., Скупова И.Н. Оптимизация комплексной терапии хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза в амбулаторной практике. РМЖ Акушерство и Гинекология. 2017;2:91-97. 10. Инструкция по медицинскому применению (ИМП) / Общая характеристика лекарственного препарата (ОХЛП) Галавит суппозитории 100 мг/Галавит инъекции 100 мг. Р №000088/03, ЛП-№(012294)-(РГ-РУ)/Р №000088/02, ЛП-№(011837)-(РГ-РУ).

ООО «Сэлвим» 123290, Россия, г. Москва, тупик Магистральный 1-й д. 5А, ком. 91
Телефон: 8 800 707 71 81, факс: +7 495 269 0343
E-mail: info@salvim.ru



**ЭКСПЕРТЫ
СЕМЕЙНОГО
ЗДОРОВЬЯ**

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ. РЕКЛАМА.

Действующее вещество: молочная кислота.

 **УУР С, Q УДД 2.** Молочная кислота в составе комплексной терапии БВ, назначаемая с первого дня или после курса противомикробных препаратов, обеспечивает лучший клинический эффект и способствует нормализации вагинального микробиома.

В рандомизированном исследовании 2011 года¹ (n=114) изучали эффективность и безопасность различных вариантов лечения БВ. В группе А (n=33) назначали монотерапию препаратом, содержащим молочную кислоту (1 суппозиторий в сутки 10 дней), В (n=26) — аскорбиновую кислоту (250 мг интравагинально 1 раз/сут 6 дней), С (n=28) — хлоргексидин и молочную кислоту (по 1 суппозиторию 1 раз/сут 10 дней), D (n=27) — клиндамицин (20 мг интравагинально 1 раз/сут 7 дней). Суммарная частота выздоровления и улучшения в группе с молочной кислотой была оценена в 93,9%, при её комбинации с хлоргексидином — в 96,5%, при лечении витамином С — в 73%, при использовании клиндамицина — в 59,2%.

Сходные результаты были получены в исследовании 2016 года² (n=140). Пациентки с БВ были рандомизированы в три группы: в первой назначали метронидазол и молочную кислоту с интервалом 12 ч (10 дней), во второй — последовательно метронидазол (10 дней) и молочную кислоту (10 дней), в третьей — сначала метронидазол (10 дней), затем пробиотик (10 дней). У женщин, получавших молочную кислоту, реже отмечали характерный запах, меньшим было количество белей, ключевых клеток и микроорганизмов, ассоциированных с БВ.

 **УУР С, Q УДД 2.** Использование препарата на основе молочной кислоты при комплексной терапии пациенток с БВ позволяет существенно снизить риск рецидивов в течение 2 лет.

В рандомизированном проспективном исследовании 2014 года³ участвовали 88 женщин с диагнозом БВ, перенёсших не менее четырёх рецидивов заболевания в год. Пациентки были распределены в две группы: в первой (n=52) был назначен метронидазол (по 5 г 0,75% вагинального геля 1 раз/сут в течение 5 дней), затем молочная кислота (по 1 суппозиторию на ночь в течение 10 дней), во вто-

рой (n=36) — только метронидазол (в аналогичной дозе). Результаты лечения оценивали через 1, 6, 12 и 24 мес после его завершения. Эффективность комплексной терапии составила 98,9%, при монотерапии метронидазолом — 94,4% (причём уже через 1 мес у трёх пациенток этой группы был отмечен рецидив БВ). Через 2 года манифестация БВ была выявлена только у двух участниц, получавших молочную кислоту; ремиссия наступила у 91% испытуемых. Во второй группе один рецидив был отмечен у восьми женщин, два — у двух, три — у четырёх, четыре — у двух.

 **УУР С, Q УДД 4.** Назначение препарата на основе молочной кислоты в комплексной терапии острого вагинита неспецифической и смешанной этиологии у пациенток репродуктивного возраста позволяет достичь нормоценоза более чем у 90% женщин и сохранять его минимум на протяжении 2 мес.

В проспективном наблюдательном исследовании 2019 года⁴ приняли участие 200 женщин репродуктивного возраста с диагнозом «острый вагинит». Пациентки были распределены в четыре группы: небеременные пациентки с АВ (n=50); небеременные пациентки со смешанным вагинитом (n=50); беременные пациентки с АВ (n=50); беременные пациентки со смешанным вагинитом (n=50) (гестационный срок до 27 нед включительно). Все женщины получали комбинацию хлоргексидина и декспантенола по 1 вагинальному суппозиторию 2 раза/сут в течение 7 дней, далее вторым этапом молочную кислоту 100 мг («Лактодепантол») по 1 вагинальному суппозиторию в сутки — 10 дней. Клинико-лабораторная эффективность терапии в группах АВ составила 91%, в группах смешанного вагинита — 92%. Через 2 мес после лечения нормоценоз сохранён у 92% пациенток с АВ и у 93% со смешанным вагинитом. Значимых различий по результатам терапии в группах беременных и небеременных не было.

Литература

1. Кира Е.Ф., Прилепская В.Н., Костова М.Н. и др. Современные подходы к выбору препарата локального действия в терапии бактериального вагиноза // Акушерство и гинекология. — 2012. — №7. — С. 59–67.
2. Кира Е.Ф., Пекарев О.Г., Молчанов О.Л. и др. Сравнительный анализ эффективности и безопасности параллельного или последовательного сочетания метронидазола с молочной кислотой и двукратного метода метронидазол плюс пробиотик. Многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование // Акушерство и гинекология. — 2016. — №9. — С. 87–93.
3. Петрова О.И. Бактериальный вагиноз: современные возможности и перспективы длительного контроля // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2019. — №19 (2). — С. 100–104.
4. Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Оразов М.Р. и др. Результаты многоцентрового наблюдательного исследования: терапия острого вагинита неспецифической и смешанной этиологии у пациенток репродуктивного возраста // Акушерство и гинекология. — 2019. — №8. — С. 150–158.

ОЧНО

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА:

от прегравидарной подготовки
к здоровому материнству и детству

ВСТРЕЧАЕМСЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ!

Ежегодно
в феврале!



praesens.ru



StatusPraesens
profmedia



MRM Nutrition «Женский пробиотик» (Womens Probiotic)

Действующие вещества: пробиотический комплекс MICROBAC (*Lactobacillus plantarum* LP01; *Lactobacillus paracasei* LPC09), экстракт клюквы PACran (стандартизированный по содержанию проантоцианидинов не менее 1,5%), D-манноза.

 **УУР С, Q УДД 2.** D-манноза обладает протективным эффектом в отношении рецидивов инфекций мочевых путей.

В рамках метаанализа 2020 года были изучены результаты трёх клинических исследований (одно рандомизированное контролируемое исследование, одно рандомизированное перекрёстное исследование и одно проспективное когортное исследование), посвящённых оценке частоты рецидивов ИМП у взрослых женщин¹. Суммарный относительный риск ИМП при использовании D-маннозы по сравнению с плацебо составил 0,23 (95% ДИ 0,14–0,37; гетерогенность 0%; группа D-маннозы: n=125, группа плацебо: n=123). Для назначения D-маннозы по сравнению с профилактическими антибиотиками этот показатель составил 0,39 (95% ДИ 0,12–1,25; гетерогенность 88%; группа D-маннозы: n=163, группа антибиотиков: n=163). Исследователи заключили, что D-манноза демонстрирует защитный эффект в отношении рецидивирующих ИМП (по сравнению с плацебо), возможно, обладая сопоставимой с антибиотиками эффективностью.

 **УУР С, Q УДД 5.** Комбинация пробиотических лактобацилл (*Lactobacillus plantarum* LP01 и *Lactobacillus paracasei* LPC09) обладает прямым антибактериальным действием в отношении ряда условно-патогенных микроорганизмов.

В исследовании *in vitro* 2025 года была выполнена оценка антибактериальной активности пробиотических штаммов лактобацилл, входящих в состав комплекса «MRM Nutrition Женский пробиотик» (*L. plantarum* LP01 и *L. paracasei* LPC09), в отношении условно-патогенных бактерий, выделенных из урогенитальных клинических материалов, с определением чувствительности данных лактобацилл к антибактериальным препаратам².

Колонии *L. plantarum* LP01 и *L. paracasei* LPC09 идентифицировали с использованием метода масс-спектрометрии MALDI-TOF. Для исследования антагонизма была собрана коллекция условных патогенов из 16 клинических изолятов: *Escherichia coli* (3), *Klebsiella pneumoniae* (2), *Morganella morganii* (1), *Enterococcus faecalis* (3), *Enterococcus raffinosus* (1), *Streptococcus agalactiae* (3), *Staphylococcus epidermidis* (1) и *Candida albicans* (2); исследователи использовали панель для определения чувствительности грампозитивных бактерий к антимикробным препаратам Gram-positive AST. При совместном культивировании отмечено снижение pH среды, а также установлено прямое антибактериальное действие лактобацилл в отношении всех тестируемых условных патогенов. При исследовании антибиотикорезистентности оба штамма лактобацилл оказались устойчивыми к антибактериальным препаратам групп пенициллинов, цефалоспоринов, а также к фторхинолонам.

Литература

1. Lenger S.M., Bradley M.S., Thomas D.A. et al. D-mannose vs other agents for recurrent urinary tract infection prevention in adult women: a systematic review and meta-analysis // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2020. — Vol. 223. — №2. — P. 265.e1–265.e13. [PMID: 32497610]
2. Будиловская О.В., Спасибова Е.В., Хуснутдинова Т.А. и др. Антибактериальная активность пробиотических штаммов лактобацилл, входящих в состав комплекса MRM Nutrition Женский пробиотик (Women's Probiotic) (*Lactobacillus plantarum* LP01 и *Lactobacillus paracasei* LPC09) // Акушерство и гинекология. — 2025. — №8. — С. 187–194.

Всё, что нужно знать о биоценозе влагалища, о микробиоме и контакте здоровых и больных, о влиянии и деталях и тщательностью собрано под обложкой книги «Биоценоз влагалища. Норма. Нарушения. Восстановление». Логично, понятно, с большими профессиональными и исключительным знанием тематики не только в научном разрезе, но и в многолетней практике истории нести говорят в роли микробиоме и организм, способов его поддержки и через связанны в критических ситуациях.

БИОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА. НОРМА. НАРУШЕНИЯ. ВОССТАНОВЛЕНИЕ

НОВИНКА!

Под ред.
В.Е. Рудзинской,
А.М. Савицкой



rgaon.ru
+7 (800) 728 2223

Действующие вещества: лактобактерии, витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс «Суперлимфлайф».

 **УР С**,  **УДД 3.** «Ацилакт DUO» в составе комплексной терапии позволяет снизить частоту рецидивов БВ.

В исследование 2021 года¹ включили 100 женщин в возрасте от 18 до 49 лет с рецидивирующим БВ. Все пациентки были разделены на две равные группы: первой назначили только комплексный препарат местного действия, содержащий метронидазол 500 мг и миконазола нитрат 100 мг (по 1 свече 2 раза/сут в течение 7 дней), а второй — в дополнение к вышеописанной схеме назначали второй этап, состоящий из интравагинального введения крема «Ацилакт DUO» 1 раз/сут курсом 10 дней. Согласно полученным данным, у пациенток, получавших двухэтапную терапию, через 3 мес после окончания лечения количество жалоб уменьшалось, в то время как после проведения одноэтапной терапии отмечалось их возвращение. По данным микроскопического исследования вагинальных мазков преобладание *Lactobacillus spp.* и отсутствие ключевых клеток встречались чаще среди пациенток, получавших противорецидивную терапию, по сравнению с пациентками из контрольной группы. Результаты показали, что «Ацилакт DUO» повышает эффективность антибактериальной терапии при сочетании применения за счёт нормализации местного иммунного ответа, модулирования выработки определённых цитокинов (IL-1, ФНО-α), способствует более устойчивому восстановлению нормального соотношения представителей микробиоты влагалища, снижению частоты рецидивирования процесса.

В исследовании 2022 года² включили 89 женщин с БВ. Их разделили на три группы: первой группе (n=30) назначили терапию метронидазолом ваги-

нально по 500 мг 2 раза/сут длительностью 7 дней; во второй группе (n=30) на втором этапе в дополнение к вышеописанной схеме использовали препарат, содержащий лактобактерии (вагинально по 1 капсуле 14 дней); а в третьей группе (n=29) — «Ацилакт DUO» (вагинально по 1 свече 10 дней). Результаты анализа качественного и количественного состава влагалищной микробиоты у пациенток через 1 мес после лечения показали, что в первой группе сохранялся самый низкий уровень лактобактерий, а наиболее высокий был отмечен у пациенток третьей группы. Ещё через 5 мес абсолютный нормоценоз влагалища был выявлен у 56,7% пациенток первой группы, у 80% — второй, у 82,7% — третьей.

Исследование 2025 года было посвящено оценке возможностей предотвращения рецидива БВ во время гестации³. Участниц (50 беременных с БВ в возрасте 19–42 лет на сроке гестации 12–36 нед) разделили на две равные группы. Пациентки первой получали только клиндамицин, тогда как во второй группе была назначена двухэтапная терапия клиндамицином и «Ацилактом DUO». Если у пяти (20%) пациенток первой группы наблюдался рецидив БВ в течение 3 мес после завершения лечения, то во второй группе рецидивов не наблюдалось, при этом была отмечена низкая общая бактериальная масса с преобладанием высоких титров лактобацилл. В первой группе преждевременные роды на сроках 31–32 и 34–36 нед произошли у двух (8%) и шести (24%) пациенток соответственно. При этом во второй группе ни одного случая преждевременных родов не зарегистрировано.

Литература

1. Уруймагова А.Т., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. и др. Эффективность и приемлемость двухэтапной терапии рецидивирующего бактериального вагиноза // Акушерство и гинекология. — 2021. — №111. — С. 202–212.

2. Доброхотова Ю.Э., Борова Е.И., Зайдиева З.С., Романовская В.В. Снижение частоты рецидивов бактериального вагиноза. Комплексное решение // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2022. — Т. 21. — №2. — С. 33–40.

3. Цахилова С.Г., Сафарян И.Р., Арустамян Р.Р., Паенди Ф.А. Комплексный подход к снижению частоты рецидивов бактериального вагиноза у беременных // Эффективная фармакотерапия. — 2025. — Т. 21. — №45. — С. 6–11.

АЦИЛАКТ DUO

АЦИЛАКТ ДУО – ЭТО ВАЖНО!

Уникальная комбинация, которая способствует восстановлению слизистой влагалища, нормализации микрофлоры и снижению рецидивов.¹

ЗДОРОВАЯ
СЛИЗИСТАЯ!

НОРМАЛЬНАЯ
МИКРОФЛОРА!

СЧАСТЛИВАЯ
ЖЕНЩИНА!

РЕКОМЕНДОВАННАЯ СХЕМА ПРИМЕНЕНИЯ

Длительность применения не ограничена.



По одной шт
ежедневно



Повторять в течение
3-4 мес с интервалом
10-20 дней



10 дней ежедневно
1 раз/день

ТРОЙНОЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ!

РЕПАРАЦИЯ

восстановление
эпителия
влагалища

НОРМОФЛОРА

нормализация
биоценоза

ИММУНИТЕТ

укрепление местного
мукозального
иммунитета

1 Комбинация компонентов

Два ключевых компонента — живые ацидофильные бактерии и витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс «Суперлимфлайф».

2 Удобство и безопасность

«Ацилакт ДУО» — косметическое средство интимной гигиены. Его применение противопоказано только при повышенной чувствительности.

3 Применение в комплексной терапии

Можно использовать как самостоятельно, так и в сочетании с другими препаратами при инфекционно-воспалительных заболеваниях генитального тракта. Может дополнять эффект монокомпонентных пробиотиков.



Уруймагова А.Т., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Донников А.Е., Абакарова П.Р., Довлетханова Э.Р., Гусаков К.И., Одыванова А.А. Эффективность и приемлемость двухэтапной терапии рецидивирующего бактериального вагиноза // АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ. - 2021. - №11.

btfl.ru



Реклама.

Действующее вещество: белково-пептидный комплекс из лейкоцитов крови свиней.

 **УУР С, УДД 3.** Комплекс «Суперлимф» способствует нормализации микробиоты влагалища и уменьшению частоты рецидивов БВ у женщин с сопутствующей герпесвирусной инфекцией.

В 2020 году в исследовании¹ 80 женщин с нарушением микробиоты влагалища в группе I (n=40) была назначена антибактериальная терапия в комплексе с препаратом «Суперлимф», в группе II (n=40) — только антибактериальная терапия. Результаты показали, что клиническое выздоровление наступило у 90% пациенток в первой группе и у 70% во второй (p=0,02); микробиологическое выздоровление произошло у 100 и 67,5% соответственно (p=0,003). В группе I выделение ВПГ 2-го типа отмечено у 80% пациенток до лечения и у 42,5% после него (p<0,001), тогда как в группе II — у 82,5 и 77,5% соответственно (p=0,58). Через 3 мес после лечения в первой группе рецидивов не наблюдалось, частота рецидивов во второй — 22,5%, в течение 12 мес после окончания лечения — 0 и 35,1%.

В сходном по дизайну исследовании 2021 года² учёные изучали биоценоз и содержание цитокинов в отделяемом из влагалища у 80 женщин репродуктивного возраста с рецидивирующим БВ и герпесвирусной инфекцией. Всех участниц разделили на две группы: первой (n=40) назначили клиндамицин и комплекс экзогенных цитокинов («Суперлимф»), второй — клиндамицин и плацебо. После лечения выздоровление наступило у 95% (38/40) пациенток первой группы и у 77,5% (31/40) — второй (ОШ 5,52; 95% ДИ 1,11–27,43). В течение 12 мес риск рецидивов в первой группе был ниже в 3 раза (ОШ 0,3; 95% ДИ 0,09–0,93).

 **УУР С, УДД 3.** Добавление «Суперлимфа» к антибактериальной терапии ассоциировано с повышением элиминации микроорганизмов из полости матки при хроническом эндометрите.

В рамках российского исследования, включившего 64 пациентки репродуктивного возраста (от 28 до 37 лет, средний возраст 31,88±2,65 года) с хрониче-

ским эндометритом и бесплодием, локальная цитокинотерапия «Суперлимфом» в комбинации с антибиотиками (n=32) была сопряжена с элиминацией микроорганизмов из полости матки в 84% случаев, в группе антибиотикотерапии + плацебо (n=32) — в 59,1% (p<0,001). Параллельно отмечено статистически значимое уменьшение выраженности хронического эндометрита по гистологическим данным ($\chi^2=10,563$; p=0,002)³.

 **УУР С, УДД 3.** «Суперлимф» в рамках комплексного лечения беременных с рецидивирующим КВВ эффективен и безопасен.

В 2023 году группа учёных оценила эффективность лечения беременных (в сроке от 13 до 34 нед) с рецидивирующим КВВ. Первая группа (n=20) получала антимикотические средства с использованием «Суперлимфа» и пробиотика⁴. Женщинам из контрольной группы назначали монотерапию антимикотическим препаратом. После проведённого лечения все пациентки отметили прекращение клинических проявлений, однако у четырёх пациенток из контрольной группы сохранялись жалобы на зуд и выделения из половых путей. В первой группе статистически значимо снизилась частота рецидивов и увеличилась длительность ремиссии. Помимо этого при микроскопическом и бактериологическом исследовании у них зарегистрировано статистически значимое снижение количества грибов и полная элиминация возбудителя. Комплексная терапия КВВ антимикотическим препаратом в комбинации с иммуномодулирующим средством «Суперлимф» и восстановлением микрофлоры влагалища кремом «Ацилакт Дуо» оказалась эффективной при беременности и была ассоциирована с улучшением материнских и перинатальных исходов.

Литература

1. Дикке Г.Б., Суханов А.А., Кукарская И.И., Остроменский В.В. Иммуноопосредованные механизмы воспалительного ответа при сочетанных инфекциях нижнего отдела полового тракта у женщин // Акушерство, гинекология и репродукция. — 2020. — Т. 15. — №3. — С. 245–257.
2. Айсаева Б.М., Дикке Г.Б., Абусева З.А., Хашаева Т.Х. Эффективность коррекции цитокинового компонента локального иммунитета в лечении рецидивирующего бактериального вагиноза, ассоциированного с герпетической инфекцией // Вопросы гинекологии, акушерства и перinataлогии. — 2021. — Т. 20. — №4. — С. 29–37.
3. Тапишская Н.И., Толбилова Т.Х., Савичева А.М. и др. Эффективность локальной цитокинотерапии хронического эндометрита пациенток с бесплодием // Акушерство и гинекология. — 2022. — №2. — С. 91–100.
4. Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Тезиков Ю.В. и др. Комплексная терапия рецидивирующего вульвовагинального кандидоза при беременности // Акушерство и гинекология. — 2023. — №11. — С. 150–156.

СУПЕРЛИМФ®

стандартизированный комплекс антимикробных пептидов и цитокинов

30 ЛЕТ

научных исследований

БОЛЕЕ 150

научных работ
www.dissercart.com

РЕГЕНЕРАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА

БОЛЕЕ 18 ЛЕТ

клинической практики

- Снижает рецидивы хронических заболеваний¹
- Обладает противобактериальным, противогрибковым и противовирусным действием^{1,2}
- Ликвидирует воспаление, **активирует репаративные процессы**, стимулирует локальные клеточные и гуморальные механизмы³
- Способен подавлять рост и размножение *St.aureus* и *E.coli*⁴



РУ ЛС 000148 от 30.09.2021



ЗАЩИТА И ВОССТАНОВЛЕНИЕ

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЦИСТИТА, ГЕРПЕТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА, В ТОМ ЧИСЛЕ ОСЛОЖНЕННЫХ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ¹.

Больше информации
на сайте:

www.superlimf.ru



ООО «ЦИ «ИммуноХелп»
105187 г. Москва,
ул. Щербаковская д.53 к.15,
Тел/факс: +(495) 729-49-20
email: info@immunohelp.ru

реклама

1. Инструкция по медицинскому применению
2. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Лавров В.Ф., Баркевич О.А. "Подавление цитопатического действия вируса герпеса простого первого типа комплексом природных цитокинов (препарат Суперлимф) in vitro" // Журнал ЖМЭИ. - 2005. - №1 - С.57-60.
3. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Никанкина Л.В., Долгина Е.Н., Щегловитова О.Н. "От аутолимфоцитотерапии к контролируемому препарату комплекса цитокинов - Суперлимфу." // Аллергия астма и клиническая иммунология. - 2001 - №6 - С. 28-33.
4. Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Мороз А.Ф., Аведова Т.А., Москвина С.Н. "Противомикробные пептиды иммунной системы: клинические аспекты." // Аллергология и иммунология, 2003, том 4 №2, стр. 20-26.

Эпиген Интим (спрей)

Действующее вещество: глицирризиновая кислота активированная.

 **УР С, УДД 3.** «Эпиген Интим» имеет высокий профиль эффективности и безопасности в лечении вульвовагинитов, цервицитов и генитальной папилломавирусной инфекции.

В масштабном исследовании¹ 2023 года учёные проанализировали данные пациенток амбулаторно-поликлинических учреждений из 17 крупных городов России. Участницами стали 8249 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет, из них 1018 (12,2%) беременных, предъявлявших жалобы на патологические выделения из половых путей, дискомфорт в области наружных половых органов с клиническими диагнозами неспецифического (аэробного) вагинита, КВВ или БВ. Всем женщинам назначили этиотропную терапию с добавлением препарата активированной глицирризиновой кислоты. В результате наблюдалось уменьшение симптомов дискомфорта, таких как зуд, жжение, неприятный запах, обильность выделений, сухость слизистых оболочек вульвы и влагалища, болезненность при мочеиспускании и диспареуния. Помимо этого исследователи отметили нормализацию характера выделений, а также их объёма — доля пациенток с патологическими выделениями снизилась с 3812 (46,6%) до 101 (1,1%).

В исследовании 2019 года² приняли участие 60 женщин (в возрасте от 18 до 56 лет): первая группа (n=30) — с клиническими и лабораторными признаками вульвовагинита и/или цервицита, сохраняющимися после этиотропной терапии; вторая (n=30) — с папилломавирусной инфекцией. Активированную глицирризиновую кислоту назначали всем участницам интравагинально 3 раза в день, а пациенткам второй группы — дополнительно наружно. После терапии наблюдалось достоверное снижение выявления субъективных и объективных признаков воспалительных заболеваний урогенитальной системы, уменьшение уровня лейкоцитов во влагалище (96,7%) и цервикальном канале (83,3%), регресс клинических проявлений папилломавирусной инфекции (60%), элиминация (20%) или снижение количественных показателей ВПЧ (26,7%).

 **УР С, УДД 4.** У женщин с ВЗОМТ и бесплодием препарат «Эпиген Интим» препятствует активации вирусной инфекции и инфекций, вызванных условно-патогенной микрофлорой, в послеоперационном периоде.

В проспективном исследовании 2016 года³ изучали эффективность препарата «Эпиген Интим» в послеоперационном периоде у пациенток с хроническими ВЗОМТ, первичным или вторичным бесплодием. 70 участниц разделили на две равные группы: первой назначили стандартную схему противовоспалительной и антимикотической терапии; второй — дополнительно активированную глицирризиновую кислоту в виде спрея 0,1% 2 раза/сут в течение 14 дней вагинально. На 30-й день проведены микробиологические исследования, результаты которых показали высокую эффективность в группе, применявшей «Эпиген Интим», по сравнению с контрольной группой: патологические вагинальные выделения выявлены у трёх (8,5%) пациенток из второй группы и у восьми (22,8%) из первой (p<0,05).

 **УР С, УДД 5.** «Эпиген Интим» оказывает разрушающее действие на биоплёнки, образованные вагинальными микроорганизмами.

В исследовании 2024 года⁴ *in vitro* было показано разрушающее действие препарата, содержащего активированную глицирризиновую кислоту, на биоплёнки, сформированные вагинальными микроорганизмами. Из 72 клинических изолятов чистых культур, выделенных из вагинального биотопа, 38 (53%) показали способность образовывать биоплёнки (*Gardnerella vaginalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Enterococcus faecium*). Именно они и были включены в исследование. Препарат «Эпиген Интим» проявил высокую эффективность в отношении биоплёнок 34 (89,48%) из 38 изолятов микроорганизмов.

Литература

1. Качалина О.В., Матузкова А.А. Активированная глицирризиновая кислота в комплексном лечении пациенток с вагинитами и дисбиозом: результаты многоцентрового исследования // Акушерство и гинекология. — 2023. — №3. — С. 115–120.
2. Гавриатулина М.Р., Большенко Н.В., Липова Е.В. Опыт применения активированной глицирризиновой кислоты при вульвовагинитах, цервицитах и генитальной папилломавирусной инфекции // Акушерство и гинекология. — 2019. — №9. — С. 153–158.
3. Лапина И.А., Озолни Л.А., Насырова Н.И. и др. Комплексный подход к лечению бесплодия, обусловленного воспалительными заболеваниями органов малого таза // Гинекология. — 2016. — Т.8. — №2. — С. 56–62.
4. Шалепо К.В., Спасибова Е.В., Будилова О.В. и др. Оценка действия препарата «Эпиген Интим» на бактериальные плёнки, сформированные вагинальными микроорганизмами *in vitro* // Акушерство и гинекология. — 2024. — №2. — С. 125–133.

Чтение журнала **StatusPraesens** — отдых, а не работа



ПОДПИСЫВАЙТЕСЬ

- на сайте praesens.ru
- на мероприятиях StatusPraesens

ДВА ФОРМАТА

- бумажный
- электронный

ПОКУПАЙТЕ

на OZON

+7 (901) 723 2273,
books@praesens.ru

Действующие вещества: лиофилизированные пробиотические культуры *Lactobacillus plantarum* NCIMB 30187 PXN47, *Lactobacillus rhamnosus* NCIMB 30188 PXN54, *Lactobacillus helveticus* NCIMB 30184 PXN35, *Lactobacillus gasseri* EB01, *Lactobacillus crispatus* R0470.

 **УУР С, УДД 4.** Пероральный мультипробиотик, содержащий комбинацию штаммов *L. rhamnosus*, *L. plantarum*, *L. helveticus*, *L. gasseri* и *L. crispatus*, может способствовать повышению результативности терапии и потенциального снижения риска рецидивов БВ и КВВ.

В российском исследовании 2025 года была выполнена оценка использования «Бак-Сет Феминик» в комбинации со стандартным лечением БВ и КВВ в отношении условно-патогенных бактерий, выделенных из урогенитальных клинических материалов, с определением чувствительности данных лактобацилл к антибактериальным препаратам¹. 180 пациенток репродуктивного возраста (90 с БВ и 90 с КВВ) составили четыре группы. Группы 1 (n=50) и 2 (n=40) включали женщин с БВ, получавших стандартную терапию БВ в сочетании, соответственно, с мультипробиотиками (с 1-го дня лечения в течение 1 мес) или плацебо по аналогичной схеме. Группы 3 (n=50) и 4 (n=40) включали женщин с КВВ,

получавших стандартную терапию КВВ в сочетании, соответственно, с мультипробиотиками или плацебо по вышеуказанной схеме.

Добавление мультипробиотика к стандартной терапии с 1-го дня обеспечило более выраженное купирование клинических симптомов (патологических выделений, неприятного запаха, зуда и жжения) по сравнению с плацебо ($p < 0,001$). У пациенток с КВВ назначение мультипробиотика было ассоциировано со статистически значимым снижением вагинального pH, при этом аналогичная тенденция наблюдалась и в группе БВ. Также после лечения в обеих группах, получавших мультипробиотик, зарегистрирован статистически значимо больший прирост доли лактобацилл (*Lactobacillus spp.*) по сравнению с плацебо: 73,7 против 32,9% в группах с БВ, 31,7 против 10,8% в группах с КВВ. При БВ было отмечено значимо более глубокое подавление анаэробов и восстановление лактобациллярного доминирования в условиях назначения мультипробиотика, тогда как при КВВ имели место усиленная элиминация *Candida spp.* и коррекция сопутствующей условно-патогенной микрофлоры.

Литература

1. Радзинский В.Е., Оразов М.Р., Орехов Р.Е. и др. Эффективность и безопасность пероральных мультипробиотиков в комплексной терапии бактериального вагиноза и вульвовагинального кандидоза: результаты рандомизированного плацебо-контролируемого исследования // Гинекология. — 2026. — Т. 28. — №2. — С. 109–123.

Бак-сет®

Феминик

**Восстановление и стабилизация
интимной микрофлоры
с 1 дня терапии!**

**Английский
пероральный
мультипробиотик.**



**Специально
для женщин.**



Показания:

- ▼ вульвовагинальный кандидоз
- ▼ бактериальный вагиноз
- ▼ симптомы дисбиоза влагалища
(запах, зуд, жжение, патологические выделения)
- ▼ любые нарушение микрофлоры влагалища
- ▼ беременность и подготовка к родам



Производитель ADM Protexin Ltd.,
Великобритания



Подробная информация
на сайте www.bac-set.ru



Реклама

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ.

Сафорель ГЕЛЬ ДЛЯ ИНТИМНОЙ ГИГИЕНЫ

БЕРЕЖНОЕ ОЧИЩЕНИЕ

Действующие вещества: экстракт репейника (*Arctium lappa*), масло лаванды (*Lavandula angustifolia*).

 **УУР с, Q УДД 4.** Использование комплексного подхода, включающего этиотропную (антибактериальную и противогрибковую) терапию и средства для интимной гигиены с экстрактом репейника (*Arctium lappa*), способствует быстрому и эффективному устранению симптомов вульвовагинальных инфекций.

В сравнительном исследовании 2026 года, включившем 59 пациенток 19–46 лет с вульвовагинальными инфекциями (БВ, КВВ, смешанные инфекции), основная группа ($n=39$) получала стандартную этиотропную терапию в сочетании с кремом-эмоленом «Сафорель» и гелем для интимной гигиены «Сафорель Бережное очищение» (2 раза в сутки 14 дней), контрольная группа ($n=20$) — стандартную терапию в сочетании с обычной гигиеной (с использованием нейтрального мыла или только воды)¹.

Исследователи оценивали динамику pH в трёх анатомических зонах (межгубная борозда, преддверие влагалища, задний свод влагалища), выраженность

зуда, сухости, раздражения, качество жизни и переносимость лечения.

К 15-му дню в основной группе отмечено более выраженное снижение pH в межгубной борозде ($MD -0,36$; $p=0,009$) и преддверии влагалища ($MD -0,91$; $p<0,001$). Интенсивность зуда снижалась в обеих группах, однако в основной группе была статистически значимо ниже на 4-й день ($p=0,037$) и на 15-й день ($p=0,002$). Доля пациенток с отсутствием зуда на 15-й день составила 91,2% в основной группе против 46,2% — в контрольной ($p<0,001$). Отсутствие сухости на промежуточном визите зарегистрировано у 100% пациенток основной группы и у 50% контрольной ($p<0,001$). Терапия характеризовалась высокой переносимостью, клинически значимых нежелательных явлений не выявлено. Авторы заключили, что добавление эмоленга и средства для интимной гигиены к стандартной терапии вульвовагинальных инфекций улучшает регресс субъективной симптоматики и показатели локальной среды, способствует более быстрому купированию зуда и сухости при благоприятном профиле безопасности.

Литература

1. Виривская Е.В., Тарасова Л.П., Капырина Т.Д., и др. Терапия без лишней агрессии: роль эмоленгов при вульвовагинитах // Акушерство и гинекология. — 2026. — №3. — С. 146–154.

Saforelle®

ФРАНЦУЗСКАЯ ГАММА СРЕДСТВ
ДЛЯ ИНТИМНОГО УХОДА

ЕЖЕДНЕВНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ

Гель для интимной гигиены

БЕРЕЖНОЕ
ОЧИЩЕНИЕ



Гель для интимной гигиены

ИНТЕНСИВНОЕ
УВЛАЖНЕНИЕ



СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПОТРЕБНОСТИ

Гель для интимной гигиены

ЭКСТРА-
СВЕЖЕСТЬ



Пенка для интимной гигиены

УЛЬТРА-
МЯГКАЯ ПЕНКА



Детский гель для интимной гигиены

МИСС



ДОПОЛНЕНИЕ
К ЛЮБОМУ СРЕДСТВУ
ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ
ПО ПРИНЦИПУ
«ПОМЫЛА-ПОМАЗАЛА»

Крем-эмомент
Увлажняющий



ВО ВРЕМЯ
МЕНОПАУЗЫ

ПРИ БВ, ВВК*
ЧТОБЫ УСТРАНИТЬ
НЕПРИЯТНЫЙ ЗАПАХ

ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ,
ПОСЛЕ РОДОВ
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ

ДЛЯ ДЕВОЧЕК
С 2 ЛЕТ

Гамма Saforelle разработана с учетом различных потребностей женщины в уходе в течение жизни

- ПОДДЕРЖИВАЕТ ЕСТЕСТВЕННЫЙ PH ИНТИМНОЙ ЗОНЫ¹
- ПОМОГАЕТ СНЯТЬ ДИСКОМФОРТ²
- НЕ НАРУШАЕТ СОБСТВЕННУЮ МИКРОФЛОРУ ИНТИМНОЙ ЗОНЫ^{1,2}
- УМЕНЬШАЕТ СУХОСТЬ, ЖЖЕНИЕ И РАЗДРАЖЕНИЕ²

В ОСНОВЕ ВСЕХ СРЕДСТВ SAFORELLE — НАТУРАЛЬНЫЙ ЭКСТРАКТ ARCTIUM LAPPA, ОБЛАДАЮЩИЙ ВЫРАЖЕННЫМ УСПОКАИВАЮЩИМ, УВЛАЖНЯЮЩИМ И СМЯГЧАЮЩИМ ДЕЙСТВИЕМ НА КОЖУ²

SAFORELLE ОДОБРЕН ГИНЕКОЛОГАМИ, ДЕРМАТОЛОГАМИ И ПЕДИАТРАМИ ДЛЯ ЕЖЕДНЕВНОГО УХОДА²

СРЕДСТВА ПРОШЛИ СТРОГИЙ РЕГИСТРАЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ В ЕС И РФ^{2,3}

ПРОДУКТЫ БРЕНДА ПРОИЗВОДЯТСЯ И ПРИМЕНЯЮТСЯ ВО ФРАНЦИИ БОЛЕЕ 30 ЛЕТ³

SAFORELLE РАЗРЕШЕН К ПРИМЕНЕНИЮ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРИ ГРУДНОМ ВСКАРМЛИВАНИИ²

1. Резолюция Совета экспертов в области акушерства-гинекологии, дерматовенерологии, гастроэнтерологии и микробиологии «Принципы интимной гигиены у здоровых женщин и при заболеваниях вульвы» (21 апреля 2023 г., г. Москва). Журнал «Акушерство и Гинекология» №8/2023 (август).

2. Гель Бережное очищение: СГР АМ.02.48.01.001.R.000039.03.25 и Добровольная сертификация МГ RU.001.П5631, Гель Интенсивное увлажнение: №АМ.02.48.01.001.R.000038.03.25 и Добровольная сертификация МГ RU.001.П5629, Ультра-мягкая пенка: СГР АМ.02.48.01.001.R.000327.12.24 и Добровольная сертификация МГ RU.001.П5634 Гель Экстра Свежесть: СГР АМ.02.48.01.001.R.000326.12.24 и Добровольная сертификация МГ RU.001.П5632, Гель Мисс: СГР АМ.02.48.01.001.R.000037.03.25 и Добровольная сертификация МГ RU.001.П5630, Крем-эмомент увлажняющий: СГР №АМ.02.48.01.001.R.000038.03.25 и Добровольная сертификация МГ RU.001.П5633

3. www.saforelle.com. *БВ — бактериальный вагиноз; ВВК - вульвовагинальный кандидоз; при лечении и после лечения лекарственными средствами. Обеспечивает устранение неприятных запахов и значительно уменьшает ощущение зуда, которые могут являться симптомами БВ, ВВК. Не устраняет заболевание, вызвавшее симптомы.

РЕКЛАМА



узнать подробнее
на сайте saforelle.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ 2
НЕКОТОРЫЕ
МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ

АмплиПрайм ФЛОРОСКРИН

Описание метода. Наиболее частая причина патологических вагинальных выделений — инфекции, вызываемые условно-патогенными микроорганизмами. Они включают БВ, КВВ, АВ и их сочетания (микст-инфекции). Исследование предназначено для выявления и количественного определения ДНК микроорганизмов, ответственных за развитие вышеперечисленных инфекционных заболеваний.

Особенности «АмплиПрайм ФЛОРОСКРИН». Результаты диагностики соответствуют референтным методам благодаря международной валидации.

- БВ — относительно критериев Амсея и Нью-джента¹.
- АВ — относительно критериев Дондерса².
- КВВ — относительно культурального исследования³.
- УГМ — относительно культурального исследования на выявления микоплазм^{4–6}.

Автоматическое заключение представляет собой вероятный диагноз.

АмплиПрайм NCMT

Описание метода. Исследование предназначено для выявления и количественного определения ДНК абсолютных патогенов, вызывающих ИППП и ассоциированных с СВВ.

Особенности «АмплиПрайм NCMT». Проведена международная валидация относительно «золотого стандарта» — Hologic Aptima TMA (США)⁷. Единственный тест в РФ, имеющий количественный показатель, используемый для оценки тяжести течения заболевания и обеспечения персонализированного подхода к выбору схемы лечения.

АмплиПрайм Лакто-скрин

Исследование предназначено для выявления и количественного определения ДНК лактобацилл для оценки микробиоценоза урогенитального тракта женщины. Исследование помогает определить CST, оценить устойчивость к проникновению патогенных и условно-патогенных бактерий, спрогнозировать акушерские и перинатальные риски, а также вероятность персистенции ВПЧ-инфекции⁸.

Показания для исследования «ФЛОРОСКРИН NCMT+ ЛАКТО+»

- Повышенное количество вагинальных выделений, зуд, жжение и неприятный запах.
- Симптомы воспаления нижних половых путей при гинекологическом осмотре.
- Неблагоприятный эпидемиологический анамнез, ИППП в анамнезе.
- Наблюдение по поводу носительства ВПЧ.
- Смена полового партнёра или обнаружение у партнёра ИППП.
- Планирование оперативных манипуляций на органах малого таза.
- Прегравидарная подготовка и беременность.
- Наличие в анамнезе бесплодия, хориоамнионита, послеродового эндометрита, перинатальных потерь и низкой массы тела плода, преждевременного разрыва плодных оболочек и излития околоплодных вод.

Исследование показано только женщинам репродуктивного возраста. Не рекомендовано исследование биоматериала, полученного от женщин в постменопаузе, девочек до менархе, а также мужчин, так как полученные заключения не будут соответствовать действительности.

Рекомендованные схемы обследования у пациенток с СВВ

- «ФЛОРОСКРИН» — базовый объём обследования.
- «ФЛОРОСКРИН NCMT+» — оптимальный объём обследования.
- «ФЛОРОСКРИН NCMT+ ЛАКТО+» — расширенный объём обследования.

Производитель: ООО «НекстБио» (111394, г. Москва, ул. Полимерная, д. 8, стр. 2).

Литература

1. Van den Hondhof E.H.A., Van Sitter R.L., Boers K.E. et al. Comparison of Amsel criteria, Nugent score, culture and two CE-IVD marked quantitative real-time PCR with microbiota analysis for the diagnosis of bacterial vaginosis // Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis. — 2019. — Vol. 38. — №5. — P. 959–966. [PMID: 30905356]
2. Rumyantseva T.A., Bellen G., Savochkina Y.A. et al. Diagnosis of aerobic vaginitis by quantitative real-time PCR // Arch. Gynecol. Obstet. — 2016. — Vol. 294. — №1. — P. 109–114. [PMID: 26781259]
3. Савочкина Ю.А., Румянцев Т.А., Долгова Т.И. и др. Разработка методики на основе количественной мультиплексной ПЦР для диагностики вульвовагинального кандидоза // Клиническая лабораторная диагностика. — 2015. — Т. 60. — №4. — С. 56–62.
4. Иванова Т.А., Гушчин А.Е., Тамова Н.А. и др. Измерение концентрации генитальных микоплазм с использованием микробиологического и молекулярно-биологического методов // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. — 2014. — №2. — С. 25–29.
5. Румянцев Т.А., Варпамова А.В., Гушчин А.Е. и др. Сравнение тестов для количественной оценки *Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*: «Mycoplasma Duo», «Уреаплазма Микротест», «Микоплазма Микротест» и «АмплиСенс-Флороценоз-Микоплазмы fl» // Клиническая лабораторная диагностика. — 2014. — №59 (8). — С. 52–57.
6. Rumyantseva T., Khayrullina G., Guschin A., Donders G. Prevalence of *Ureaplasma spp.* and *Mycoplasma hominis* in healthy women and patients with flora alterations // Diagn. Microbiol. Infect. Dis. — 2019. — Vol. 93. — №3. — P. 227–231.
7. Rumyantseva T., Golparian D., Nilsson C.S. et al. Evaluation of the new AmpliSens multiplex real-time PCR assay for simultaneous detection of *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, and *Trichomonas vaginalis* // APMS. — 2015. — Vol. 123. — №10. — P. 879–886. [PMID: 26299582]
8. Verstraalen H., Vieira-Baptista P., De Setta F. et al. The vaginal microbiome: I. Research development, lexicon, defining «normal» and the dynamics throughout women's lives // J. Low. Genit. Tract. Dis. — 2022. — Vol. 26. — №1. — P. 73–78. [PMID: 34928256]

АмплиПрайм® ФЛОРОСКРИН®

Комплекс тестов на основе ПЦР-РВ



АмплиПрайм® ФЛОРОСКРИН®

Диагностика заболеваний, вызванных условно-патогенными микроорганизмами:

- Бактериальный вагиноз (**БВ**)
- Аэробный вагинит (**АВ**)
- Кандидозный вульвовагинит (**КВВ**)

N89
N76.0
B73.3



АмплиПрайм® NCMT

Количественная диагностика возбудителей ИППП:

- Гонококковая инфекция (**Ng**)
- Урогенитальная хламидийная инфекция (**Ct**)
- Инфекция, вызванная *Mycoplasma genitalium* (**Mg**)
- Урогенитальный трихомоноз (**Tv**)

A54.0
A56.0
A63.8
A59.0



АмплиПрайм® Лакто-скрин

Оценка типа вагинального сообщества по доминирующему виду лактобацилл:

- *Lactobacillus crispatus*
- *Lactobacillus gasseri*
- *Lactobacillus iners*
- *Lactobacillus jensenii*

CST I
CST II
CST III
CST V



**Международная
валидация**



**Персонализированный
подход**



**Возможности
прогнозирования**

АмплиПрайм® ФЛОРОСКРИН® – новый стандарт диагностики заболеваний женских половых путей



НекстБИО

Все тесты имеют **Регистрационное Удостоверение** Росздравнадзора

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СФЕРЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕКЛАМА

🌐 www.nextbio.ru
✉ info@nextbio.ru
☎ +7 (495) 620-08-73

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

**СПРАВОЧНИК ЛС И БАД,
ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ПРИ СИНДРОМЕ
ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫДЕЛЕНИЙ
ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ**

Ацилакт DUO

Регистрация. Косметическое средство для интимной гигиены.

Состав. Крем для интимной гигиены дозированный, содержит лактобактерии, витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс «Суперлимфлайф».

Показания.

- В качестве косметического средства для интимной гигиены наружного применения.
- Восстановление естественной микрофлоры и поддержание водно-жирового баланса интимной зоны женщины.
- Способствует восстановлению и поддержанию нормальной работы местного иммунитета, активизации защитных сил организма, а также восстановлению целостного кожного покрова.
- Устранение дискомфорта, увлажнение и смягчение кожи интимной области.
- Восстановление и поддержка здоровой микрофлоры интимной зоны.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам крема дозированного.

Способ применения. Перед применением провести гигиену наружных половых органов. Применять по 1 крему 1 раз в день, желательно на ночь. При необходимости допускается применение 2 раза в день. Длительность применения не ограничена.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- «Ацилакт DUO» в составе комплексной терапии позволяет снизить частоту рецидивов БВ¹⁻³.

Производитель: ООО «ЛАНАФАРМ» (Россия) по заказу ООО «НПО ИММУНОХЕЛП ФАРМА».

Литература

1. Уруймагова А.Т., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. и др. Эффективность и приемлемость дружественной терапии рецидивирующего бактериального вагиноза // Акушерство и гинекология. — 2021. — №11. — С. 202–212.
2. Доброхотова Ю.Э., Боровикова Е.И., Зайцева З.С., Романовская В.В. Снижение частоты рецидивов бактериального вагиноза. Комплексное решение // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2022. — Т. 21. — №2. — С. 33–40.
3. Цахилова С.Г., Сафарян И.Р., Арустамян Р.Р., Паенди Ф.А. Комплексный подход к снижению частоты рецидивов бактериального вагиноза у беременных // Эффективная фармакотерапия. — 2025. — №21 (45). — С. 6–11.

Бак-Сет Феминик

Регистрация. Биологически активная добавка к пище.

Состав. Лиофилизированные пробиотические культуры *Lactobacillus plantarum* NCIMB 30187 PXN47, *Lactobacillus rhamnosus* NCIMB 30188 PXN54, *Lactobacillus*

helveticus NCIMB 30184 PXN35, *Lactobacillus gasseri* EB01, *Lactobacillus crispatus* R0470.

Показания.

- БВ.
- КВВ.
- Дискомфорт при уровагинальном дисбиозе (запах, зуд, жжение, патологические выделения, боль при половом акте).
- Нарушение микробиоценоза урогенитального тракта при приеме антибиотиков.
- Сухость слизистой влагалища в период менопаузы.
- БВ.

Противопоказания.

- Индивидуальная непереносимость компонентов продукта.

Способ применения. По 2 капс./сут с первого дня стандартной противомикробной терапии. Продолжительность приёма — 1 мес. При необходимости продолжить приём.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Пероральный мультипробиотик, содержащий комбинацию штаммов *L. rhamnosus*, *L. plantarum*, *L. helveticus*, *L. gasseri* и *L. crispatus*, может способствовать повышению результативности терапии и потенциального снижения риска рецидивов БВ и КВВ¹.

Производитель: ADM PROTEXIN, Ltd. (Великобритания).

Литература

1. Радзинский В.Е., Оразов М.Р., Орехов Р.Е. и др. Эффективность и безопасность пероральных мультипробиотиков в комплексной терапии бактериального вагиноза и вульвовагинального кандидоза: результаты рандомизированного плацебо-контролируемого исследования // Тинекология. — 2026. — №28 (2). — С. 109–123.

Галавит

Регистрация. Лекарственное средство.

Состав. Один ректальный суппозиторий содержит 100 мг аминодигидрофалазиндиона натрия; порошок для приготовления раствора для внутримышечного введения — 50 или 100 мг¹.

Показания.

В составе комплексной терапии при:

- инфекционно-воспалительных урогенитальных заболеваниях (уретрит хламидийной и трихомонадной этиологии, хламидийный простатит, острый и хронический сальпингофорит, эндометрит);
- гнойно-воспалительных заболеваниях органов малого таза;

- хронических рецидивирующих заболеваниях, вызванных вирусом герпеса;
- заболеваниях, вызванных вирусом папилломы человека;
- послеоперационной реабилитации больных с миомой матки;
- осложнениях послеоперационного периода у женщин репродуктивного возраста;
- проведении иммунореабилитационных мероприятий в межрецидивный период с целью поддержания клинической ремиссии (для формы порошка для приготовления раствора для внутримышечного введения).

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.
- Период беременности и грудного вскармливания.
- Возраст до 12 лет.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Применение препарата в период беременности и во время грудного вскармливания противопоказано.

Способ применения. Доза и продолжительность применения препарата зависят от характера, тяжести и длительности заболевания.

- При урогенитальных заболеваниях (уретрите хламидийной и трихомонадной этиологии, хламидийном простатите): 1 день по 1 суппозиторию дважды, затем по одному через день. Курс — 10–15 суппозиторияев.
- При сальпингоофорите, эндометрите: в острый период — 2 дня по 2 суппозитория 1 раз в день, затем по одному с интервалом 72 ч; при хроническом течении вне обострения — 5 дней по 1 суппозиторию 1 раз в день, затем по одному через каждые 72 ч. Курс — 20 суппозиторияев.
- При острых и хронических гнойных заболеваниях органов малого таза: в остром периоде — 1 день 2 суппозитория однократно, 3 дня по 1 суппозиторию ежедневно, затем по одному через день 5 дней. Курс — 10 суппозиторияев. При хроническом течении вне обострения — 5 дней по 1 суппозиторию 1 раз в день, затем по одному через каждые 72 ч. Курс — 20 суппозиторияев.
- При хронических рецидивирующих заболеваниях, вызванных вирусом герпеса: по 1 суппозиторию ежедневно 5 суппозиторияев, затем по одному через день — 15 суппозиторияев.
- При заболеваниях, вызванных вирусом папилломы человека: 5 дней по 1 суппозиторию 1 раз в день, затем по 1 суппозиторию через день. Курс — 20 суппозиторияев.

- Для послеоперационной реабилитации больных с миомой матки и при осложнениях послеоперационного периода у женщин репродуктивного возраста: 5 дней по 1 суппозиторию 1 раз в день, затем по одному через день. Курс — 15 суппозиторияев.
- В монотерапии хронических уrogenитальных инфекций, в том числе при проведении иммуно-реабилитационных мероприятий в межрецидивный период с целью поддержания клинической ремиссии: по 100 мг через день курсом в 10 инъекций.

Особые указания.

- При одновременном применении возможно снижение курсовых доз антибиотиков.
- Для предотвращения уrogenитальной инфекции рекомендуется рассмотреть вопрос об одновременном лечении полового партнёра.
- Необходимо проконсультироваться с врачом:
 - если после лечения улучшения не наступает, или симптомы усугубляются, или появляются новые симптомы;
 - при появлении побочных эффектов.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Назначение «Галавита» в комплексном лечении хронического хламидийного цервицита улучшает результаты противомикробной терапии².
- У пациенток с рецидивирующим КВВ «Галавит» повышает эффективность стандартной терапии³.
- Назначение «Галавита» улучшает результаты комплексной противомикробной терапии хронического уrogenитального трихомониаза⁴.
- Включение «Галавита» в комплексную терапию женщин с ВЗОМТ ускоряет купирование симптомов воспаления и снижает частоту осложнений⁵.
- Использование «Галавита» в комплексном лечении хронической генитальной герпетической инфекции улучшает результаты противомикробной терапии и длительность ремиссии⁶.

Производитель: ООО «Сэлвим» (Россия).
Сертификат GMP

Литература

1. Инструкция по медицинскому применению (ИМП) /Общая характеристика лекарственного препарата (ОХЛП) Галавит супп. 100 мг / Галавит инъекция 100 мг. Р №00088/03, ЛП-№(012294)-(Р-РУ)/Р №00088/02, ЛП-№(011837)-(Р-РУ).
2. Довлетханова З.Р. Эффективность и приемлемость иммуномодуляторов в лечении хронических цервицитов // Медицинский совет. — 2013. — №6. — С. 42–44.
3. Нейфельд И.В., Рогожина И.Е., Скупова И.Н. Оптимизация комплексной терапии хронического рецидивирующего вульвовагинального кандидоза в амбулаторной практике // РМЖ. — 2017. — №2. — С. 91–97.
4. Ермоленко Д.К., Ермоленко Е.И., Березина Л.А., Исаков В.А., Кулешова Л.Б. Иммунопатогенез и терапия Галавитами хронического уrogenитального трихомониаза // Teta Medica Nova. — 2006. — №3. — С. 1–3.
5. Уракова Н.А., Иванова И.В. Иммунотерапия как способ повышения эффективности комплексной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза // РМЖ. Мать и дитя. — 2018. — №1. — С. 120–123.
6. Тютюник В.Л., Кан Н.Е., Тютюник Н.В., Солдатова Е.Е. Современные аспекты комплексной терапии рецидивирующего генитального герпеса // Медицинский совет. — 2021. — №3. — С. 144–151.

Дазолик Леди

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Одна вагинальная таблетка содержит 500 мг орнидазола.

Показания.

- Урогенитальный трихомониаз.
- Бактериальный вагиноз.
- Санация влагалища перед гинекологическими операциями.

Противопоказания.

- Индивидуальная непереносимость компонентов препарата.
- Органические заболевания ЦНС.
- Патологические изменения крови и аномалии клеток крови.
- I триместр беременности.
- Период грудного вскармливания.
- Возраст до 18 лет.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания.

Беременность. В ходе исследования орнидазол не проявлял тератогенного или токсического влияния на плод. Поскольку контролируемые исследования с участием беременных женщин не проводились, назначать препарат при беременности (II и III триместры) можно только при наличии абсолютных показаний, когда возможные преимущества применения препарата для матери превышают потенциальный риск для плода.

Период грудного вскармливания. При необходимости применения орнидазола грудное вскармливание следует прекратить.

Способ применения. Вагинальную таблетку следует вводить глубоко во влагалище перед сном, лёжа на спине, после гигиенической обработки наружных половых органов.

- **При трихомониазе:** по 1 ваг. табл./сут в течение 5 дней (в составе комплексной терапии).
- **При бактериальном вагинозе:** по 1 ваг. табл./сут в течение 6–7 дней.
- **Для санации влагалища перед гинекологическими операциями:** по 1 ваг. табл./сут в течение 6 дней.

Особые указания.

- Во время менструации препарат применяют по обычной схеме.
- Во время лечения следует воздержаться от половых контактов.
- При лечении трихомониаза необходимо проводить одновременное лечение обоих половых партнёров.
- При появлении симптомов периферической нейропатии, атаксии, головокружения или спутанности сознания лечение должно быть приостановлено.

- У пациентов, получающих терапию препаратами лития, необходимо контролировать концентрацию лития, электролитов и креатинина в плазме крови во время лечения орнидазолом.
- Следует соблюдать осторожность у пациентов с заболеваниями ЦНС (например, с эпилепсией и рассеянным склерозом).
- В случае применения с другими препаратами орнидазола, особенно при повторном курсе, необходим контроль периферической крови (существует риск лейкопении).
- Орнидазол удлиняет миорелаксирующее действие векурония бромида и усиливает эффект антикоагулянтов кумаринового ряда, что требует соответствующей коррекции их дозы.
- Фенобарбитал и другие индукторы печёночных ферментов уменьшают период полувыведения орнидазола из плазмы крови, в то время как ингибиторы микросомальных ферментов печени увеличивают период полувыведения.
- Следует воздерживаться от управления транспортом и выполнения потенциально опасных видов деятельности, которые требуют повышенного внимания и скорости реакции, учитывая возможность развития побочных реакций со стороны нервной системы.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Орнидазол обладает высокой эффективностью при лечении женщин с БВ¹⁻³.

Производитель: «Абди Ибрахим Иляч Санайи ве Тидж А.Ш.» (Турция).

Сертификат GMP

Литература

1. Fan Y., Gu Y., Xian Y. et al. Efficacy and safety of different drugs for the treatment of bacterial vaginosis: a systematic review and network meta-analysis // Front. Cell. Infect. Microbiol. — 2024. — Vol. 14. — P. 1402346. [PMID: 39463760]
2. Saracözü F., Gül K., Şahin I. et al. Treatment of bacterial vaginosis with oral or vaginal ornidazole, secnidazole and metronidazole // Int. J. Gynaecol. Obstet. — 1998. — Vol. 62. — №1. — P. 59–61. [PMID: 9722127]
3. Общая характеристика лекарственного препарата (ОХЛП) Дазолик Леди ЛП — (014037)-(П-РУ) от 20.03.26.

Лактодепантол

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Один вагинальный суппозиторий содержит 100 мг молочной кислоты.

Показания.

- Нормализация нарушенной микрофлоры и pH влагалища, в том числе при бактериальном ва-

гинозе (в составе комплексной терапии) у взрослых.

Противопоказания.

- Кандидозный вульвовагинит.
- Гиперчувствительность к молочной кислоте или к вспомогательным веществам (смесь макроголов: макрогол 1500 92–98%, макрогол 400 2–8%).

Применение во время беременности и в период грудного вскармливания. Применение «Лактоделпантола» в период беременности и грудного вскармливания возможно после оценки потенциальной пользы для матери и риска для плода и младенца, находящегося на грудном вскармливании. Перед началом приема препарата необходимо проконсультироваться с лечащим врачом.

Способ применения. Интравагинально. 1 вагинальный суппозиторий вводят во влагалище 1 раз в сутки. Курс лечения 10 дней.

Особые указания.

- При появлении жжения и зуда рекомендуется провести обследование для исключения грибковой инфекции влагалища.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Молочная кислота в составе комплексной терапии БВ при назначении с первого дня лечения или последовательно обеспечивает лучший клинический эффект и способствует нормализации вагинального микробиома^{1,2}.
- Использование препарата на основе молочной кислоты при комплексной терапии пациенток с БВ позволяет существенно снизить риск рецидивов в течение 2 лет³.
- Назначение препарата на основе молочной кислоты в комплексной терапии острого вагинита неспецифической и смешанной этиологии у пациенток репродуктивного возраста позволяет достичь нормоценоза более чем у 90% женщин и сохранять его минимум на протяжении 2 мес⁴.

Производитель: АО «Нижфарм» (Россия).

Сертификат GMP

Макмирор Комплекс

Регистрация. Лекарственное средство.

Состав.

Капсулы вагинальные. Одна вагинальная капсула содержит 200 000 МЕ нистатина, 500 мг нифуратела.

Крем вагинальный. 2,5 г вагинального крема содержит 100 000 МЕ нистатина, 250 мг нифуратела.

Показания.

- Вульвовагинальные инфекции, вызванные чувствительными к препарату возбудителями, в том числе: бактериальный вагинит, трихомоназ влагалища, вагинит, вызванный грибами рода *Candida*, смешанные вагиниты.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.
- Возраст до 18 лет (для лекарственной формы капсул вагинальных).

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Применение препарата при беременности возможно, если потенциальная польза для матери превышает риск для плода.

Для капсул. Возможно использование в период грудного вскармливания, так как препарат практически не всасывается через слизистые оболочки, поэтому не проникает в грудное молоко.

Для крема. Необходимо решить вопрос о прекращении грудного вскармливания.

Способ применения.

Капсулы. Интравагинально. 1 капсула вагинальная вводится ежедневно вечером перед сном в течение 8 дней либо в соответствии с рекомендациями врача. При необходимости лечение можно повторить после менструации.

Крем. Интравагинально. Необходимую дозу крема следует вводить при помощи аппликатора — градуированного шприца. 2,5 г крема 1 или 2 раза в день вечером и/или утром в течение 8 дней в соответствии с рекомендациями врача. Для применения препарата у детей возможно использование специальной насадки, которая позволяет ввести крем, не повреждая девственную плеву.

Особые указания.

- В период лечения следует избегать половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции (для формы капсул вагинальных).
- Необходимо провести одновременное лечение полового партнера из-за опасности повторного заражения.
- Капсулы вагинальные не применяют для лечения в детском возрасте, при необходимости применения препарата у данной категории паци-

Литература

1. Кира Е.Ф., Прилепская В.Н., Костова М.Н. и др. Современные подходы к выбору препарата локального действия в терапии бактериального вагиноза // *Акушерство и гинекология*. — 2012. — №7. — С. 59–67.
2. Кира Е.Ф., Пекарев О.Г., Молчанов О.Л. и др. Сравнительный анализ эффективности и безопасности параллельного или последовательного сочетания метронидазола с молочной кислотой и двухэтапного метода метронидазол плюс пробиотик. Многоцентровое рандомизированное контролируемое исследование // *Акушерство и гинекология*. — 2016. — №9. — С. 87–93.
3. Летяева О.И. Бактериальный вагиноз: современные возможности и перспективы длительного контроля // *Российский вестник акушера-гинеколога*. — 2019. — №19 (2). — С. 100–104.
4. Радзинский Б.Е., Хамошина М.Б., Оразов М.Р. и др. Результаты многоцентрового наблюдательного исследования: терапия острого вагинита неспецифической и смешанной этиологии у пациенток репродуктивного возраста // *Акушерство и гинекология*. — 2019. — №8. — С. 150–158.

ентов рекомендуется применять препарат «Макмирор Комплекс» в лекарственной форме крем вагинальный в комплекте с аппликатором (градуированным шприцем). Наличие специальной насадки позволяет ввести крем, не повреждая девственную плеву.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Комплекс «нифурател + нистатин» обладает высокой эффективностью в отношении смешанных вагинальных инфекций, сопоставимой с комбинацией «метронидазол + нистатин», а также низким риском нежелательных явлений¹.
- Комплекс «нифурател + нистатин» обладает высокой эффективностью в отношении бактериального вагиноза, сопоставимой с комбинацией «克林дамицин + клотримазол», а также низким риском нежелательных явлений².
- Нифурател при лечении вагинальных инфекций как в режиме монотерапии, так и в комбинации с нистатином имеет преимущества в отношении клинической и микробиологической эффективности и создаёт благоприятные условия для восстановления нормальной микробиоты влагалища³.

Производитель: «Поликем С.р.л.» (Италия).
Сертификат GMP

Литература

1. De La Hoz F.J.E. Efficacy and safety of nifuratel-nystatin in the treatment of mixed vaginitis, in pregnant women from Quindio, 2013-2017. Randomized Clinical Trial. *Pregn // Womens Health Care Int. J.* — 2022. — Vol. 2. — №1. — P. 1–7.
2. De La Hoz F.J.E. Efficacy and safety of the combination nifuratel-nystatin and clindamycin-clotrimazole, in the treatment of bacterial vaginosis. Randomized controlled clinical trial // *Int. J. Reprod. Med. Sex. Health.* — 2021. — Vol. 3. — P. 1–10.
3. Аполина И.А., Рахматулина М.Р., Припутневич Т.В. и др. Систематический обзор эффективности и безопасности применения нифуратела у женщин с заболеваниями, сопровождающимися патологическими выделениями из половых путей // *Акушерство и гинекология.* — 2023. — №11. — С. 48–58.

Пимафуцин

Регистрация. Лекарственное средство.

Состав. Крем для наружного и местного применения 2% (1 г — 20 мг натамицина).

Показания.

При грибковых заболеваниях кожи и слизистых оболочек, вызванных чувствительными к натамицину возбудителями, в том числе:

- вульвит, вульвовагинит, баланопостит, вызванные главным образом грибами рода *Candida*;
- кандидоз кожи и ногтей;
- наружный отит, либо первично вызванный грибами, либо осложнившийся кандидозом;
- дерматомикозы.

Противопоказания.

- Гиперчувствительность к натамицину или к любому из вспомогательных веществ в составе препарата.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Возможно применение при беременности и в период грудного вскармливания. Данные о неблагоприятном влиянии препарата на плод отсутствуют. Натамицин не всасывается через слизистые оболочки и кожу.

Способ применения. При вульвите, вульвовагините, баланопостите крем наносят на поражённые участки один или несколько раз в сутки. Продолжительность курса лечения устанавливают индивидуально. После исчезновения симптомов заболевания рекомендуется продолжить лечение ещё несколько дней.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Натамицин эффективен в терапии острого и хронического КВВ¹.
- Натамицин может быть рекомендован в качестве препарата выбора у беременных с рецидивирующим КВВ².

Производитель: «Чеплафарм» (Германия).

Литература

1. Мальбахова Е.Т., Арзуманян В.Г., Комиссарова Л.М., Баев О.Р. Натамицин и препараты азолового ряда: клиническая и лабораторная эффективность при вульвовагинальном кандидозе у небеременных // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии.* — 2012. — №11(3). — С. 15–21.
2. Боровиков И.О., Куценко И.И., Андреева А.А. и др. Рецидивирующий кандидозный вульвовагинит у беременных: роль натамицина в терапии // *Медицинский совет.* — 2026. — №20(5). — С. 18–27.

Полижинакс

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Одна капсула вагинальная содержит 35 000 МЕ неомицина, 35 000 МЕ полимиксина В, 100 000 МЕ нистатина.

Показания.

- Местное лечение вагинальных инфекций, вызванных чувствительными микроорганизмами: аэробный вагинит, кандидозный вульвовагинит, смешанный вагинит, неспецифический вагинит.
- Предоперационная профилактика инфекционных осложнений при гинекологических вмешательствах, до и после диатермокоагуляции шейки матки, перед внутриматочными диагностическими процедурами, перед родами.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к неомицину, нистатину, полимиксину В и к другим компонентам препарата.

- Одновременное использование препарата с полиуретановыми презервативами (мужскими и женскими) и диафрагмами.
- Аллергические реакции на арахис или сою (из-за наличия в составе соевого масла).
- Не рекомендуется использовать в сочетании со спермицидами.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Данные о применении препарата у беременных и кормящих ограничены, в связи с чем не рекомендуется назначение препарата при беременности и в период грудного вскармливания.

Применение препарата по назначению врача возможно только в случаях, когда ожидаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода/ребёнка.

Способ применения и дозы. Для вагинального применения. Только для взрослых пациенток. Одна вагинальная капсула вечером перед сном. Капсулу следует вводить глубоко во влагалище в положении лёжа на спине. Курс лечения: 12 дней. Профилактический курс: 6 дней.

При лечении следует соблюдать гигиенические рекомендации (носить хлопчатобумажное нижнее бельё, избегать спринцевания и использования вагинальных тампонов) и, насколько это возможно, устранить факторы, способствующие развитию заболевания. Лечение партнёра обсуждается в каждом конкретном случае. Не следует прекращать лечение во время менструации.

Лечение совместимо с использованием мужских презервативов из латекса и полиизопрена. В случае пропуска одной или нескольких капсул следует продолжить применение препарата в обычной дозировке.

Особые указания.

- В случае местной непереносимости или аллергической реакции лечение следует прекратить.
- Сенсибилизация к антибиотику при местном применении может негативно сказаться при последующем системном применении того же антибиотика или других антибиотиков этой группы.
- Не следует превышать рекомендованную в инструкции длительность лечения из-за риска появления резистентных штаммов и суперинфекции.
- В отсутствие данных о степени всасывания неомицина и полимиксина В с поверхности слизистой оболочки нельзя исключать риск системного действия, особенно при почечной недостаточности.

- Препарат содержит соевое масло и может вызывать реакции гиперчувствительности (крапивница, анафилактический шок).

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Комбинированный препарат «Полижинакс» показал высокую эффективность и безопасность в лечении вагинитов различной этиологии^{1,2}.
- Большинство микроорганизмов, ассоциированных с вагинитами, чувствительны к компонентам препарата «Полижинакс»³.

Производитель: INNOTHERA CHOUZY (Франция).

Сертификат GMP

Литература

1. Bohbot J.M., Goubard A., Aubin F. et al. Comparison of a nystatin-neomycin-polymyxin B combination with miconazole for the empirical treatment of infectious vaginitis: PRISM study // *Med. Mal. Infect.* — 2019. — Vol. 49. — №3. — P. 194–201. [PMID: 30792037]
2. Радзинский В.Е., Гуцин А.Е., Соловьева А.В. и др. Лечение вагинитов различной этиологии: результаты наблюдательного исследования «МИК-1» // *StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак.* — 2024. — №1 (104). — С. 35–42.
3. Савичева А.М., Рыбина Е.В. Оценка действия полижинакса на микроорганизмы, выделенные из влагалища женщин, в опыте *in vitro* // *Российский вестник акушера-гинеколога.* — 2012. — Т. 12. — №4. — С. 104–107.

Сафореель гель для интимной гигиены Бережное очищение

Регистрация. Косметическая продукция; гель для интимной гигиены «Бережное очищение».

Состав. Вода, кокамидпропилбетаин, кокамид ДЭА (диэтаноламид кокосового масла), хлорид натрия, ПЭГ-6 глицериды каприловой/каприновой кислот, отдушка, пропиленгликоль, полисорбат 20, оксид стеариламина, масло лаванды узколистной, тетранатриевая соль ЭДТА, линалоол, экстракт корня репейника, гидроксид натрия, цитронеллол, кумарин, гераниол, лимонен.

Показания.

- Поддержание естественного уровня pH и состава микрофлоры вульвы и влагалища.
- Уменьшение зуда и покраснения в интимной зоне при вульвовагинитах.
- Уменьшение сухости и раздражения в интимной зоне¹.

Противопоказания. Индивидуальная непереносимость компонентов.

Способ применения. Для наружного применения. Тщательно смыть. Избегать попадания средства в глаза.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Использование комплексного подхода, включающего этиотропную (антибактериальную) и проти-

вогрибковую) терапию и средства для интимной гигиены с экстрактом репейника (*Arctium lappa*), способствует быстрому и эффективному устранению симптомов вульвовагинальных инфекций².

Производитель: Biocodex (Франция).

Литература

1. Гель Бережное очищение: СТР АМ.02.48.01.001.R.000039.03.25 и Добровольная сертификация МГ RU.001.115926.
2. Виринская Е.В., Тарасова Л.П., Капырина Т.Д. и др. Терапия без лишней агрессии: роль эмо-
лентов при вульвовагинитах // Акушерство и гинекология. — 2026. — №3. — С. 146–154.

Суперлимф

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Один суппозиторий (ректальный или вагинальный) содержит 10 или 25 ЕД белково-пептидного комплекса из лейкоцитов крови свиней.

Показания.

- Герпетические заболевания урогенитального тракта, в том числе осложнённые бактериальной и другими вирусными инфекциями (в комплексном лечении).
- Хронический рецидивирующий неосложнённый цистит для удлинения периода ремиссии (в комплексном лечении).

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.
- Температура тела выше 38 °С.
- Тяжёлые аллергические реакции в анамнезе.
- Злокачественные новообразования в активной стадии.
- Период грудного вскармливания.
- Возраст до 18 лет (в связи с отсутствием данных об эффективности и безопасности).

Применение при беременности и в период грудного вскармливания.

- Применение при беременности возможно после консультации врача.
- В связи с отсутствием данных о проникновении препарата в грудное молоко назначение препарата в период грудного вскармливания противопоказано.

Способ применения.

Лечение вирусной инфекции в стадии обострения: препарат применяют интравагинально или ректально, при необходимости чередуя способ введения, по 1 суппозиторию 1 раз/сут (25 ЕД) или 2 раза/сут (10 ЕД) утром и вечером. Длительность курса — от 10 до 20 дней.

Профилактика рецидива вирусной инфекции: препарат применяют по 1 суппозиторию (10 ЕД) 1 раз/сут в течение 10 дней.

С целью профилактики возможных рецидивов допускаются повторные курсы последовательно или через 1–2 мес.

Комплексная терапия хронического рецидивирующего неосложнённого цистита для удлинения периода ремиссии: препарат применяют ректально по 1 суппозиторию (25 ЕД) 1 раз/сут в течение 10 дней. Курс терапии препаратом начинают одновременно с антибактериальной и симптоматической терапией.

Сведения об эффективности для оздоровления женщин в прегравидарном периоде.

- Комплекс «Суперлимф» способствует нормализации микробиоты влагалища и уменьшению частоты рецидивов БВ у женщин с сопутствующей герпесвирусной инфекцией^{1,2}.
- Добавление «Суперлимфа» к антибактериальной терапии ассоциировано с повышением элиминации микроорганизмов из полости матки при хроническом эндометрите³.
- «Суперлимф» в рамках комплексного лечения беременных с рецидивирующим КВВ эффективен и безопасен⁴.

Производитель: ООО «Альффарм» (Россия) по заказу ООО «Центр иммунотерапии «Иммунохелп».

Сертификат GMP

Литература

1. Дикке Г.Б., Суханов А.А., Кукарская И.И., Остроменский В.В. Иммуноопосредованные механизмы воспалительного ответа при сочетанных инфекциях нижнего отдела половой тракта у женщин // Акушерство, гинекология и репродукция. — 2020. — Т. 15. — №3. — С. 245–257.
2. Айсаева Б.М., Дикке Г.Б., Абусева З.А., Хашиева Т.Х. Эффективность коррекции цитокинового компонента локального иммунитета в лечении рецидивирующей бактериальной вагиноза, ассоциированной с герпетической инфекцией // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2021. — Т. 20. — №4. — С. 29–37.
3. Тапильская Н.И., Толбова Т.Х., Савичева А.М. и др. Эффективность локальной цитокинотерапии хронического эндометрита пациенток с бесплодием // Акушерство и гинекология. — 2022. — №2. — С. 91–100.
4. Тютонкин В.Л., Кан Н.Е., Тезиков Ю.В. и др. Комплексная терапия рецидивирующей вульвовагинальной кандидоза при беременности // Акушерство и гинекология. — 2023. — №11. — С. 150–156.

Тержинан

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. Одна вагинальная таблетка содержит 65 000 ЕД неомицина (в виде неомицина сульфата), 100 000 ЕД нистатина, 3 мг преднизолона (в виде преднизолона натрия метасульфобензоата), 200 мг тернидазола.

Показания.

- Лечение вагинитов, вызванных чувствительными к препарату микроорганизмами, в том числе:
 - бактериальный вагинит;
 - трихомониаз влагалища;
 - вагинит, вызванный грибами рода *Candida*;
 - смешанный вагинит.
- Профилактика урогенитальных инфекций/вагинитов, в том числе:

- перед гинекологическими операциями;
- перед родами и абортom;
- до и после установки внутриматочных средств;
- до и после диатермокоагуляции шейки матки;
- перед гистерографией.

Противопоказания.

- Гиперчувствительность к тернидазолу, неомицину, нистатину, преднизолону или к любому из вспомогательных веществ, входящих в состав препарата.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Возможно применение препарата со II триместра беременности. Применение препарата в I триместре беременности и в период лактации возможно только в тех случаях, когда потенциальная польза для матери превышает риск для плода или младенца.

Способ применения. Для вагинального применения. Одну таблетку вводят глубоко во влагалище в положении лёжа перед сном. Перед введением во влагалище следует подержать в воде в течение 20–30 сек. После введения необходимо полежать 10–15 мин. Средняя продолжительность лечебного курса терапии — 10 дней. В случае подтверждённого микоза может быть увеличена до 20 дней. Средняя продолжительность профилактического курса — 6 дней.

Особые указания.

- В случае лечения вагинитов, трихомониаза рекомендуется одновременное лечение половых партнёров.
- Не следует прекращать лечение во время менструации.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- Эффективность препарата «Тержинан» сопоставимо высока как при лечении пациенток с верифицированным диагнозом вагинита, так и в качестве эмпирической терапии^{1,2}.
- Комбинированный препарат «Тержинан» показал хорошую клиническую эффективность и безопасность при лечении рецидивирующих вульвовагинитов и вагинозов³.
- Лечение беременных с БВ препаратом «Тержинан» позволяет добиться стойкой нормализации микробиотоза влагалища⁴.

Производитель: Sophartex (Франция).

Сертификат GMP

2. Радзинский В.Е., Ануфриева В.Г., Белинина А.А. и др. Эмпирическая терапия вульвовагинитов у женщин репродуктивного возраста в рутинной клинической практике // Акушерство и гинекология. — 2020. — №2. — С. 160–168.
3. Прилепская В.Н., Уруймагова А.Т., Иванова А.А. Клинические и лабораторные особенности рецидивирующих вульвовагинитов и вагинозов. Возможности эффективной терапии // Гинекология. — 2020. — Т. 22. — №5. — С. 76–80.
4. Доброхотова Ю.Э., Боровикова Е.И., Хертек С.Е., Королева В.И. Бактериальный вагиноз в первом триместре беременности: микробиологические и иммунологические показатели в оценке эффективности терапии // Акушерство и гинекология. — 2020. — №6. — С. 98–104.
5. Общая характеристика лекарственного препарата Тержинан от 23.03.2026. — URL: <http://ees.eaeunion.org/>.

Эпиген Интим (спрей)

Регистрация. Лекарственный препарат.

Состав. В 100 мл препарата содержится 0,1 г глицирризиновой кислоты активированной.

Показания. В составе комплексной терапии при следующих заболеваниях или состояниях.

- Лечение инфекций, вызванных ВПГ 1-го и 2-го типов, *Varicella zoster*, ЦМВ.
- Профилактика рецидивов инфекций, вызванных ВПГ 1-го и 2-го типов, *Varicella zoster*, ВПЧ, ЦМВ.
- Лечение инфекций, вызванных ВПЧ, в том числе высокого онкогенного риска.
- Лечение и профилактика острых конических кондилом и патологий шейки матки, вызванных ВПЧ.
- Лечение и профилактика заболеваний, сопровождающихся снижением местного иммунитета, в том числе неспецифического и кандидозного вульвовагинита, БВ.
- При явлениях дискомфорта в области половых органов, сопровождающихся зудом, жжением и сухостью слизистых оболочек:
 - в том числе после полового акта;
 - при недостаточности функции яичников.

Противопоказания.

- Повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Применение при беременности и в период грудного вскармливания. Препарат разрешён к использованию в течение всего периода беременности и лактации.

Способ применения. При наружном применении препарат наносится на всю поражённую поверхность кожи с расстояния 4–5 см путём 1–2 нажатий клапана, что обеспечивает оптимальную терапевтическую дозу. Для интравагинального применения препарата прилагается специальная насадка с распылителем. Кратность и длительность применения для каждого состояния определяется общей характеристикой лекарственного препарата.

Особые указания.

- Не требуется предварительного промывания участка воздействия. В случае проявления признаков непереносимости использования препарата прекратить.

Литература

1. Mian D.B., Loue V.A.S., Angoi A.V. et al. Efficacy of teridazole-neomycin sulfate-nystatin and prednisolone association in syndromic management of vaginitis in low and middle incomes countries // Int. J. Reprod. Contracept. Obstet. Gynecol. — 2022. — Vol. 11. — №3. — P. 670–675.

Сведения об эффективности для оздоровления женщин в прегравидарном периоде.

- «Эпиген Интим» в комплексном лечении пациенток с клиническими проявлениями АВ, КВВ и БВ имеет высокий профиль эффективности и безопасности, способствует устранению патологических выделений из половых путей и жалоб на вульвовагинальный дискомфорт¹.
- «Эпиген Интим» эффективен при лечении цервицитов и генитальной папилломавирусной инфекции².
- У женщин с ВЗОМТ и бесплодием препарат «Эпиген Интим» препятствует активации вирусной инфекции и инфекций, вызванных условно-патогенной микрофлорой, в послеоперационном периоде³.
- «Эпиген Интим» оказывает разрушающее действие на биоплёнки, образованные вагинальными микроорганизмами⁴.

Производитель: Chemigroup France SA (Франция).
Сертификат GMP

Литература

1. Качалина О.В., Матушкова А.А. Активированная глицирризиновая кислота в комплексном лечении пациенток с вагинитами и дисбиозом: результаты многоцентрового исследования // Акушерство и гинекология. — 2023. — №3. — С. 115–120.
2. Рахматулина М.Р., Большенко Н.В., Липова Е.В. Опыт применения активированной глицирризиновой кислоты при вульвовагинитах, цервицитах и генитальной папилломавирусной инфекции // Акушерство и гинекология. — 2019. — №9. — С. 153–158.
3. Лапина И.А., Озолкина Л.А., Насырова Н.И. и др. Комплексный подход к лечению бесплодия, обусловленного воспалительными заболеваниями органов малого таза // Гинекология. — 2016. — Т. 8. — №2. — С. 56–62.
4. Шалено К.В., Спасибова Е.В., Будиловская О.В. и др. Оценка действия препарата «Эпиген Интим» на бактериальные плёнки, сформированные вагинальными микроорганизмами *in vitro* // Акушерство и гинекология. — 2024. — №2. — С. 125–133.

MRM Nutrition Женский пробиотик (Womens Probiotic)

Регистрация. Биологически активная добавка к пище.

Состав. Пробиотический комплекс MICROBAC (2 штамма; 3,5 млрд КОЕ: *Lactobacillus plantarum* LP01 — 2,5 млрд КОЕ; *Lactobacillus paracasei* LPC09 — 1 млрд КОЕ), экстракт клюквы PACrap (стандартизированный по содержанию проантоцианидинов не менее 1,5%) 500 мг, D-манноза 250 мг.

Показания.

- В качестве биологически активной добавки к пище — источника проантоцианидинов клюквы, пробиотических микроорганизмов, D-маннозы.

Противопоказания.

- Индивидуальная непереносимость компонентов, беременность, кормление грудью.

Способ применения. Взрослым принимать по 2 капсулы в день во время еды. Продолжительность приёма 1 мес. При необходимости приём можно повторить. Перед применением рекомендуется проконсультироваться с врачом.

Сведения об эффективности при синдроме патологических выделений из половых путей у женщин.

- D-манноза обладает протективным эффектом в отношении рецидивов инфекций мочевых путей¹.
- Комбинация *Lactobacillus plantarum* LP01 и *Lactobacillus paracasei* LPC09 обладает прямым антимикробным действием в отношении ряда условно-патогенных микроорганизмов².

Производитель: MRM Nutrition INC (США).

Литература

1. Lenger S.M., Bradley M.S., Thomas D.A. et al. D-mannose vs other agents for recurrent urinary tract infection prevention in adult women: a systematic review and meta-analysis // Am. J. Obstet. Gynecol. — 2020. — Vol. 223. — №2. — P. 265.e1–265.e13. (PMID: 32497610)
2. Будиловская О.В., Спасибова Е.В., Хуснудинова Т.А. и др. Антибактериальная активность пробиотических штаммов лактобацилл, входящих в состав комплекса MRM Nutrition Женский пробиотик (Women's Probiotic) (*Lactobacillus plantarum* LP01 и *Lactobacillus paracasei* LPC09) // Акушерство и гинекология. — 2025. — №8. — С. 187–194.

НОВИНКА



praesens.ru
+7 (901) 723 2273

ЭНДОМЕТРИЙ. АТЛАС

2-е изд., дополненное

Г.Х. Толибова, Т.Г. Траль, И.Ю. Коган, А.А. Олина

Атлас, переизданный и дополненный. Эндометрий продолжает оставаться главенствующим звеном благополучного наступления, развития и успешного окончания беременности. В новом издании мы написали, казалось бы, простую, но в то же время крайне важную и дискуссионную главу об особенностях этапа забора и подготовки биоптатов эндометрия для исследования. Дополнили информацию про актуальные вопросы морфологической диагностики и гистологических особенностей полипов эндометрия. Сохранили QR-коды для визуализации гистопрепаратов на электронных носителях в удобном для каждого формате.

Научно-практическое издание

Междисциплинарная ассоциация специалистов
репродуктивной медицины (МАРС)

СИНДРОМ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИНЫ

Клинический протокол
Версия 2.0

Генеральный директор: Светлана Александровна Маклецова

Креативный директор: Виталий Генрихович Кристал

Редакционный директор: Ольга Анатольевна Раевская

Заместитель редакционного директора по науке: Сергей Александрович Дьяконов

Ответственные редакторы: Никита Андреевич Катаев, Сергей Александрович
Дьяконов, Полина Владимировна Царёва

Ответственный секретарь: Надежда Михайловна Васильева

Арт-директор: Абдулатип Латипов

Препресс-директор: Нелли Демкова

Выпускающий редактор: Марина Осипова

Руководитель группы вёрстки: Юлия Скutoчкина

Вёрстка: Галина Калинина, Дмитрий Амплеев

Корректоры: Елена Соседова, Эльнара Фридовская

Дизайнеры: Ирина Великанова, Татьяна Качалина

Координатор проекта: Анна Жданова

Подписано в печать 10.08.2026. Бумага мелованная. Печать офсетная.
Формат 60×90/16. Усл. печ. л. 6. Тираж 8100 экз.

ООО «Медиабюро Статус презенс». 105082, Москва, Спартаковский пер., д. 2, стр. 1

Бизнес-центр «Платформа», этаж 3. Тел.: +7 (499) 346 3902

E-mail: info@praesens.ru, сайт: praesens.ru

Группа ВКонтакте: vk.com/praesens

MAX: [@praesens](https://t.me/praesens)

Ответственность за содержание рекламы и публикаций
«На правах рекламы» несут рекламодатели.

ООО ПО «Периодика».

105005, Москва, ул. Бауманская, д. 43/1, стр. 1, эт. 2, пом. III, комн. 6



9 785907 814356