



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

Воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы

Кодирование по **N72, N76.0-76.3, N77.1, T19.2**
Международной статистической
классификации болезней и
проблем, связанных со
здоровьем:

Возрастная группа: Взрослые/дети

Год утверждения: **2024**

Разработчик клинической рекомендации:

- ООО «Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ)»

Оглавление

Оглавление	2
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)	5
1.1. Определение заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	5
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	6
1.2.1. Цервицит	6
1.2.2. Вагинит и вульвит	6
1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)	7
1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10).....	7
1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	8
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний).....	9
1.6.1. Цервицит	9
1.6.2. Вагинит и вульвит	9
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	9
2.1 Жалобы и анамнез.....	9
2.2 Физикальное обследование	10
2.3 Лабораторные диагностические исследования	12
2.4 Инструментальная диагностика.....	15
2.5 Иные диагностические исследования	16
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения	17
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов.....	17
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики	17
6. Организация медицинской помощи	18

7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).....	18
Критерии оценки качества медицинской помощи	19
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	29
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций	32
Приложение А3. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата.....	35
Приложение Б. Алгоритмы действий врача	36
Приложение В. Информация для пациента	39
Приложение Г1. Порядок получения клинического материала для микроскопического исследования.....	40
Приложение Г2. Интерпретация результатов микроскопии	41

Список сокращений

АВ	аэробный вагинит
БВ	бактериальный вагиноз
БДУ	без дополнительных уточнений
ВЗОМТ	воспалительные заболевания органов малого таза
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная Организация Здравоохранения
ВПГ	вирус простого герпеса
ВПЧ	вирус папилломы человека
ДВВ	десквамативный воспалительный вагинит
ИППП	инфекции, передаваемые половым путём
КВВ	кандидозный вульвовагинит
КОК	комбинированные оральные контрацептивы (по АТХ – Прогестагены и эстрогены (фиксированные сочетания))
МКБ-10	Международная классификация болезней, травм и состояний, влияющих на здоровье, 10-го пересмотра
ПЦР	полимеразная цепная реакция
СВ	смешанный вагинит
УПМ	условно-патогенные микроорганизмы

Термины и определения

См. раздел 1.1.

1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)

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

Воспалительная болезнь шейки матки (цервицит) - воспалительный процесс, локализованный в цилиндрическом и/или многослойном плоском неороговевающем эпителии шейки матки инфекционной или неинфекционной природы [1].

Воспалительная болезнь влагалища (вагинит) – это воспаление стенок влагалища инфекционной или неинфекционной природы [2].

Воспалительная болезнь вульвы (вульвит) – это воспаление слизистой оболочки и кожных покровов вульвы [3].

Аэробный вагинит (АВ) – это воспаление слизистой оболочки влагалища вследствие нарушения микробиоценоза влагалища, в результате воздействия аэробных и факультативно-анаэробных условно-патогенных бактерий [4], [5].

Десквамативный воспалительный вагинит (ДВВ) – хроническое заболевание влагалища неизвестной этиологии и патогенеза, возможно являющееся более тяжелой формой АВ [4], [6], [7], [8], [9], [10].

Кандидозный вульвовагинит (КВВ) – воспаление влагалища и преддверия влагалища, вызванное дрожжевыми грибами рода *Candida* [11], [12].

Неосложненный КВВ - это спорадический КВВ, или КВВ легкой и умеренной степени, или КВВ на фоне *Candida albicans* или у женщин без иммунодефицита [13].

Осложненный КВВ - рецидивирующий (3 и более эпизода в течение менее одного года) или КВВ тяжелой степени или на фоне *Candida non-albicans* или у женщин с сахарным диабетом, с иммунодефицитными состояниями или на фоне иммуносупрессивной терапии [13].

Смешанный вагинит (СВ) сопровождается одновременным присутствием как минимум двух этиологических агентов, которые вызывают симптомы и признаки вагинита [14].

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

1.2.1. Цервицит

Этиология **острого цервицита** связана преимущественно с облигатными патогенами (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*), вирусом простого герпеса (ВПГ) [15], [16], также вероятно связь с условно-патогенной микрофлорой (УПМ).

Хронические цервициты могут быть обусловлены недиагностированными ИППП, физическим и химическим воздействием, травматизацией шейки матки во время родов, аборт, диагностических выскабливаний полости матки и цервикального канала, иммунными механизмами [1], [17], лучевой терапией [18], системными воспалительными заболеваниями, такими как синдром Бехчета или красный плоский лишай и др.

Хронический цервицит может быть связан с течением ДВВ [13], [19],

Не доказана связь таких микроорганизмов как *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*, *Cytomegalovirus* или β-гемолитический стрептококк группы В с развитием цервицита [20], [21].

1.2.2. Вагинит и вульвит

Этиология вагинитов и вульвитов связана с наличием УПМ и/или ИППП.

Этиология АВ – это условно-патогенные аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы – грамотрицательные бактерии семейства *Enterobacteriaceae* (главным образом - *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), грамположительные кокки - β-гемолитический стрептококк группы В (*Streptococcus agalactiae*), энтерококки (*Enterococcus faecalis*) и стафилококки (*Staphylococcus aureus*) [4], [10]. УПМ при АВ преобладают над лактобациллами, pH вагинального отделяемого повышается [4], [3].

К факторам риска развития АВ относят: длительный и/или бесконтрольный приём антибиотиков, применение цитостатиков, глюкокортикоидов, КОК с высоким содержанием эстрогенного компонента, лучевую и химиотерапию и др. [4]. Лечение АВ метронидазолом (перорально или вагинально) не рекомендовано из-за отсутствия чувствительности возбудителей АВ к данному препарату [5], [22], [10].

Этиология КВВ связана с дрожжевыми грибами рода *Candida* [3] [23]. При КВВ частота встречаемости *C. albicans* - 80-90% [23], *C.non-albicans* (среди которых наиболее частые – *C. glabrata*, *C. krusei*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, реже – *C. guilliermondii*, *C. kefyr*) - 10–17% [4] [11]. *C. glabrata* и другие виды *C.non-albicans* выявляют у 10–20% пациенток с осложненным КВВ. К факторам риска развития КВВ относят: антибактериальную

терапию, беременность, иммуносупрессию (включая сахарный диабет, приём иммунодепрессантов, СПИД) и др. [4].

Причинами вульвита могут быть герпетическая инфекция, аллергические реакции, химические, термические и механические воздействия, наличие ректовагинальных и урогенитальных свищей, геморрой, цистит, псориаз и экзема, выпадение тазовых органов, гельминтозы, нарушение правил личной гигиены [3], [23].

Наиболее часто СВ обусловлен сочетанием КВВ с бактериальным вагинозом. Другими типичными комбинациями этиологических факторов при СВ являются *Trichomonas vaginalis* (*T. vaginalis*) на фоне БВ, а также АВ и КВВ. СВ обычно сопровождается образованием полимикробных биопленок [10], [24], [25].

1.3 Эпидемиология заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Распространенность цервицита составляет 30-45% среди пациенток клиник, специализирующихся на лечении ИППП [1], [17].

Частота встречаемости АВ колеблется от 7 до 12 % [5].

Распространенность ДВВ составляет менее 1 % [26].

Частота КВВ составляет 30-45% в структуре инфекционных заболеваний влагалища и вульвы, до 20% случаев заболевание носит осложненный (рецидивирующий) характер. КВВ редко наблюдается у женщин в постменопаузе, за исключением пациенток, получающих менопаузальную гормональную терапию [27].

Частота СВ варьируется от 4,4 до 35,1 % [24].

1.4 Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболевания или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10)

N72 Воспалительные заболевания шейки матки

Цервицит с наличием или без эрозии и эктропиона

Эндоцервицит с наличием или без эрозии или эктропиона

Экзоцервицит с наличием или без эрозии или эктропиона

При необходимости идентифицировать инфекционный агент используют дополнительный код (B95-B98)

Исключены: эрозия и эктропион шейки матки без цервицита (N86)

N76 Другие воспалительные болезни влагалища и вульвы

При необходимости идентифицировать инфекционный агент используют дополнительный код (B95-B98)

Исключен: старческий (атрофический) вагинит (N95.2)

N76.0 Острый вагинит

Вагинит Без дополнительных уточнений (БДУ) Вульвовагинит: БДУ. острый

N76.1 Подострый и хронический вагинит

Вульвовагинит: хронический . подострый

N76.2 Острый вульвит

Вульвит БДУ

N76.3 Подострый и хронический вульвит

N77.1 Вагинит, вульвит и вульвовагинит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках

Вагинит, вульвит и вульвовагинит при:

кандидозе ([B37.3](#))

герпесвирусной инфекции [herpes simplex] ([A60.0](#))

аскаридозе ([B80](#))

T19.2 Инородное тело в вульве и влагалище

1.5 Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Цервицит, вагинит и вульвит могут быть классифицированы по следующим признакам

По этиологии:

- инфекционный
- неинфекционный

По происхождению возбудителя:

- ИППП
- неспецифические инфекции
- ятрогенные инфекции (связанные с манипуляцией)

По наличию осложнений:

- осложненные
- неосложненные

По таксономии возбудителя:

- бактериальные
- вирусные
- протозойные
- грибковые

По клиническому течению:

- острый

- хронический

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

1.6.1. Цервицит

Воспаление шейки матки может протекать бессимптомно более чем в 50% случаев [6], [28], [29].

Основными клиническими проявлениями цервицитов являются обильные слизистые или слизисто-гнойные выделения, межменструальные или посткоитальные кровотечения, диспареуния, зуд, жжение, дизурия [6], [30].

Хронический цервицит характеризуется наличием клинических признаков воспаления шейки матки (гиперемия, кровоточивость, слизисто-гнойные выделения из цервикального канала) [31].

1.6.2. Вульвовагинит

При АВ субъективными симптомами являются обильные выделения, чаще с гнилостным запахом, дискомфорт во влагалище, зуд, жжение, раздражение вульвы, диспареуния [6], [8], [32].

ДВВ характеризуется гнойными выделениями и диспареунией на фоне нарушения флоры влагалища, в отличие от АВ, сопровождается участками эритемы на стенках влагалища и лейкореей. ДВВ - диагноз исключения, когда другие признаки гнойного вагинита отсутствуют [4], [6], [9], [10], [26], [7], [32], [33].

При КВВ наблюдаются обильные выделения творожистого характера, дискомфорт во влагалище и в области вульвы, диспареуния, жжение, зуд, раздражение вульвы, дизурические явления [6], [23], [34]. При осложненном КВВ тяжелой степени наблюдается выраженная гиперемия вульвы, отек, эксфолиация и образование трещин в области вульвы, задней спайки и перианальной области [35].

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

2.1 Жалобы и анамнез

См. пункт 1.6 «Клиническая картина».

- Рекомендуется всем пациенткам проведение сбора жалоб и анамнестических данных с целью выявления факторов риска развития воспалительных заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы [36], [37].

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

2.2 Физикальное обследование

- Рекомендуется всем пациенткам проведение визуального осмотра наружных половых органов, осмотра влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануального влагалищного исследования с целью выявления воспалительных заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы [23].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий: Проводится оценка наличия и интенсивности признаков воспаления, патологических элементов (сыпь, трещины, язвы и т.д.) на коже и слизистых, оценка количества, цвета, консистенции и запаха выделений, наличия инородных тел [38].

При осмотре выявляется отек слизистой шейки матки и/или влагалища, гиперемия, обильные слизистые, слизисто-гнойные или гнойные выделения из цервикального канала и/или их наличие в сводах влагалища, а также гиперемия и отечность наружного отверстия мочеиспускательного канала [1], [17].

Цервицит на фоне ВПГ характеризуется язвенными поражениями, везикулярными высыпаниями на кожных покровах и слизистых, а также может сопровождаться повышением температуры тела, головной болью, паховой лимфаденопатией, дизурией [6].

АВ проявляется обильными выделениями, чаще с неприятным запахом, выраженной гиперемией и отеком слизистой оболочки влагалища.

КВВ сопровождается отечностью, гиперемией слизистой влагалища и вульвы [23], беловатым налетом на слизистых, легко снимаемым ватным тампоном. Также могут быть трещины кожных покровов и слизистых вульвы, влагалища, задней спайки и перианальной области.

Осложненный КВВ характеризуется сухостью, атрофией, лихенификацией слизистой вульвы и влагалища, беловатыми выделениями из половых путей.

Вульвовагинит, ассоциированный с генитальной герпесвирусной инфекцией, проявляется единичными или множественными везикулярными элементами на слизистой вульвы и влагалища и прилежащих участках кожи, выраженной гиперемией и отечностью слизистой. После вскрытия везикулярных элементов образуются мокнущие эрозии.

Вульвовагинит, ассоциированный с гельминтозами, не обладает патогномичными признаками [39].

При бимануальном влагалищном исследовании оцениваются размеры, консистенция и подвижность матки и её придатков, болезненность при пальпации и тракциях за шейку матки.

- Рекомендуется всем пациенткам определение концентрации водородных ионов (рН) отделяемого слизистой оболочки влагалища для уточнения диагноза [23], [40].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств - 5).

Комментарий:

Показатель рН отделяемого слизистой оболочки влагалища находится в пределах нормальных референсных значений (от 3,5 до 4,5) при КВВ. Повышенный рН отделяемого слизистой оболочки влагалища более 4,5 характерен для острого АВ, ДВВ и урогенитального трихомониаза и исключает наличие цитолитического вагиноза [10].

2.3 Лабораторные диагностические исследования

Лабораторные диагностические исследования цервицита/вагинита должны включать в себя микробиологическую диагностику ИППП (а именно микроскопическую, культуральную (бактериологическую) молекулярно-биологическую (ПЦР) диагностику) (Приложение А3)¹

- Рекомендовано всем пациентам при наличии цервицита/вагинита проведение обследования на наличие возбудителей ИППП (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*, *Treponema pallidum*) с использованием стандартных лабораторных методов [6] [41], [42].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: Предпочтительным лабораторным методом диагностики ИППП, вызванных *N.gonorrhoeae*, *T.vaginalis*, *C.trachomatis*, *M.genitalium*, является ПЦР. Биологический материал (влагалищное отделяемое) предпочтительно брать из заднего свода влагалища с помощью зонда-тампона [26]. Для диагностики сифилиса используется комплекс нетрепонемного (реакция микропреципитации - РМП, микрореакция на сифилис – RPR анализ (тест быстрых плазменных реагинов), чувствительный нетрепонемный тест (современный аналог реакции Вассермана (RW) с кардиолипидным антигеном, модификация VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) теста и другие аналоги) в количественном варианте постановки и трепонемного (реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), иммуноферментный анализ (ИФА), иммунный блот (ИБ), иммунохемилюминесценция (ИХЛ), иммунохроматография (ИХГ)) тестов исследования сыворотки крови [6], [43].

Уровень убедительности рекомендаций – С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: характеристика трепонемных тестов: используется антиген трепонемного происхождения; чувствительность – 70-100%; специфичность – 94-100%. Характеристика нетрепонемных тестов: используется антиген нетрепонемного происхождения (стандартизованный кардиолипидный антиген; чувствительность - 70-90%) [6], [43].

Если не доступны молекулярно-биологические (ПЦР) методы для диагностики гонококковой и трихомонадной инфекций может быть использовано микроскопическое

¹ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 18 мая 2021 г. N 464н "Об утверждении Правил проведения лабораторных исследований" (с изменениями и дополнениями).

исследование отделяемого женских половых органов (окрашенного метиленовым синим и по Граму), но диагностическая чувствительность микроскопического метода для гонореи у женщин не превышает 30-40%. Диагностическим критерием гонококковой инфекции является наличие внутри лейкоцитов грамотрицательных диплококков (при окраске по Граму), однако окончательная видовая принадлежность диплококков требует проведения культурального или ПЦР-исследования [42]. Трихомонады (жгутиковые простейшие) возможно выявлять при нативной микроскопии влагалищного отделяемого. Ограничение метода: исследование необходимо выполнить в течение 10–20 мин. с момента взятия биоматериала, поскольку *T. vaginalis* быстро теряют свою подвижность, что увеличивает вероятность получения ложноотрицательного результата [13].

- Не рекомендуется исследование мочи как биологического материала для диагностики ИППП у пациенток в связи с низкой информативностью [6], [17].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

- Рекомендовано всем пациенткам с подозрением на цервицит/вагинит проведение микробиологического исследования влагалищных мазков на КВВ и БВ [1], [42], [44].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: Для БВ и КВВ микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов является наиболее простым, низкоч затратным и быстрым методом. Микроскопический метод позволяет визуализировать дрожжевые клетки, псевдомицелий дрожжевых грибов, морфологический состав микрофлоры и соотношение бактериальных морфотипов, а также характер эпителия (поверхностные, промежуточные, парабазальные и базальные клетки), «ключевые клетки» и степень локального воспаления [45], может быть использована отечественная модификация оценки микробиоценоза влагалища (Приложение Г2) [46]. Метод окраски влагалищного отделяемого по Граму является более специфичным тестом, чем качественное определение ДНК или культуральное выявление *G. vaginalis* или дрожжевых грибов без их количественной оценки, поскольку в низких концентрациях эти микроорганизмы входят в состав нормальной микрофлоры влагалища. У 34% пациенток с культурально подтвержденным КВВ не удастся идентифицировать дрожжевые клетки и псевдомицелий дрожжевых грибов при микроскопическом исследовании [47].

- Рекомендовано культуральное исследование влагалищного отделяемого на дрожжевые грибы для диагностики КВВ. При осложненном течении КВВ или

при неэффективности эмпирической терапии противогрибковыми препаратами необходимо уточнение видовой принадлежности возбудителя и определение чувствительности дрожжевых грибов к противогрибковым препаратам [10], [13], [42].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Наиболее частым возбудителем КВВ является вид *C.albicans*, который в большинстве случаев сохраняет чувствительность к противогрибковым препаратам из группы азолов, и обычно не требуется определения чувствительности к противогрибковым препаратам. Однако при наметившейся тенденции к увеличению резистентности среди вагинальных изолятов этого вида дрожжевого гриба к азолам целесообразно проведение тестирования выделенного грибкового возбудителя на чувствительность к противогрибковым препаратам в случае рецидивирующего течения КВВ или неэффективности проведенной терапии [48], [49], [50].

Обнаружение лейкоцитарной реакции в отделяемом цервикального канала > 10 лейкоцитов в поле зрения при увеличении светового микроскопа ×1000 при микроскопическом исследовании может быть связано с хламидийной, гонококковой инфекцией и др., однако, критерий использования повышенного количества лейкоцитов не стандартизирован [6], [13], [51].

- Рекомендовано для диагностики АВ микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, которое является предпочтительным методом [5], [52], [53].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 3)

Комментарий: Для диагностики АВ возможно использование микроскопического исследования, предпочтительно с использованием окраски влагалищных выделений по Граму, и культурального исследования [46], [54]. Для диагностики АВ микроскопическим методом с определением степени его тяжести можно использовать балльную шкалу оценки АВ (Приложение Г2) [5].

- Рекомендовано проведение культурального исследования влагалищного отделяемого на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы без клинических и микроскопических признаков АВ показано при повторном эпизоде АВ и при неэффективности эмпирической терапии местными антимикробными препаратами [10], [46].

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

ДВВ характеризуется колонизацией аэробными или факультативными анаэробными микроорганизмами и отсутствием лактобацилл, увеличением количества незрелых парабазальных эпителиальных клеток [4], [6], [7], [9], [10], [33].

- Рекомендовано молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого с количественной оценкой микрофлоры для диагностики БВ, АВ, КВВ при наличии возможности [55], [56].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: При использовании молекулярно-биологических методов следует использовать серийно выпускаемые и зарегистрированные в соответствии с законодательством Российской Федерации наборы реагентов. В настоящее время в мире и в РФ разработаны методики на основе количественной ПЦР в реальном времени для диагностики БВ, АВ, КВВ [55], [56].

- Рекомендовано молекулярно-биологическое исследование на ВПГ 1 и 2 типа всем пациенткам с наличием признаков цервицита, у которых исключены ИППП (гонококковая, хламидийная, инфекция, вызванная *M.genitalium*, и трихомониаз), КВВ и БВ и/или при наличии пузырьковых высыпаний [57].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Комментарий: Молекулярно-биологическое исследование отделяемого цервикального канала на вирус простого герпеса 1 и 2 типов (*Herpes simplex virus types 1, 2*) (в соответствии с имеющимися клиническими рекомендациями по соответствующим нозологиям согласно МКБ10 «Аногенитальная герпетическая инфекция»), биологический материал получают из цервикального канала с помощью зонда-щетки.

2.4 Инструментальная диагностика

- Рекомендуется пациенткам с воспалительными заболеваниями шейки матки, вульвы и влагалища проведение ультразвукового исследования органов малого таза [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

- Рекомендуется выполнить расширенную кольпоскопию и/или вагиноскопию при выявлении измененных участков шейки матки и влагалища [3], [54].

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

Комментарии: Кольпоскопия (вагиноскопия) позволяет определить отечность и гиперемию стенок влагалища и влагалищной порции шейки матки, мелкоточечные кровоизлияния, эрозии, а также инородные тела и др.

2.5 Иные диагностические исследования

Не применимо.

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

Воспалительные заболевания шейки матки

- Рекомендовано при наличии признаков острого цервицита со слизистогнойными выделениями из половых путей (особенно в сочетании с уретритом и наличием факторов риска ИППП) и отсутствии возможности проведения тестирования на возбудителей ИППП назначать эмпирическую системную антимикробную терапию, особенно у женщин моложе 25 лет, или после смены полового партнера, или при наличии у партнера ИППП [1], [13], [17].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2)

Комментарий: Для лечения цервицита у пациенток с высоким риском ИППП и после лабораторного подтверждения ИППП рекомендуется терапия в соответствии с клиническими рекомендациями для соответствующей нозологической формы по МКБ-10 (гонококковая, хламидийная инфекция, урогенитальный трихомониаз, инфекция, вызванная *M. genitalium*). Лечение цервицита у ВИЧ-инфицированных может снизить экскрецию вируса и уменьшить риск его передачи половому партнеру [2], [13].

- Рекомендовано для небеременных пациенток без факторов риска ИППП с цервицитом неустановленной этиологии – назначение терапии после получения результатов лабораторного исследования [58], [59].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Воспалительные заболевания влагалища и вульвы

- Рекомендовано для лечения АВ, ДВВ, СВ проводить интравагинальную антимикробную терапию в различных комбинациях с/без глюкокортикостероидов [3], [10].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: В качестве антимикробной терапии вульвовагинитов и цервицитов используются антибиотики (полимиксин В, линкозамиды - клиндамицин), другие синтетические антибактериальные средства (нифурател, метронидазол, тинидазол, орнидазол, секнидазол), аминогликозиды (неомицин), противогрибковые средства

(нистатин, клотримазол, миконазол, тиоконазол, бутконазол, натамицин) [4], [5], [6], [10], [23], [60], [61], [62], [63], [64], [65].

- Рекомендовано использование для лечения различной этиологии антисептиков (деквалия хлорид, повидон-йод, хлоргексидина биглюконат) [4], [5], [10], [12], [13], [23], [60], [65], [66], [66], [67].

Комментарии: В I триместре беременности лечение АВ и СВ возможно антисептиками [94], а со II триместра - также антибиотиками (линкозамиды – клиндамицин) [10]. Данные о применении пре- и пробиотиков при АВ отсутствуют [10].

- Рекомендуется для лечения КВВ пациенткам назначать противогрибковые средства интравагинально и/или системно [4], [10], [12], [13], [23], [68], [69], [70], [71], [72], [73], [74].

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 3)

Комментарии: В качестве терапии КВВ рекомендовано противогрибковых препаратов (нистатин, клотримазол, миконазол, фентиконазол, эконазол, сертаконазол, итраконазол, флуконазол, натамицин). Выявление *Candida* spp. при микробиологическом (культуральном) исследовании в отсутствие симптомов или признаков вагинита и/или цервицита не является показанием для лечения, так как примерно 10-20% женщин являются носителями *Candida* spp. и других дрожжевых грибов во влагалище [6]. Во время беременности лечение КВВ возможно противогрибковыми средствами (клотримазол, натамицин) или антисептиками (деквалия хлорид) [10], [35].

4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов

Специфической реабилитации нет.

Консультация врача-физиотерапевта для определения программы реабилитации.

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

- Рекомендуется всем пациенткам с воспалительными заболеваниями шейки матки, влагалища и вульвы соблюдение гигиенических и поведенческих мер профилактики [3].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5)

Комментарий: Гигиенические и поведенческие меры профилактики включают:

- соблюдение правил личной и интимной гигиены;
- исключение случайных половых контактов и смены половых партнеров;
- использование средств барьерной контрацепции;
- исключение бесконтрольного употребления антибактериальных, антимикотических и гормональных препаратов;
- исключение влагалищных душей, спринцеваний и др.;
- исключение длительного использования внутриматочных средств и влагалищных диафрагм;
- отказ от тесного синтетического белья и ежедневного использования гигиенических прокладок.

6. Организация медицинской помощи

Лечение воспалительных заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы проводится в амбулаторных условиях.

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

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Оценка выполнения (да/нет)
1.	Проведены осмотр влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование с целью выявления воспалительных заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы	Да/нет
2.	При наличии цервицита/вагинита проведено обследование на наличие возбудителей ИППП (<i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Mycoplasma genitalium</i> , <i>Treponema pallidum</i> , ВПГ 1 и 2) с использованием лабораторных диагностических исследований	Да/нет
3.	Рекомендовано проведение лабораторного диагностического исследования на КВВ, АВ, и БВ после исключения ИППП	Да/нет
4.	Проведена антимикробная терапия воспалительных заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы или назначена контрольная явка через 7-14 дней пациенткам, у которых лечение не проводилось и тесты на ИППП отрицательные	Да/нет

Список литературы

- [1] *Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017 Sep 21. PMID: 30234930. .*
- [2] *Ortiz-de la Tabla, V., & Gutiérrez, F. (2019). Cervicitis: Etiology, diagnosis and treatment. Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (English Ed.). doi:10.1016/j.eimce.2018.12.011. .*
- [3] *Савельева Г. М. и др. Национальное руководство //Акушерство–М.: Гэотар-Медиа. – 2020. .*
- [4] *Sherrard J. et al. 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge //International journal of STD & AIDS. – 2018. – Т. 29. – №. . .*
- [5] *Donders G. G. G. et al. Aerobic vaginitis: no longer a stranger //Research in Microbiology. – 2017. – Т. 168. – №. 9-10. – С. 845-858. .*
- [6] *Workowski K. A., Bolan G. A. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015 //MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports. – 2015. – Т. 64. – №. RR-03. – С. 1-137. .*
- [7] *Ruth Murphy Desquamative inflammatory vaginitis Dermatol Ther. 2004;17(1):47-9. .*
- [8] *Mason MJ, Winter AJ. How to diagnose and treat aerobic and desquamative inflammatory vaginitis. Sex Transm Infect. 2017;93:8-10. .*
- [9] *Orna Reichman , Jack Sobel, Desquamative inflammatory vaginitis Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol . 2014 Oct;28(7):1042-50. .*
- [10] *Vieira-Baptista P, Stockdale CK, Sobel J (eds). International Society for the Study of Vulvovaginal Disease recommendations for the diagnosis and treatment of vaginitis. Lisbon: Admedic, 2023. .*
- [11] *Willems HME, Ahmed SS, Liu J, Xu Z, Peters BM. Vulvovaginal Candidiasis: A Current Understanding and Burning Questions. J Fungi (Basel). 2020 Feb 25;6(1):27. doi: 10.3390/jof6010027. .*
- [12] *Denning D.W., Kneale M., Sobel J.D., Rautemaa-Richardson R. Global burden of recurrent vulvovaginal candidiasis: A systematic review. Lancet Infect. Dis. 2018;18:e339–e347. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30103-8. .*
- [13] *Sexually Transmitted Infections: Summary of CDC Treatment Guidelines - 2021. .*

- [14] Sobel JD, Subramanian C, Foxman B, Fairfax M, Gygax SE. Mixed vaginitis-more than coinfection and with therapeutic implications. *Curr. Infect. Dis. Rep.* 15(2), 104–108 (2013). .
- [15] Taylor SN et al. Prevalence and treatment outcome of cervicitis of unknown etiology. *Sex Transm Dis* 2013; 40:379–85. .
- [16] Abou M, Dällenbach P. Acute cervicitis and vulvovaginitis may be associated with Cytomegalovirus. *BMJ Case Rep.* 2013 Apr 19;2013. .
- [17] CADTH 2017 Young C, Argáez C. Management and Treatment of Cervicitis: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines. .
- [18] Fawaz ZS, Barkati M, Beauchemin MC, Sauthier P, Gauthier P, Nguyen TV. Cervical necrosis after chemoradiation for cervical cancer: case series and literature review. *Radiat Oncol.* 2013 Sep 23;8:220. doi: 10.1186/1748-717X-8-220. .
- [19] Manhart L. E., Broad J. M., Golden M. R. *Mycoplasma genitalium*: should we treat and how? //Clinical infectious diseases. – 2011. – T. 53. – №. suppl_3. – C. S129-S142. .
- [20] Horner P, Donders G. Should we be testing for urogenital *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma parvum* and *Ureaplasma urealyticum* in men and women? - a position statement from the European STI Guidelines Editorial Board. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2018. .
- [21] Kletzel HH, Rotem R, Barg M, Michaeli J, Reichman O. *Ureaplasma urealyticum*: the Role as a Pathogen in Women’s Health, a Systematic Review. *Curr Infect Dis Rep.* 2018 Jun 29;20(9):33. .
- [22] Jahic M. Aerobic Vaginitis Caused by *Enterococcus Faecalis* - Clinical Features and Treatment. *Mater Sociomed.* 2022 Dec;34(4):291-295. .
- [23] Paavonen J. A., Brunham R. C. Vaginitis in Nonpregnant Patients: ACOG Practice Bulletin Number 215 //Obstetrics & Gynecology. – 2020. – T. 135. – №. 5. – C. 1229-1230. .
- [24] Qi W et al. Recent Advances in Presentation, Diagnosis and Treatment for Mixed Vaginitis. *Front Cell Infect Microbiol.* 2021 Nov 2;11:759795. .
- [25] Eleutério J Jr, Campaner AB, de Carvalho NS. Diagnosis and treatment of infectious vaginitis: Proposal for a new algorithm. *Front Med (Lausanne).* 2023. .
- [26] Reichman, O., & Sobel, J. Desquamative inflammatory vaginitis. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2014 Oct;28(7):1042-50. .

- [27] Савичева А.М., Соколовский Е.В., Домейка М. *Краткое руководство по микроскопической диагностике инфекций, передаваемых половым путем.* – Спб: ООО «Издательство Фолиант», 2004. .
- [28] Moore, Ainsley, et al. “Recommendation on screening for chlamydia and gonorrhea in primary care for individuals not known to be at high risk.” *CMAJ* 193.16 (2021): E549-E559. .
- [29] World Health Organization. *WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae.* World Health Organization, 2016. .
- [30] McGowin, Chris L., and Colin Anderson-Smits. “Mycoplasma genitalium: an emerging cause of sexually transmitted disease in women.” *PLoS Pathog* 7.5 (2011): e1001324. .
- [31] Mattson SK, Polk JP, Nyirjesy P. *Chronic Cervicitis: Presenting Features and Response to Therapy.* *J Low Genit Tract Dis* 2016. .
- [32] Sobel JD, Reichman O, Misra D, Yoo W. *Prognosis and treatment of desquamative inflammatory vaginitis.* *Obstet Gynecol* 2011; 117:850. .
- [33] Mark J Mason, Andrew J Winter *How to diagnose and treat aerobic and desquamative inflammatory vaginitis* *Sex Transm Infect.* 2017. .
- [34] Hillier SL, Austin M, Macio I, et al. *Diagnosis and Treatment of Vaginal Discharge Syndromes in Community Practice Settings.* *Clin Infect Dis* 2021; 72:1538. .
- [35] Czeizel AE, Kazy Z, Vargha P. *A case-control teratological study of vaginal natamycin treatment during pregnancy.* *Reprod Toxicol.* 2003. .
- [36] Simms I, Stephenson JM, Mallinson H, et al. *Risk factors associated with pelvic inflammatory disease.* *Sex Transm Infect.* 2006;82(6):452–457. .
- [37] Aghaizu, Adamma et al. “Frequency and risk factors for incident and redetected *Chlamydia trachomatis* infection in sexually active, young, multi-ethnic women: a community based cohort study.” *Sexually transmitted infections* vol. 90,7 (2014): 524-8. .
- [38] Anderson J, Paterek E. *Vaginal Foreign Body Evaluation and Treatment.* 2023 May 8. In: *StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024. .*
- [39] Garud MA, Saraiya U, Paraskar M, Khokhawalla J. *Vaginal parasitosis.* *Acta Cytol.* Jan-Feb 1980;24(1):34-5. .
- [40] Anderson MR, Klink K, Cohrssen A. *Evaluation of vaginal complaints.* *JAMA* 2004; 291:1368. .

- [41] Taylor MM, Toskin I, Kiarie J, Santesso N, Unemo M. Diagnosing sexually transmitted infections in resource-constrained settings: challenges and ways forward. *J Int AIDS Soc.* 2019 Aug;22 Suppl 6. .
- [42] *Guide to Utilization of the Microbiology Laboratory for Diagnosis of Infectious Diseases: 2018 Update by the Infectious Diseases Society of America and the American Society for Microbiology.* *Clin Infect Dis.* 2018 Aug 31;67(6):e1-e94. .
- [43] Satyaputra F, Hendry S, Braddick M, Sivabalan P, Norton R. The Laboratory Diagnosis of Syphilis. *J Clin Microbiol.* 2021. .
- [44] Nyirjesy P, Banker WM, Bonus TM. Physician Awareness and Adherence to Clinical Practice Guidelines in the Diagnosis of Vaginitis Patients: A Retrospective Chart Review. *Popul Health Manag.* 2020. .
- [45] Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J Clin Microbiol* 1991; 29 : 297- 301. .
- [46] Анкирская А.С., Муравьева В.В. Интегральная оценка состояния микробиоты влагалища. Диагностика оппортунистических вагинитов. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение. Том 8, №1, 2020 с.69-76. .*
- [47] Румянцева Т.А., с соавт. Диагностика КВВ: сопоставление информативности клинических данных и результатов лабораторных исследований, 2015. .
- [48] Sobel R. Current treatment options for vulvovaginal candidiasis caused by azole-resistant *Candida* species. *Expert Opin Pharmacother.* 2018 Jun;19(9):971-977. .
- [49] Shahid Z, Sobel JD. Reduced fluconazole susceptibility of *Candida albicans* isolates in women with recurrent vulvovaginal candidiasis: effects of long-term fluconazole therapy. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2009;64:354–6. .
- [50] Marchaim D, Lemanek L, Bheemreddy S, et al. Fluconazole-resistant *Candida albicans* vulvovaginitis. *Obstet Gynecol* 2012;120:1407–14. .
- [51] Клиническая интерпретация результатов микроскопического метода диагностики урогенитальных инфекций. Рекомендации для врачей/ Соколовский Е.В., Кусина В.И., Савичева А.М., Домейка М., Забиров К.И., Потеекаев С.Н.- Издательство Н-Л.- Санкт-Петербург.- 2010. .
- [52] G.G. Donders, A. Vereecken, E. Bosmans, A. Dekeersmaecker, G. Salembier, B. Spitz. Definition of a type of abnormal vaginal flora that is distinct from bacterial vaginosis:

- aerobic vaginitis. Br J Obstet Gynaecol, 109 (2002), pp. 34-43. .*
- [53] *Tempera G, Furneri PM. Management of aerobic vaginitis. Gynecol Obstet Invest. 2010;70(4):244-9. .*
- [54] *Michelle J et al. ASCCP Colposcopy Standards: Role of Colposcopy, Benefits, Potential Harms, and Terminology for Colposcopic Practice. ASCCP COLPOSCOPY RECOMMENDATIONS, Journal of Lower Genital Tract Disease, Volume 21, Number 4, October 2017. .*
- [55] *Rumyantseva T. A. et al. Diagnosis of aerobic vaginitis by quantitative real-time PCR //Archives of gynecology and obstetrics. – 2016. – Т. 294. – №. 1. – С. 109-114. .*
- [56] *Савочкина Ю.А., Румянцева Т.А., Долгова Т.И., Гуцин А.Е. Разработка методики на основе количественной мультиплексной ПЦР для диагностики вульвовагинального кандидоза, Клиническая лабораторная диагностики 2015г №4. .*
- [57] *Arshad Z. et al. Tools for the diagnosis of herpes simplex virus 1/2: systematic review of studies published between 2012 and 2018 //JMIR public health and surveillance. – 2019. .*
- [58] *Meena V, Bansal CL. Study to evaluate targeted management and syndromic management in women presenting with abnormal vaginal discharge. J Obstet Gynaecol India. 2016 Oct;66(Suppl 1):534–40. .*
- [59] *Management and Treatment of Cervicitis: A Review of Clinical Effectiveness and Guidelines, Version: 1.0, Publication Date: September 21, 2017. .*
- [60] *The EuroSTIpocket 2019 is a summary of the treatments and procedures of the European guidelines published available on the IUSTI website as of June 2019. .*
- [61] *Qian Liang, Nan Li, Shurong Song, Aihua et al. High-dose nifuratel for simple and mixed aerobic vaginitis: A single-center prospective open-label cohort study. The journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 2016. .*
- [62] *Радзинский В.Е., Хамошина М.Б. Результаты многоцентрового наблюдательного исследования: терапия острого вагинита неспецифической и смешанной этиологии у пациенток репродуктивного возраста. Акушерство и гинекология. 2019;(8):150–158. .*
- [63] *Obiero J, Rulisa S, Ogongo P, Wiysonge CS Nifuratel-Nystatin combination for the treatment of mixed infections of bacterial vaginosis, vulvovaginal candidiasis and trichomonal vaginitis (Protocol) Cochrane Database of Systematic Reviews 2018. .*
- [64] *Franco Polatti Bacterial Vaginosis, Atopobium vaginae and Nifuratel Department of*

Obstetrics and Gynecology, Policlinico San Matteo, University of Pavia, Pavia, Italy
Current Clinical Pharmacology, 2012. .

- [65] *Анолихина И.А. и др. Систематический обзор эффективности и безопасности применения нифуратела у женщин с заболеваниями, сопровождающимися патологическими выделениями из половых путей. Акушерство и гинекология. 2023. .*
- [66] *Petersen EE, Weissenbacher ER. Local treatment of vaginal infections of varying etiology with dequalinium chloride or povidone iodine. A randomised, double-blind, active-controlled, multicentric clinical study. Arzneimittelforschung. 2002. .*
- [67] *Волина С.Г., Гребенкин Б.Е. Применение гексикона для лечения инфекционных вагинитов. Гинекология. 2004; 6(1): 14-9. .*
- [68] *Werner Mendling, J Brasch. Weissenbacher Guideline: vulvovaginal candidosis Mycoses. 2015. .*
- [69] *Eliot B. W., Howat R. C., Mack A. E. A comparison between the effects of nystatin, clotrimazole and miconazole on vaginal candidiasis// Br J Obstet Gynaecol. - 1979. .*
- [70] *Fen Qin, Quan Wang, Chunlian Zhang, Caiyun Fang, Liping Zhang, Hailin Chen, Mi Zhang, Fei Cheng Efficacy of antifungal drugs in the treatment of vulvovaginal candidiasis: a Bayesian network meta-analysis Infect Drug Resist. 2018. .*
- [71] *Pitsouni E, Iavazzo C, Falagas ME. Itraconazole vs fluconazole for the treatment of uncomplicated acute vaginal and vulvovaginal candidiasis in nonpregnant women: a metaanalysis of randomized controlled trials// Am J Obstet Gynecol. – 2008. - 198(2). .*
- [72] *Fong I. W., Bannatyne R. M., Wong P. Lack of in vitro resistance of Candida albicans to ketoconazole, itraconazole and clotrimazole in women treated for recurrent vaginal candidiasis// GenitourinMed. – 1993. - 69 (1). .*
- [73] *Sobel J, Wiesenfeld H, Martens M, et al. Maintenance fluconazole therapy for recurrent vulvovaginal candidiasis. N Engl J Med 2004. .*
- [74] *Donders G. et al. Management of recurrent vulvovaginal candidosis: Narrative review of the literature and European expert panel opinion //Frontiers in Cellular and Infection Microbiology. – 2022. .*
- [75] *Порядок проведения микроскопического исследования мазков из урогенитального тракта. Методические рекомендации для специалистов по лабораторной диагностике / А.М. Савичева, Е.В. Соколовский, М. Домейка. – Санкт-Петербург: Издательство Н-Л, 2007. .*

Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций

1. Адамян Лейла Владимировна - академик РАН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России, Заслуженный деятель науки России, заведующая кафедрой акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины, главный специалист Минздрава России по гинекологии, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российской ассоциации по эндометриозу, Российского общества акушеров-гинекологов.
2. Аполихина Инна Анатольевна - д.м.н., профессор, руководитель отделения эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова" Минздрава России, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ИПО ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, профессор кафедры акушерства и гинекологии департамента профессионального образования ФГБУ «НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова» Минздрава России
3. Артымук Наталья Владимировна - д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии имени профессора Г.А. Ушаковой ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Сибирском федеральном округе (г. Кемерово), является членом президиума правления Российского общества акушеров-гинекологов, президент Кемеровской региональной общественной организации «Ассоциация акушеров-гинекологов».
4. Асатурова Александра Вячеславовна – д.м.н., заведующая 1-м патолого-анатомическим отделением ФГБУ «Научный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ.
5. Байрамова Гюльдана Рауфовна д.м.н., профессор, заведующая по клинической работе научно-поликлинического отделения ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и

- перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов
6. Баранов Игорь Иванович - д.м.н., профессор, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, член Российского общества акушеров-гинекологов
 7. Беженарь Виталий Федорович - Беженарь Виталий Федорович - доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства, гинекологии и неонатологии ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, является членом общества по репродуктивной медицине и хирургии, Российской ассоциации гинекологов-эндоскопистов, Российского общества акушеров-гинекологов.
 8. Белокриницкая Татьяна Евгеньевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Читинская государственная медицинская академия» Минздрава России, заслуженный врач Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству и гинекологии в Дальневосточном федеральном округе (г. Чита), является членом Российского общества акушеров-гинекологов, президент Забайкальского общества акушеров-гинекологов.
 9. Горбунова Елена Алексеевна - врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории, врач физиотерапевт, научный сотрудник отделения эстетической гинекологии и реабилитации ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова" Минздрава России
 10. Гущин Александр Евгеньевич – ведущий научный сотрудник Московского научно-практического Центра дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения г. Москвы
 11. Довлетханова Эльмира Робертовна - к.м.н., старший научный сотрудник научно-поликлинического отделения ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова" Минздрава России.
 12. Крутова Виктория Александровна – д.м.н., профессор, главный врач клиники, проректор по лечебной работе ФГБОУ ВО Кубанский Государственный

университет Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин в ЮФО.

13. Кузьмин Владимир Николаевич – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины Института клинической медицины имени Н.А.Семашко ФГБУ ВО «Российский Университет Медицины»
14. Малышкина Анна Ивановна - д.м.н., профессор, директор ФГБУ «Ивановский НИИ материнства и детства им. В. Н. Городкова». заведующая кафедрой акушерства и гинекологии, медицинской генетики лечебного факультета ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России, главный внештатный специалист Минздрава России по акушерству, главный внештатный специалист Минздрава России по гинекологии, главный внештатный специалист по репродуктивному здоровью женщин в ЦФО.
15. Муравьева Вера Васильевна - к.б.н., старший научный сотрудник института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.
16. Павлович Станислав Владиславович - к.м.н., доцент, ученый секретарь ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова" Минздрава России, профессор кафедры акушерства, гинекологии, перинатологии и репродуктологии ИПО
17. Прилепская Вера Николаевна - д.м.н., профессор, руководитель научно-поликлинического отделения ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова" Минздрава России.
18. Припутневич Татьяна Валерьевна – член-корреспондент РАН, д.м.н., доцент, директор института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова" Минздрава России
19. Савичева Алевтина Михайловна - д.м.н., профессор, заведующая отделом медицинской микробиологии, заведующая лабораторией клинической микробиологии ФГБНУ «НИИАГиР» им. Д.О. Отта, заведующая кафедрой

клинической лабораторной диагностики ФГБОУ СПб ГПМУ МЗ РФ,
заслуженный деятель науки

20. Тоноян Нарине Марзпетуновна – кандидат медицинских наук, врач-акушер-гинеколог отделения оперативной гинекологии ФГБУ «Научный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства Здравоохранения РФ.
21. Филиппов Олег Семенович – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, главный внештатный акушер-гинеколог ФМБА России, заместитель директора ФНКЦ детей и подростков ФМБА России, профессор кафедры акушерства, гинекологии и Репродуктивной медицины Российского Университета Медицины.
22. Шабанова Наталья Евгеньевна – к.м.н., доцент, заведующий отделения клинической фармакологии антимикробных и иммунобиологических препаратов института микробиологии, антимикробной терапии и эпидемиологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Министерства здравоохранения Российской Федерации
23. Ярмолинская Мария Игоревна - руководитель отдела гинекологии и эндокринологии ФГБНУ «НИИ АГиР им.Д.О.Отта», заведующий отделением гинекологии №2, руководитель центра «Диагностики и лечение эндометриоза», профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, профессор РАН, д.м.н., профессор, член Российского общества акушеров-гинекологов.

Конфликт интересов: отсутствует

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. Врачи-акушеры-гинекологи,
2. Врачи-дерматовенерологи,
3. Врачи семейной медицины,
4. Студенты, ординаторы, аспиранты, преподаватели медицинских вузов.

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

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

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

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

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

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

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

Порядок обновления клинических рекомендаций.

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

Приложение АЗ. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата

Данные клинические рекомендации разработаны с учётом следующих нормативно-правовых документов:

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 октября 2020 г. N 1130н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология"

Порядок оказания медицинской помощи по профилю «дерматовенерология», утвержденный Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации № 924н от 15 ноября 2012 г с изменениями и дополнениями от 21 февраля 2020 г.

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.05.2021 № 464н "Об утверждении Правил проведения лабораторных исследований" (Зарегистрирован 01.06.2021 № 63737)

СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней", глава IV

Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Пациентка с подозрением на цервицит, вагинит, вульвит

Сбор жалоб, анамнеза и оценка факторов риска ИППП

Оценка клинической картины и обследование пациентки, включая лабораторную диагностику:

- взятие биологического материала на молекулярно-биологическое исследование – полимеразная цепная реакция (ПЦР) отделяемого слизистых оболочек женских половых органов
- определение концентрации водородных ионов (рН) отделяемого слизистой оболочки влагалища
- взятие биологического материала отделяемого женских половых органов на микроскопическое и культуральное исследование
- проведение ультразвукового исследования органов малого таза

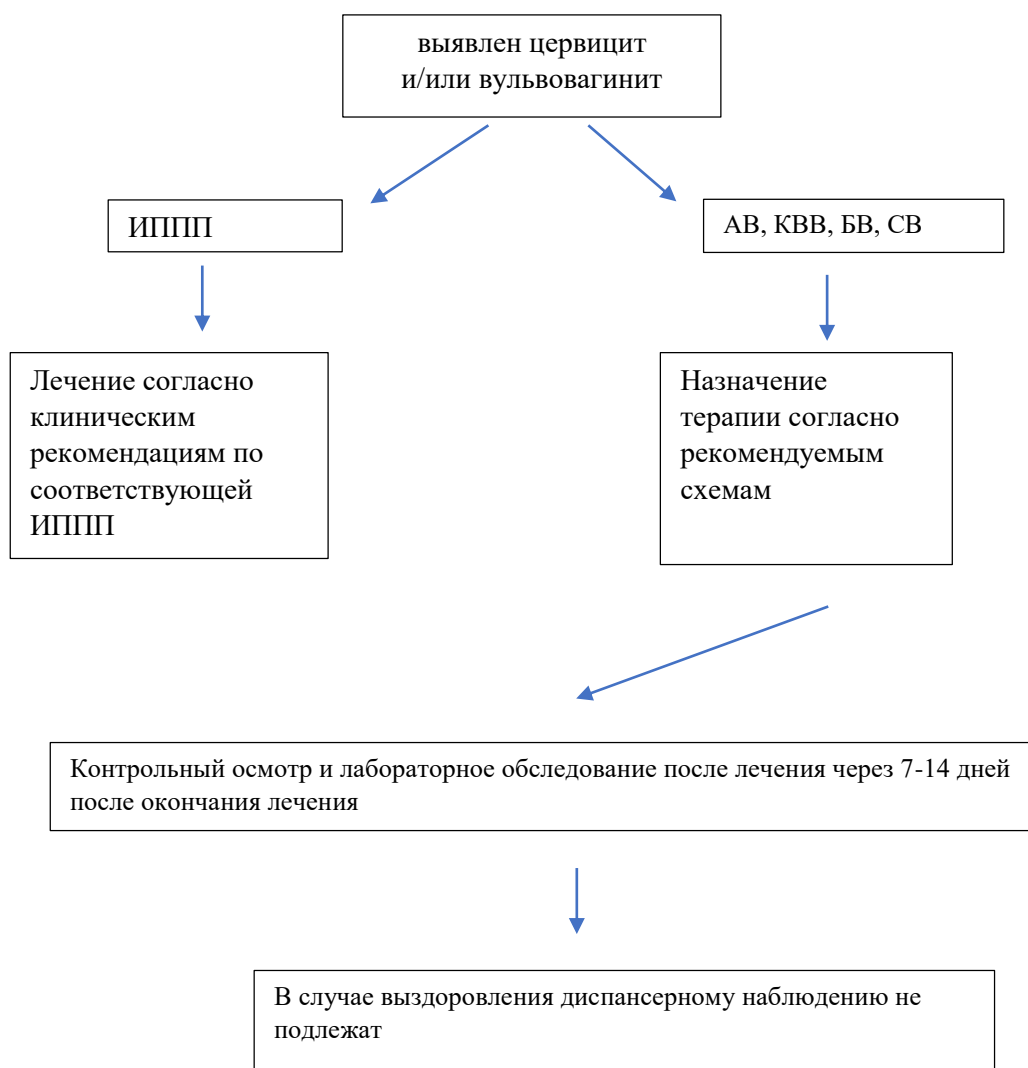


Таблица 1. Локальная терапия вульвовагинитов

Класс препарата	Активное вещество	Входит в состав комбинированных местных препаратов	Применение при беременности
Антибиотики	Полимиксин В	Да	Противопоказано
	Клиндамицин	Да	Противопоказано
Другие синтетические антибактериальные средства	Нифурател	Да	Возможно со II триместра беременности в составе комбинированных препаратов
	Метронидазол	Да	Возможно со II триместра беременности в составе комбинированных препаратов
	Орнидазол	Да	Противопоказано
	Секнидазол	Нет	Противопоказано
	Тинидазол	Да	Во II и III триместрах беременности целесообразность определяется индивидуально после консультации врача
Аминогликозиды	Неомицин	Да	Возможно со II триместра беременности в составе комбинированных местных препаратов
Противогрибковые средства	Нистатин	Да	Возможно, если потенциальная польза для матери превосходит потенциальный риск для плода
	Клотримазол	Нет	Во II и III триместрах беременности целесообразность определяется индивидуально после консультации врача
	Миконазол	Да	Возможно со II триместра беременности
	Бутоконазол	Да	Возможно, если потенциальная польза для матери превосходит потенциальный риск для плода
	Фентиконазол	Нет	Противопоказано в I триместре беременности.
	Тиоконазол	Да	Противопоказано в I триместре беременности
	Эконазол	Да	Возможно, если потенциальная польза для матери превосходит потенциальный риск для плода
	Сертаконазол	Нет	Противопоказано
	Натамицин	Нет	Может использоваться в период беременности
Амфениколы	Хлорамфеникол	Да	Возможно со II триместра беременности в составе комбинированных местных препаратов
Антисептики и дезинфицирующие средства	Деквалиния хлорид	Нет	Может использоваться в период беременности
	Хлоргексидина биглюконат	Да	Возможно, если предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода
	Повидон-йод	Нет	Противопоказано
Глюкокортикостероиды	Преднизолон	Да	Возможно со II триместра беременности в составе

			комбинированных локальных препаратов
	Гидрокортизона ацетат	Да	Противопоказано

Приложение В. Информация для пациента

В период лечения необходимо воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности вульвовагинита и/или цервицита.

С целью установления излеченности необходима повторная явка к врачу-акушеру-гинекологу для обследования через 7-14 дней после окончания лечения вульвовагинита и/или цервицита .

Необходимо соблюдать правила личной гигиены и избегать незащищенных половых контактов. Следует проводить интимную гигиену с использованием средств интимной гигиены.

С целью предотвращения повторных эпизодов вульвовагинита необходимо избегать бесконтрольного употребления антибактериальных и гормональных препаратов, своевременно лечить эндокринные, гинекологические заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта, отказаться от вагинальных спринцеваний (это фактор риска развития аэробного вагинита), тесного синтетического белья и ежедневного использования гигиенических прокладок.

Приложение Г1. Порядок получения клинического материала для микроскопического исследования влагалищного отделяемого [46], [51], [75].

Взятие материала для исследования проводит врач-акушер-гинеколог. После введения во влагалище зеркала отделяемое берут стерильным дакроновым тампоном из заднего и боковых сводов или с патологически измененных участков слизистой. Для микроскопического исследования пробу влагалищного отделяемого переносят на предметное стекло, стараясь, чтобы материал распределился равномерно, сохраняя естественное взаиморасположение всех компонентов микробиоценоза. Препарат высушивают на воздухе и в тот же день в закрытой маркированной ёмкости, отправляют в лабораторию в тот же день. В случае более длительного хранения препарат можно зафиксировать в пламени горелки или 96% спиртом. Фиксированные препараты можно хранить при комнатной температуре в течение нескольких дней. Для молекулярно-биологического (ПЦР) исследования образец биоматериала переносят в пробирку с транспортной средой, рекомендуемой производителем наборов реагентов. При отсутствии транспортной среды возможно использование физиологического раствора.

Порядок получения клинического материала: 1. Для микроскопического исследования, 2. Для культурального исследования (посев), 3. Для ПЦР

Образец биологического материала из цервикального канала шейки матки берут в зеркалах. Для взятия материала используют дакроновый тампон, специальную щеточку. Наружное отверстие цервикального канала необходимо тщательно освободить от вагинальных выделений с помощью ватного или марлевого тампона, чтобы предотвратить возможную контаминацию. Тампон (щетку) вводят в цервикальный канал на глубину 1-2 см и несколько раз вращают. Биологический материал с тампона переносят на предметное стекло, прокатывая его по стеклу.

Для культурального или ПЦР исследования клинический материал, взятый тампоном, помещают в специальную транспортную среду.

Возможно взятие биологического материала из влагалища самой женщиной с использованием теста для самозабора материала по схеме производителя без использования транспортной среды с последующим проведением ПЦР-исследования.

Приложение Г2. Интерпретация результатов микроскопии

При микроскопическом исследовании влагалищного отделяемого оценивают [46] [51] [75]:

- **состояние вагинального эпителия:** преобладание клеток поверхностного, промежуточного или парабазального/базального слоёв, наличие «ключевых» клеток – поверхностных эпителиальных клеток, густо покрытых адгезированными на них мелкими грамвариабельными палочками/кокками, скрывающими границы клетки, или «ложно-ключевых» клеток – повышенная адгезия на эпителиальных клетках грамположительных палочек, морфотипа лактобацилл.

- **лейкоцитарную реакцию:** её наличие, степень выраженности, проявление фагоцитоза, его завершенность;

- **состав микрофлоры:** количественная и качественная оценка её по морфологическим и тинкториальным свойствам. Наличие бластоспор и/или псевдомицелия дрожжеподобных грибов.

Критерии микроскопической диагностики различных состояний вагинального биотопа (при увеличении микроскопа $\times 1000$)

Состояние микроценоза влагалища	Вагинальный эпителий	Лейкоцитарная реакция, соотношение лейкоцитов к клеткам плоского эпителия (Л:Э)	Общее количество микроорганизмов	Доминирующий морфотип
Нормоценоз	Клетки поверхностных слоёв, промежуточного слоя (соотношение может меняться в зависимости от фазы менструального цикла, во время беременности много промежуточных клеток; число их увеличивается при выраженном воспалительном процессе), иногда (при повышенном уровне эстрогенов) встречаются «ложно-ключевые» клетки.	Отсутствует или слабо выражена – от единичных до 10 лейкоцитов в поле зрения; Л:Э=1:1	Умеренное или большое	Лактобациллы; другие морфотипы либо отсутствуют, либо их количество исчисляется единичными микробными клетками в редких полях зрения
Бактериальный вагиноз	Клетки поверхностных и промежуточных слоёв, часто встречаются «ключевые» клетки	Как правило, отсутствует (если она выражена - следует думать о смешанной инфекции); Л:Э<1:1	Массивное, реже - большое	Строгих анаэробов и гарднереллы; морфотипы лактобацилл отсутствуют или определяются как единичные не во всех полях зрения
Кандидозный вульвовагинит	Преимущественно поверхностные клетки, но может быть много промежуточных и даже парабазальных клеток (пропорционально тяжести клинического течения заболевания)	От умеренной (10-15 лейкоцитов в поле зрения светового микроскопа) до резко выраженной (30-50 и более лейкоцитов в поле зрения); Л:Э>1:1, чаще 10:1	Умеренное или большое;	Лактобацилл, присутствуют дрожжевые клетки, фрагменты псевдомицелия с бластоспорами.

Кандидозный вульвовагинит + БВ	Клетки преимущественно поверхностных и промежуточных слоёв, присутствуют «ключевые» клетки	Умеренная или выраженная	Массивное Реже – большое	Морфотипы строгих анаэробов и гарднереллы, присутствуют дрожжевые клетки и/или фрагменты псевдомицелия гриба; лактобациллы отсутствуют или выявляются единичные морфотипы в поле зрения
Бессимптомное носительство дрожжевых грибов	Клетки поверхностных и промежуточных слоёв	Не выражена, единичные лейкоциты в поле зрения	Умеренное или большое	Морфотипы лактобацилл, грибы чаще всего не выявляются или в редких полях зрения встречаются единичные дрожжевые клетки
Аэробный вагинит	Поверхностные и промежуточные клетки, при выраженном воспалительном процессе встречаются парабазальные клетки	Выражена (в разной степени) лейкоцитарная реакция (>10 лейкоцитов в поле зрения); Л:Э>1:1, чаще 10:1	Умеренное	Лактобациллы отсутствуют, или их количество снижено; преобладают морфотипы условно-патогенных микроорганизмов – колиформные палочки или грам(+) кокки
Промежуточный вариант	Поверхностные клетки, могут встречаться единичные «ключевые» клетки или отмечается склонность к их формированию	Не >10 в поле зрения;	Умеренное или большое	Доминируют морфотипы строгих анаэробов и гарднереллы в сочетании с умеренно сниженным титром лактобацилл
Цитолитический вагиноз	Большинство клеток эпителий подвергнуто цитолизу, в мазке преобладают элементы деструкции клеток (детрит, обнаженные ядра поверхностных и промежуточных клеток)	Отсутствуют или их количество не превышает 10 в поле зрения	Большом количестве	Морфотипы типичных лактобацилл

Вагинальная эпителиальная атрофия	В зависимости от степени атрофии слизистой оболочки влагалища эпителий представлен различным соотношением числа промежуточных и парабазальных клеток. По мере нарастания атрофии увеличивается число парабазальных и базальных клеток	Чаще не превышает 10 в поле зрения	Отсутствует	Могут встречаться в редких полях зрения единичные лактоморфотипы или морфотипы условно-патогенных микроорганизмов
--	---	------------------------------------	-------------	---

Микроскопическое исследование по Дондерсу

Для диагностики АВ используется микроскопическое исследование по методу G. Donders [5]. При данном исследовании учитывается соотношение лактобациллярной и нелактобациллярной микрофлоры, количество лейкоцитов и их соотношение с количеством эпителиальных клеток, лизосомальная активность лейкоцитов (токсичные лейкоциты выглядят округлыми и раздутыми, с лизосомами внутри), отношение количества парабазальных эпителиоцитов к количеству эпителиоцитов поверхностных и средних слоев. Суммирование баллов по каждой позиции дает общий счет от 0 до 10. При числе баллов <3 констатируют отсутствие АВ, 3 или 4 – легкая форма АВ, 5 или 6 – умеренная форма АВ, >6 – как тяжелая форма АВ (соответствует десквамативному воспалительному вагиниту).

Критерии микроскопической диагностики аэробного вагинита

(при увеличении микроскопа ×400)

Баллы	Лактобациллярная микрофлора	Лейкоциты	Токсичные лейкоциты	Другая микрофлора	Парабазальные эпителиоциты
0	Лактобациллы существенно превалируют над другой микрофлорой	≤10 в поле зрения	Отсутствуют или встречаются очень редко	Отсутствует или присутствует в незначительном количестве	Отсутствуют или <1%
1	Количество лактобацилл значительно снижено на фоне значительного увеличения другой микрофлоры	>10 в поле зрения, но ≤10 на одну эпителиальную клетку	≤50% всех лейкоцитов	Маленькие колиформные бациллы	≤10% всех эпителиоцитов
2	Лактобациллы отсутствуют или присутствуют в незначительном количестве на фоне избыточного роста другой микрофлоры	>10 на одну эпителиальную клетку	>50% всех лейкоцитов	Кокки или цепочки кокков	>10% всех эпителиоцитов