

Приложение _____ к приказу № _____
от «___» _____ 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И
РЕБЁНКА**

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ ШЕЙКИ МАТКИ,
ВЛАГАЛИЩА И ВУЛЬВЫ»**

ТАШКЕНТ 2025

«УТВЕРЖДАЮ»
Министр здравоохранения
Республики Узбекистан
А.А. Худаяров

«____» _____ 2025 год

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ БОЛЕЗНИ ШЕЙКИ МАТКИ,
ВЛАГАЛИЩА И ВУЛЬВЫ»**

« » 2025 ГОД



3

ТАШКЕНТ 2025

Оглавление

Вводная часть.....	5
Основная часть.....	8
Приложения.....	21
Список литературы	24

1. Вводная часть

Коды по МКБ-10:

N72	Воспалительная болезнь шейки матки
N76	Другие воспалительные болезни влагалища и вульвы
N76.0	Острый вагинит
N76.1	Подострый и хронический вагинит
N76.2	Острый вульвит
N76.3	Подострый и хронический вульвит
B37.3	Кандидоз вульвы и вагины
N77.1	Вагинит, вульвит и вульвовагинит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках
T19.2	Инородное тело в вульве и влагалище
Ссылка: https://mkb-10.com/index.php?pid=13320	

Коды по МКБ-11:

GA00.0	Острый вульвит
GA00.1	Подострый, хронический или рецидивирующий вульвит
GA00.4	Вульвовагинальные изъязвления и воспаления
GA00.40	Вульвовагинальные изъязвления
GA00.4Y	Другие уточненные вульвовагинальные изъязвления и воспаления
GA00.4Z	Вульвовагинальные изъязвления и воспаления неуточненные
GA02.0	Острый вагинит
GA02.1	Воспалительный вагинит
GA02.2	Подострый или хронический вагинит
GA02.3	Генитальная язвенная болезнь влагалища
GA02.4	Вульвовагинальные изъязвления и воспаления
Ссылка: https://icd11.ru/zhenskoi-polovoi-sistemy-mkb11/	

Дата разработки и пересмотра протокола: 2025 год, дата пересмотра 2030 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка.

Руководители рабочей группы:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Надырханова Н.С.	Директор, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР
2	Алиева Д.А.	Заведующая научно-консультативной поликлиникой «Семья и брак», д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР
3	Абдуллаева Л.М.	Главный акушер-гинеколог МЗРУз	ТМА

Список составителей:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Нишанова Ф.П.	акушер-гинеколог, к.м.н.	РСНПМЦЗМиР
2	Иргашева С.У.	акушер-гинеколог, д.м.н.	РСНПМЦЗМиР

3	Абдураимов Т.Ф.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
4	Ахмедова М.О.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
5	Мирзаева Ю.К.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
6	Ешимбетова Г.З.	акушер-гинеколог, д.м.н., профессор	ЦРПКМР
7	Юлдашев С.К.	акушер-гинеколог, PhD	РСНПМЦЗМиР
8	Миралиев Ф.К.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
9	Шерматова С.Э.	акушер-гинеколог, PhD.	РСНПМЦЗМиР
10	Каримова Л.А.	акушер-гинеколог	РСНПМЦЗМиР
11	Холмуродова А.Ш..	акушер-гинеколог	Самаркандский филиал РСНПМЦЗМиР

Рецензенты:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Юсупов У.Ю.	Д.м.н., профессор	РСНПМЦЗМиР
2	Каттаходжаева М.Х.	Заведующая кафедрой, д.м.н. профессор	Ташкентский государственный стоматологический институт, кафедра акушерства и гинекологии

РСНПМЦЗМиР – Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребёнка

ЦРПКМР – Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

ТМА – Ташкентская медицинская академия

Клинический протокол обсужден и рекомендован к утверждению путем достижения неформального консенсуса на заключительном Совещании рабочей группы с участием профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директоров филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместителей), врачей региональных учреждений системы родовспоможения в онлайн-формате «_11_» _марта_ 2025 г., протокол №2. Руководитель рабочей группы – д.м.н. Надырханова Н.С., директор ГУ «РСНПМЦЗМиР».

Клинический протокол рассмотрен и утвержден Ученым Советом Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра здоровья матери и ребенка» «__14__» __марта__ 2025 г., протокол №__3__

Председатель Ученого Совета: д.м.н., профессор Асатова М.М.

Внешняя экспертная оценка:

№	Ф.И.О.	Должность	Место работы
1	Роговская С.И.	Вице-президент Российской Ассоциации по генитальным инфекциям и неоплазиям РАГИН, член правления Российской ассоциации акушеров-гинекологов	Российская Медицинская академия непрерывного профессионального образования и УНМИЦ Управделами Президента Российской Федерации

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
ПЦР	полимеразная цепная реакция
СВ	смешанный вагинит
УПМ	условно-патогенные микроорганизмы
ВПЧ ВКР	вирус папилломы человека высокого канцерогенного риска
ВРТ	вспомогательные репродуктивные технологии
ДНК	дезоксирибонуклеиновая кислота
КС	кольпоскопия

Цель протокола: предоставить медицинским работникам современные научно-обоснованные данные и рекомендации, основанные на доказательствах для разработки и внедрения системы организованного подхода в диагностике и лечении воспалительных заболеваний шейки матки, вульвы и влагалища.

Категории пациентов: пациенты с воспалительными заболеваниями шейки матки, вульвы и влагалища.

Пользователи клинического протокола: семейные врачи; врачи акушеры-гинекологи; врачи дерматовенерологи; врачи лабораторной диагностики; организаторы здравоохранения; студенты медицинских ВУЗов; клинические ординаторы; магистранты; докторанты; преподаватели медицинских ВУЗов; женщины, члены их семей и лица, осуществляющие уход.

Приверженность рекомендациям протокола:

В протоколе представлены рекомендации общего характера, разработанные на основе имеющихся на момент публикации доказательств.

Если в практической деятельности принимается решение отойти от рекомендаций данного протокола, то врачи-клиницисты должны задокументировать в истории болезни пациента следующие данные:

- кем принято такое решение;
- подробное обоснование решения отхода от протокола;
- какие рекомендации по ведению пациента были приняты.

Рекомендации не охватывают все элементы клинической практики, это означает, что врачи должны обсуждать с пациентами индивидуальную тактику ведения, принимая во внимание потребности пациента, придерживаясь принципа уважительного конфиденциального общения.

Это включает:

- Использование услуг переводчика в случае необходимости;
- Консультирование пациента и получение информированного согласия на ту или иную манипуляцию или тактику введения;
- Обеспечение ухода в рамках требований законодательства и соблюдения стандартов профессионального поведения;
- Документирование любой тактики ведения и ухода в соответствии с общими и местными требованиями.

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)

2. Основная часть

Введение

Воспалительные заболевания шейки матки, влагалища и вульвы — это группа патологий, которые представляют собой воспаление слизистых оболочек и тканей этих органов. Эти заболевания являются одними из наиболее распространённых среди женщин репродуктивного возраста. Они могут вызываться как инфекциями, так и воспалительными процессами, возникающими на фоне различных факторов, таких как гормональные изменения, снижение иммунной защиты, травмы или аллергические реакции.

Воспаление влагалища (**вагинит**) и воспаление шейки матки (**цервицит**) могут возникать как независимо друг от друга, так и одновременно. Однако в большинстве случаев первичным является воспаление влагалища, которое затем может распространиться на шейку матки.

Это связано с анатомической близостью и функциональной связью этих органов.

[https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

1. Влагалище как входные ворота для инфекций:

- Влагалище непосредственно контактирует с внешней средой, что делает его более уязвимым для проникновения патогенных микроорганизмов (бактерий, грибов, вирусов).

- Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), часто сначала поражают влагалище, а затем распространяются на шейку матки.

2. Нарушение микрофлоры влагалища:

- Дисбаланс микрофлоры (например, при бактериальном вагинозе или кандидозе) создает благоприятные условия для развития воспаления, которое может перейти на шейку матки.

3. Анатомическая связь:

- Воспалительный процесс из влагалища легко распространяется на шейку матки из-за их близкого расположения.

Эпидемиология

Воспалительные заболевания шейки матки, влагалища и вульвы являются распространённой патологией среди женщин репродуктивного возраста. Согласно данным, распространённость цервицита составляет 30–45%, при этом около 50% случаев протекают бессимптомно. Распространённость цервицита и вагинита составляет 30-45% среди пациенток клиник, специализирующихся на лечении ИППП. Частота встречаемости АВ колеблется от 7 до 12%. Распространённость ДВВ составляет менее 1%. Частота КВВ составляет 30-45% в структуре инфекционных заболеваний влагалища и вульвы, до 20% случаев заболевание носит осложнённый (рецидивирующий) характер. Частота СВ варьируется от 4,4 до 35,1%.

Определения

Воспалительная болезнь шейки матки – цервицит – воспалительный процесс, локализованный в цилиндрическом и/или многослойном плоском неороговевающем эпителии шейки матки инфекционной или неинфекционной природы.

Воспалительная болезнь влагалища – вагинит – это воспаление стенок влагалища инфекционной или неинфекционной природы.

Воспалительная болезнь вульвы - вульвит – это воспаление слизистой оболочки и кожных покровов вульвы.

Часто вагинит и цервицит развиваются одновременно, особенно при:

- Инфекциях, передающихся половым путем (хламидиоз, гонорея, трихомониаз).
- Хронических воспалительных процессах, когда инфекция из влагалища поднимается выше.
- Снижении иммунитета, что способствует распространению инфекции.

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

Десквамативный воспалительный вагинит (ДВВ) – хроническое заболевание влагалища неизвестной этиологии и патогенеза, возможно являющееся более тяжелой формой АВ, влагалища и преддверия влагалища,

Кандидозный вульвовагинит (КВВ) – воспаление, вызванное дрожжевыми грибами рода *Candida*.

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

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.

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

Этиология и патогенез заболевания или состояния

Этиология воспалительных заболеваний шейки матки:

- **Инфекции, передающиеся половым путем.** В числе патогенов – хламидии, гонококки, трихомонады и вирус герпеса.
- **Другие инфекционные агенты.** Бактериальные инфекции, не связанные с ИППП, такие как стафилококки, стрептококки и микоплазмы, также могут вызывать эндоцервицит.
- **Механическое раздражение.** Постоянное механическое раздражение, например, от внутриматочной спирали, может спровоцировать развитие эндоцервицита.
- **Химическое раздражение.** Использование определенных химических веществ, например, спермицидов или лубрикантов, может вызвать раздражение и воспаление.
- **Аллергические реакции.** Некоторые женщины могут иметь аллергические реакции на продукты личной гигиены, контрацептивы или другие вещества, контактирующие с шейкой матки.
- **Гормональные изменения.** Изменения в гормональном балансе, например, во время менопаузы, могут делать шейку матки более уязвимой для инфекций.
- **Травмы** шейки матки во время родов, аборта или медицинских процедур могут привести к развитию воспаления.
- **Выпадение тазовых органов.**
- **Наличие ректовагинальных и урогенитальных свищей.**
- **Гельминтозы.**
- **Нарушение правил личной гигиены.**

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

Хронические цервициты могут быть обусловлены недиагностированными ИППП, физическим и химическим воздействием, травматизацией шейки матки во время родов, абортов, диагностических выскабливаний полости матки и цервикального канала, иммунными механизмами, лучевой терапией, системными воспалительными заболеваниями, такими как красный плоский лишай и др. Хронический цервицит также может быть связан с течением десквамативного воспалительного вагинита.

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

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

Основные факторы, способствующие развитию вагинита и вульвита:

- Инфекции:
 - Бактериальные и вирусные инфекции
 - Грибковые инфекции
 - Паразитарные инфекции.
- Дисбаланс микрофлоры влагалища:
 - Нарушение естественного баланса между полезными и условно-патогенными микроорганизмами, вызванное приемом антибиотиков.
- Гормональные изменения:
 - Снижение уровня эстрогена в менопаузе.
- Аллергические реакции:
 - Использование гигиенических средств с агрессивными химическими компонентами.
 - Спермициды, латексные презервативы или лубриканты могут вызывать раздражение.
- Механические повреждения:
 - Травмы слизистой оболочки влагалища (например, после родов, хирургических вмешательств или грубого полового акта).
- Химические раздражители: спринцевание с использованием химических растворов.
- Снижение иммунитета в следствие хронических заболеваний, стресса, переутомления, ВИЧ-инфекции, приема иммунодепрессантов.
- Инородные тела: длительное ношение тампонов, внутриматочных спиралей или инородные предметы во влагалище.
- Сопутствующие заболевания: сахарный диабет, ожирение или другие эндокринные нарушения.
- Несоблюдение личной гигиены

Этиология **аэробного вагинита**:

- 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*)
- стафилококки (*Staphylococcus aureus*)

УПМ при АВ преобладают над лактобациллами, pH вагинального отделяемого повышается.

К факторам риска развития аэробного вагинита относят:

- длительный и/или бесконтрольный приём антибиотиков,

- применение цитостатиков, глюкокортикоидов,
- лучевая и химиотерапия и др.

Кандидозный вульвовагинит обычно вызывается *Candida albicans*, но иногда может быть вызван другими видами *Candida* или дрожжами. Типичные симптомы кандидозного вульвовагинита включают зуд, болезненность влагалища, диспареунию, внешнюю дизурию и аномальные выделения из влагалища. Ни один из этих симптомов не является специфическим для КВВ. По оценкам, у 75% женщин имел место по крайней мере один эпизод КВВ, а у 40%-45% – два или более эпизодов. На основании клинической картины, микробиологии, факторов хозяина и ответа на терапию КВВ можно классифицировать как неосложненный или осложненный. Примерно у 10-20% женщин отмечается осложненный КВВ, требующий специальных диагностических и терапевтических подходов.

[\[https://diseases.medelement.com/material/cdc-23-07-2021/877864391627219085\]](https://diseases.medelement.com/material/cdc-23-07-2021/877864391627219085).

Этиология **неосложненного кандидозного вульвовагинита** связана с дрожжевыми грибами рода *Candida*. При КВВ частота встречаемости *C. albicans* – 80-90% *Candida non-albicans* (среди которых наиболее частые – *Candida glabrata*, *Candida krusei*, *Candida tropicalis*, *Candida parapsilosis*, реже – *Candida guilliermondii*, *Candida kefyr*) – 10–17%.

<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-16.09>

Candida glabrata и другие виды *Candida non-albicans* выявляют у 10–20% пациенток с **осложненным КВВ**. Диагноз кандидозного вагинита клинически подтверждается наличием внешней дизурии и зуда вульвы, боли, отека и покраснения. Признаки включают отек вульвы, трещины, эскориации и густые творожистые выделения из влагалища.

У большинства здоровых женщин с неосложненным КВВ нет идентифицируемых провоцирующих факторов.

[\[https://diseases.medelement.com/material/cdc-23-07-2021/877864391627219085\]](https://diseases.medelement.com/material/cdc-23-07-2021/877864391627219085).

Наиболее часто смешанный вагинит обусловлен сочетанием кандидозного вульвовагинита с бактериальным вагинозом.

Другими типичными комбинациями этиологических факторов при смешанном вагините являются *Trichomonas vaginalis* на фоне БВ, а также аэробный вагинит и кандидозный вульвовагинит.

Смешанный вагинит обычно сопровождается образованием полимикробных биопленок.

Классификация цервицитов, вагинитов, вульвитов

Классификация цервицитов, вагинитов и вульвитов основывается на этиологии, течения заболевания и характера воспаления.

1. По течению заболевания:

- Острый цервицит и вагинит, вульвит: ярко выраженные симптомы (обильные выделения, зуд, боль), чаще вызван инфекционными агентами.
- Хронический цервицит и вагинит, вульвит: длительное течение, слабо выраженные симптомы, может приводить к структурным изменениям шейки матки (например, эрозии).

2. По этиологии:

Инфекционный

- Специфический: вызванный ИППП (хламидии, гонококки, трихомонады, вирус герпеса, ВПЧ).
- Неспецифический: вызванный условно-патогенной флорой (стрептококки, стафилококки, кишечная палочка, грибы рода *Candida*).

Неинфекционный:

- Травматический (после родов, абортов, операций).

- Аллергический (реакция на средства гигиены, латекс).
- Атрофический (связан с дефицитом эстрогенов).

3. По локализации:

- Эндоцервицит: воспаление цервикального канала.
- Экзоцервицит: воспаление влагалищной части шейки матки.

Цервицит, вагинит и вульвит могут быть классифицированы по следующим признакам (таблица 1).

Таблица 1. Классификация цервицитов, вагинитов и вульвитов.

По этиологии	По происхождению возбудителя	По наличию осложнений	По таксономии возбудителя	По клиническому течению
инфекционный	ИППП	осложненные	бактериальные	острый
неинфекционный	неспецифические инфекции	осложненные	вирусные	хронический
	ятрогенные инфекции (связанные с манипуляцией)		протозойные	

Клиническая картина заболевания или состояния

Воспаление шейки матки может протекать бессимптомно более чем в 50% случаев.

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

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

Вагиниты и вульвиты не протекают бессимптомно. Острые вагиниты и вульвиты протекают с ярко выраженными симптомами (зуд, жжение, отек, покраснение, выделения).

Подострый вагинит и вульвит протекают с менее выраженными симптомами, чем при остром течении.

При хроническом течении отмечаются периодические обострения. Симптомы слабо выражены, но могут усиливаться при провоцирующих факторах (стресс, переохлаждение, снижение иммунитета).

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

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.

При КВВ наблюдаются обильные выделения творожистого характера, дискомфорт во влагалище и в области вульвы, диспареуния, жжение, зуд, раздражение вульвы, дизурические явления [https://data.unaids.org/publications/irc-pub04/una97-6_en.pdf]. При осложненном КВВ тяжелой степени наблюдается выраженная гиперемия вульвы, отек, эскориации и образование трещин в области вульвы, задней спайки и перианальной области.

Диагностика

Необходимо провести оценку жалоб и осмотр:

- Сбор анамнеза (жалобы, симптомы, история заболеваний).
- Гинекологический осмотр.

Лабораторные исследования:

- Мазок на флору (микроскопия).
- ПЦР-диагностика для выявления ИППП (хламидия, микопlasма гениталиум, уреаплазма, ВПЧ, ВПГ и др.).
- Бактериологический посев выделений из цервикального канала шейки матки и свода влагалища с определением чувствительности к антибиотикам.
- При необходимости — цитологическое исследование (жидкостная цитология с окраской мазка по Папаниколау) для исключения дисплазии или рака шейки матки.

Оценка жалоб и общего состояния проводятся при каждом визите.

С Рекомендуется всем пациенткам проведение сбора жалоб и анамнестических данных с целью выявления факторов риска развития воспалительных заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы

Факторами риска развития воспалительных заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы являются:

- раннее начало половой жизни,
- большое число и частая смена половых партнеров,
- курение,
- большое количество беременностей и родов,
- длительный прием комбинированных оральных контрацептивов,
- травма слизистой шейки матки и влагалища при родах, абортах, выскабливаниях,
- наличие в анамнезе воспалительных заболеваний органов малого таза или инфекций, передающихся половым путем.

Сбор анамнеза

Сбор анамнеза должен включать следующие данные:

- наличие жалоб (редко встречаются выделения различного характера из половых путей, наличие и характер болей, и др.),
- возраст;
- наличие профессиональных вредностей;
- наличие вредных привычек (курение, алкоголь, наркотические вещества);
- семейный анамнез (указание на наличие у родственников 1-й линии таких заболеваний как, сахарный диабет, тромбоэмболические осложнения, гипертоническая болезнь, психические заболевания, акушерские и перинатальные осложнения);
- характер менструаций (возраст менархе, длительность и регулярность менструального цикла, продолжительность и объем менструального кровотечения, болезненность);
- характер половой жизни: в каком возрасте началась, какой брак по счету, его продолжительность, особенности сексуальной жизни (либидо, оргазм, частота половых контактов, болезненность полового акта – диспареуния), количество половых партнеров;
- сопутствующие половые инфекции;
- предшествующие методы контрацепции;
- акушерский анамнез (число беременностей и родов в анамнезе и их исход, наличие осложнений беременности, родов и/или аборт, весоростовые показатели и состояние здоровья рожденных детей, способ достижения беременности — самопроизвольная беременность или беременность в результате вспомогательных технологий);
- перенесенные и имеющиеся гинекологические заболевания, оперативные вмешательства на органах малого таза.

Физикальное обследование.

- А** 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

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.

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.

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.

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

КВВ сопровождается отечностью, гиперемией слизистой влагалища и вульвы, 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 герпес-вирусной 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. При бимануальном влагалищном исследовании оцениваются размеры, консистенция и подвижность матки и её придатков, болезненность при пальпации и тракциях за шейку матки.

- А** Рекомендуется всем пациенткам определение концентрации водородных ионов (рН), отделяемого слизистой оболочки влагалища для уточнения диагноза

Водородный показатель реакции среды отделяемого слизистой влагалища свидетельствует о степени ее нейтральности (рН = 3,7-4,5) у женщин репродуктивного периода и в том числе у беременных. Биоценоз влагалища представляют ассоциации различных микроорганизмов, их существование контролируется лактобактериями.

При некоторых заболеваниях рН меняется:

- Трихомонадный вагинит: рН от 5,0 до 6,0;
- Аэробный вагинит: рН более 6,5
- При КВВ: рН влагалища находится в пределах нормальных референсных значений от 3,5 до 4,5.
- Для острого АВ, ДВВ характерен рН от 5,0 до 6,0.

Увеличение рН влагалищной жидкости свидетельствует о нарушениях в микробиоценозе влагалища и/или развития инфекционных заболеваний, что требует углубленного обследования.

[\[https://cyberleninka.ru/article/n/rol-rn-metrii-v-dagnostike-vaginalnyh-infektsiy\]](https://cyberleninka.ru/article/n/rol-rn-metrii-v-dagnostike-vaginalnyh-infektsiy)

[\[https://aig-journal.ru/articles/Biologicheskaya-rol-kislotnosti-vlagalisha-Mehanizmy-stabilnosti-i-metody-korrekcii.html\]](https://aig-journal.ru/articles/Biologicheskaya-rol-kislotnosti-vlagalisha-Mehanizmy-stabilnosti-i-metody-korrekcii.html)

Лабораторные диагностические исследования.

Лабораторные диагностические исследования цервицита/вагинита должны включать в себя микробиологическую диагностику инфекций, передающихся половым путем, а именно

микроскопическую, культуральную (бактериологическую), молекулярно-биологическую (ПЦР) диагностику.

В 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

Предпочтительным лабораторным методом диагностики ИППП, вызванных *N.gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium*, является ПЦР. Биологический материал (влагалищное отделяемое) предпочтительно брать из заднего свода влагалища [<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Vagdx2018.pdf>].

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 кардиолипновым 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) исследования сыворотки крови [<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-16.09>].

В Рекомендовано всем пациенткам с подозрением на цервицит/вагинит проведение микробиологического исследования влагалищных мазков на КВВ и БВ

Для БВ и КВВ микроскопическое исследование отделяемого гениталий является наиболее простым, низкозатратным и быстрым методом.

Микроскопический метод позволяет визуализировать дрожжевые клетки, псевдомицелий дрожжевых грибов, морфологический состав микрофлоры и соотношение бактериальных морфотипов, «ключевые клетки» и степень локального воспаления.

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.

С 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

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.

В Рекомендовано для диагностики АВ микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов, которое является предпочтительным методом

Для диагностики АВ возможно использование микроскопического исследования, предпочтительно с использованием окраски влагалищных выделений по Граму, и культурального исследования [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21795415/>].

- А** 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

ДВВ характеризуется колонизацией аэробными или факультативными анаэробными микроорганизмами и отсутствием лактобацилл, увеличением количества незрелых парабазальных эпителиальных клеток.

- С** Рекомендовано молекулярно-биологическое исследование влагалищного отделяемого с количественной оценкой микрофлоры для диагностики БВ, АВ, КВВ при наличии возможности

- А** 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

Молекулярно-биологическое исследование отделяемого цервикального канала на вирус простого герпеса 1 и 2 типов (*Herpes simplex virus types 1, 2*) биологический материал получают из цервикального канала с помощью зонда-щеточки.

Инструментальная диагностика

- С** Рекомендуются пациенткам с воспалительными заболеваниями шейки матки, вульвы и влагалища проведение ультразвукового исследования органов малого таза

- А** Рекомендуются выполнить расширенную кольпоскопию и/или вагиноскопию при выявлении измененных участков шейки матки и влагалища

Лечение, медикаментозная и немедикаментозная терапия

Воспалительные заболевания шейки матки

- В** Рекомендовано при наличии признаков острого цервицита со слизисто- гнойными 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

Рекомендуется проводить терапию антибактериальными препаратами эмпирически с охватом всего спектра вероятных возбудителей с предварительным проведением культурального исследования [<https://www.medkirov.ru/docs/id/216FB5-2021>].

В качестве антимикробной терапии цервицитов и вульвовагинитов используются антибиотики - цефалоспорины 2 поколения. Доказано, что цефалоспорины 2 поколения (цефуроксим) в течение семи – десяти дней обеспечивают высокую эффективность терапии неспецифического вагинита и цервицита, в том числе ассоциированного с микоплазмами, в рутинной клинической практике акушера-гинеколога.

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 [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20375352/>].

Во время беременности лечение КВВ возможно противогрибковыми средствами (клотримазол, натамицин) или антисептиками (деквалия хлорид) [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30575452/>].

С учетом гетерогенности условно патогенной флоры, выявляемой при исследовании вагинального и цервикального секрета, для лечения и цервицита необходимы антимикробные препараты с широким спектром действия, к которым чувствительны основные возбудители.

В лечении цервицитов используются также нитроимидазолы, производные нитрофурана, противогрибковые средства.

Согласно современным рекомендациям по стратегии и тактике рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике, препаратами выбора при лечении пациентов с уретритом, цервицитом, вызванных *Chlamydia trachomatis*, являются макролиды, тетрациклины, фторхинолоны. Данные антибиотики рекомендуются также в качестве препаратов выбора в терапии инфекций, вызванных *Ureaplasma urealyticum* и *Mycoplasma hominis*.

Для лечения цервицита у пациенток с высоким риском ИППП и после лабораторного подтверждения ИППП рекомендуется провести терапия согласно выявленному агенту (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.

Следует обеспечить элиминацию всего спектра возможных возбудителей (гонококков, хламидий, генитальной микоплазмы, грамотрицательной кишечной микрофлоры, грамположительных аэробов, анаэробов и др.). [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34292926/>].

Установлена одинаковая эффективность и безопасность для лечения АВ вагинальных суппозиториях, содержащих неомицин + нистатин + полимиксин В, а также неомицин + нистатин + тернидазол + преднизолон. [<https://doi.org/10.17116/rosakush201818252-64>]

С	Рекомендовано для небеременных пациенток без факторов риска ИППП с цервицитом неустановленной этиологии – назначение терапии после получения результатов лабораторного исследования
---	---

На сегодняшний день достаточно данных о эффективности двухэтапного применения пре- и пробиотиков при АВ, ВВК.

[<https://dx.doi.org/10.1159/000314016>].

[Радзинский В.Е., Ордянц И.М. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций. М.: Редакция журнала StatusPraesens; 2012.].

[<https://dx.doi.org/10.18565/aig.2020.4.201-208>].

Кольпоскопия и /или вагиноскопия позволяет определить отечность и гиперемия стенок влагалища и влагалищной порции шейки матки, а также визуально оценить состояние шейки матки под увеличением, выявить аномальные участки и взять биопсию для гистологического исследования.

[С.И.Роговская. Практическая кольпоскопия. М:ГОЭТАР-Медиа, 2022.-256с.].

[Б.С. Аппар, Г.Л. Броцман, М. Шпицер. М. Клиническая кольпоскопия. Иллюстрированное

[FIGO Cancer Report 2021: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.13865>].

[International society for the study of vulvovaginal disease recommendation for the diagnosis and treatment of vaginitis/ Eds.P.Vieira-Baptista, C.K.Stokdale, J.Sobel.- Lisbon: Admedic, 2022].

В I триместре беременности лечение АВ и СВ возможно антисептиками [<https://www.researchgate.net/publication/380808128>], а со II триместра - также и антибиотиками (линкозамиды – клиндамицин), (полипептиды – полимиксин В, (аминогликозиды – неомицин) в составе комбинированных локальных средств [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27509660/>].

Воспалительные заболевания влагалища и вульвы

В Рекомендовано для лечения АВ, ДВВ, СВ проводить интравагинальную антимикробную терапию в различных комбинациях с/без глюкокортикостероидов

В Рекомендуется для лечения КВВ пациенткам назначать противогрибковые средства интравагинально и/или системно

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.

[https://www.researchgate.net/publication/380808128_Management_of_Vulvovaginal_Candidiasis_in_Pregnancy].

[<https://ctv.veeva.com/study/assessment-of-the-efficacy-of-polygynax-r-in-the-empirical-treatment-of-infectious-vaginitis>].

Локальная терапия вульвовагинитов у беременных

Класс препарата	Активное вещество	Входит в состав комбинированных локальных препаратов	Применение при беременности
Антибиотики	Полимиксин В	Да	Возможно, со II триместра беременности в составе комбинированных локальных препаратов
	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 локальных препаратов
Противогрибковые средства	Нистатин	Да	Возможно, со II триместра беременности в составе комбинированных локальных препаратов

Класс препарата	Активное вещество	Входит в состав комбинированных локальных препаратов	Применение при беременности
	Клотримазол	Да	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 локальных 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

Профилактика

С Рекомендуются всем пациенткам с воспалительными заболеваниями шейки матки, влагалища и вульвы соблюдение гигиенических и поведенческих мер профилактики

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 влажных душей, спринцеваний и др.;
- исключение длительного использования внутриматочных средств и влагалищных диафрагм;
- отказ от тесного синтетического белья и ежедневного использования гигиенических прокладок.

Организация медицинской помощи

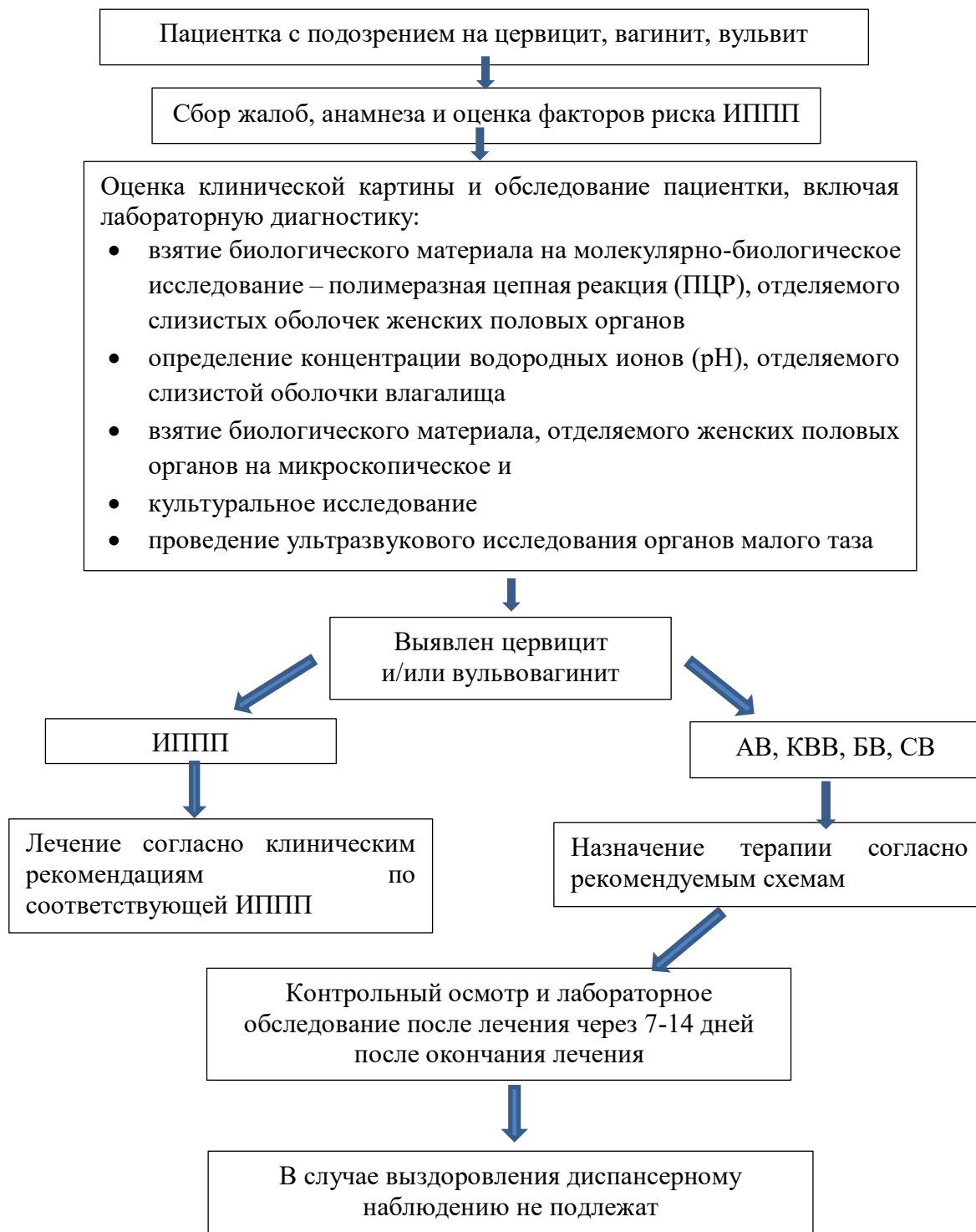
Лечение воспалительных заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы проводится в амбулаторных условиях.

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

3. Приложения

Алгоритм действий врача



Методология разработки протокола.

Национальный клинический протокол разработан в соответствии с требованиями Указа Президента Республики Узбекистан №5590 «О комплексных мерах по совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7.12.2018 г. и приказа Министерства здравоохранения Республики Узбекистан № 52 «Об утверждении методологии разработки, утверждения, и внедрения в медицинскую практику национальных/ локальных клинических протоколов и стандартов» от 23.02.2024 г.

В разработке протокола принимали участие специалисты акушеры-гинекологи ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр здоровья матери и ребенка» и его региональных филиалов, Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкентской медицинской академии.

Создание данного протокола продиктовано медицинской значимостью проблемы, различиями в подходах в медицинской практике, существованием большого количества современных источников доказательств эффективности вмешательств.

Конфликт интересов: перед началом работы по созданию данного протокола все члены рабочей группы заполнили письменное Уведомление о конфликте интересов. Никто из членов авторского коллектива не имел коммерческой заинтересованности или другого конфликта интересов с фармацевтическими компаниями или другими организациями, производящими продукцию для применения в клинической практике по теме данного протокола.

Вовлечение заинтересованных сторон: при разработке руководящих принципов протокола и рекомендаций запрошены и учтены мнения целевой группы населения (пациентов и членов их семей), включая медицинские (польза для здоровья, побочные эффекты и риски вмешательств), этические, культурные, религиозные аспекты. Запрос мнений осуществлялся путем неформального интервью женщин в профильных отделениях ГУ РСНПМЦЗМиР.

Сбор, обобщение и критическая оценка доказательств.

Методы, использованные для сбора доказательств: поиск в электронных базах данных, библиотечные ресурсы. В качестве основных источников информации использовались клинические руководства медицинских сообществ и других профильных организаций разных стран на английском и русском языках за период 2013-2023 гг, приоритетными при разработке протокола явились данные последних 5 лет (с 2018 г.). В процессе разработки протокола не использовались учебники и монографии как источники с низким качеством доказательств или отсутствием таковых. Систематический поиск основных источников данных включал следующие базы данных:

- World Health Organization - <https://www.who.int/ru>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada <http://www.phacaspc.gc.ca>
- Society of Obstetricians and Gynecologists of United Kingdom: <http://www.bashh.org/guidelines>
- American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG - <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000003857>.
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) - <http://www.rcog.org.uk>
- International Federation of Gynaecology and Obstetrics - <https://www.figo.org/>
- Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ) - https://roag-portal.ru/clinical_recommendations

В качестве исходного документа для заимствования и адаптации рекомендаций использовались несколько клинических руководств из разных стран.

В случаях, когда в найденных и оцененных клинических руководствах отсутствовали требуемые рекомендации или они были описаны недостаточно/неполно, не подкреплялись доказательствами, противоречили друг другу, были неприменимы в местных условиях или устарели проводился дополнительный поиск рандомизированных контролируемых испытаний, систематических обзоров, мета-анализов, когортных исследований в базах данных: <http://www.cochrane.org>, <http://www.bestevidence.com>,

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed>, <http://www.bmj.com>, <http://www.medmir.com>, <http://www.medscape.com>, <http://www.nlm.nih.gov> и др.

Проведена критическая оценка качества найденных источников с учетом современности клинических руководств, методологии их разработки, ранжирования рекомендаций по уровням достоверности доказательств и убедительности/силы, применимости к местным условиям оказания медицинской помощи.

Описание методов для формулирования рекомендаций. Окончательные рекомендации протокола формулировались путем заимствования части рекомендаций из нескольких клинических руководств в изначальной редакции без изменений, адаптации части рекомендаций клинических руководств к местным условиям, разработки рекомендаций на основе дополнительного поиска литературы. Рекомендации с низким качеством доказательств и не применимые в местных условиях исключались. Заимствованные из клинических руководств рекомендации принимались с тем уровнем доказательности, с каким они были опубликованы изначально. В случае, если авторами зарубежных клинических руководств использовались другие шкалы уровней доказательности, то они (если это возможно) переводились в систему GRADE. В случаях, когда встречались одинаковые рекомендации в разных клинических руководствах, но с разным уровнем доказательности, рабочая группа включала в протокол ту рекомендацию, которая была сформулирована на основе более убедительных научных данных.

Протокол документально рецензирован внутренними и внешними экспертами. В случае, если доказательная база рекомендаций была более весома, чем мнение рецензента/эксперта, или более приемлема для применения в условиях целевого звена здравоохранения, члены рабочей группы, оставляли за собой право отклонить предложения рецензентов.

При формировании окончательной редакции протокола проект протокола был представлен для обсуждения широкому кругу специалистов из числа профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений, членов ассоциации акушеров-гинекологов Узбекистана, организаторов здравоохранения (директора региональных филиалов ГУ РСНПМЦЗМиР и их заместители), врачей региональных учреждений системы родовспоможения. Проект протокола для обсуждения был доступен на официальном сайте ГУ РСНПМЦЗМиР <https://akusherstvo.uz/> Отзывы принимались по электронной почте с заполнением стандартного Листа отзывов. Заключительное обсуждение проекта протокола и формирование окончательной его редакции проводилось в онлайн формате с участием рабочей группы, рецензентов, эксперта ВОЗ и широкого круга заинтересованных специалистов путем достижения неформального консенсуса.

4. Список литературы

1. Международная классификация болезней X пересмотра. www.mkb10.ru или mkb-10.com
2. Международная классификация болезней, 11 пересмотр ВОЗ. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS) 2018 version <https://icd.who.int/browse11/l-> (The code structure for the ICD-11 MMS is stable. The classification will be updated yearly. Initially we are expecting more changes in the Extension Codes chapter. There will be improvements on the user guidance)
3. Canadian Guidelines on sexually transmitted infections. 2010;410; URL: <http://www.pha-caspc.gc.ca>
4. United Kingdom National Guideline on the Management of Vulvovaginal Candidiasis. 2007. URL: <http://www.bashh.org/guidelines>
5. World Health Organization. Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections: Overviews and Estimates. WHO/HIV_AIDS/2001.02. Geneva: World Health Organization. 2001
6. Аполихина И.А., Горбунова Е.А. Аэробный вагинит. Акушерство и гинекология. 2022; 3 (Приложение): 32-6.

7. Kudela E., Liskova A., Samec M., Koklesova L., Holubekova V., Rokos T. et al. The interplay between the vaginal microbiome and innate immunity in the focus of predictive, preventive, and personalized medical approach to combat HPV-induced cervical cancer. *EPMA J.* 2021; 12(2): 199-220. <https://dx.doi.org/10.1007/s13167-021-00244-3>.
8. Ntuli L., Mtshali A., Mzobe G., Liebenberg L.J., Ngcapu S. Role of immunity and vaginal microbiome in clearance and persistence of human papillomavirus infection. *Front. Cell. Infect. Microbiol.* 2022; 12: 927131. <https://dx.doi.org/10.3389/fcimb.2022.927131>.
9. Chee W.J.Y., Chew S.Y., Than L.T.L. Vaginal microbiota and the potential of *Lactobacillus* derivatives in maintaining vaginal health. *Microb. Cell. Fact.* 2020; 19(1): 203. <https://dx.doi.org/10.1186/s12934-020-01464-4>.
10. Shannon B., Yi T.J., Perusini S., Gajer P., Ma B., Humphrys M.S. et al. Association of HPV infection and clearance with cervicovaginal immunology and the vaginal microbiota. *Mucosal. Immunol.* 2017; 10(5): 1310 -9. <https://dx.doi.org/10.1038/mi.2016.129>
11. Российское общество акушеров-гинекологов. Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. М.; 2019. 57с.
12. Российское общество акушеров-гинекологов. Клинические рекомендации. Воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы. 2021.
13. С.И.Роговская. Практическая кольпоскопия. 5-е издание. М:ГОЭТАР-Медиа, 2022.- 256с.
14. Кира Е.Ф., Припутневич Т.В., Кира Е.Е. Биологические и биохимические защитные факторы влагалища и цервикального канала: механизмы стабильности и варианты коррекции. *Акушерство и гинекология.* 2025; 3: 30-42. <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2025.33>
15. Аполихина И.А., Рахматулина М.Р., Припутневич Т.В., Горбунова Е.А., Гуцин А.Е., Потеев Н.Н., Баранов И.И. Систематический обзор эффективности и безопасности применения нифуратела у женщин с заболеваниями, сопровождающимися патологическими выделениями из половых путей. *Акушерство и гинекология.* 2023; 11:48-58.<https://dx.doi.org/10.18565/aig.2023.248>
16. Tamarelle J., Thiébaud A.C.M., de Barbeyrac B., Bébéar C., Ravel J., Delarocque-Astagneau E. The vaginal microbiota and its association with human papilloma-virus, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* and *Mycoplasma genitalium* infections: a systematic review and meta-analysis. *Clin. Microbiol. Infect.* 2019; 25(1): 35-47. <https://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2018.04.019>.
17. Хашукоева А.З., Маркова Э.А., Дутиева М.З., Хлынова С.А., Каранашева А.Х. Алгоритм диагностики и лечения бактериального вагиноза. *Акушерство и гинекология.* 2021; 9 (Приложение): 4-10.
18. Qi W., Li H., Wang C., Li H., Zhang B., Dong M. et al. Recent advances in presentation, diagnosis and treatment for mixed vaginitis. *Front.Cell. Infect. Microbiol.* 2021; 11: 759795. <https://dx.doi.org/10.3389/fcimb.2021.759795>.
19. Анкирская А.С., Муравьева В.В. Интегральная оценка состояния микробиоты влагалища. Диагностика оппортунистических вагинитов. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение.* 2020; 8(1): 69-76. <https://dx.doi.org/10.24411/2303-9698-2020-11009>.
20. Neal C.M., Kus L.H., Eckert L.O., Peipert J.F. Noncandidal vaginitis: a comprehensive approach to diagnosis and management. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2020; 222(2): 114-22. <https://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2019.09.001>.
21. Миханошина Н.В., Припутневич Т.В., Григорян И.Э. Вагиниты и вагиноз: подходы к диагностике и лечению в свете действующих клинических рекомендаций. *Акушерство и гинекология.* 2022; 11: 172-178.
22. Raavonen J.A., Brunham R.C. Vaginitis in nonpregnant patients: ACOG Practice Bulletin Number 215. *Obstet. Gynecol.* 2020; 135(5): 1229-30. <https://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000003857>.

23. Доброхотова Ю.Э., Маркова Э.А. Смешанный вагинит в современных условиях: особенности течения и выбор подходов к лечению. Проблемы репродукции. 2022; 28(4): 137-44.
24. Кира Е.Ф., Припутневич Т.В., Кира Е.Е. Биологические и биохимические защитные факторы влагалища и цервикального канала: механизмы стабильности и варианты коррекции. Акушерство и гинекология. 2025; 3: 30-42 <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2025.33>
25. Gliniewicz K., Schneider G.M., Ridenhour B.J., Williams C.J., Song Y., Farage M.A. et al. Comparison of the vaginal microbiomes of premenopausal and post-menopausal women. *Front. Microbiol.* 2019; 10: 193. <https://dx.doi.org/10.3389/fmicb.2019.00193>.
26. Xiao B., Disi A., Qin H., Mi, L., Zhang D. Correlation analysis of vaginal microbiome changes and bacterial vaginosis plus vulvovaginal candidiasis mixed vaginitis prognosis. *Front. Cell Infect. Microbiol.* 2022; 12: 860589. <https://dx.doi.org/10.3389/fcimb.2022.860589>.
27. Shen J., Sun H., Chu J., Gong X., Liu X. Cervicovaginal microbiota: a promising direction for prevention and treatment in cervical cancer. *Infect. Agent Cancer.* 2024; 19(1): 13. <https://dx.doi.org/10.1186/s13027-024-00573-8>.
28. Аполихина И.А., Саидова А.С., Баранов И.И. Применение нового комбинированного препарата для местного применения (метронидазол + хлорамфеникол + натамицин + гидрокортизона ацетат) для лечения вагинитов различной этиологии. Акушерство и гинекология. 2020; 7: 143-50.
29. Резолюция междисциплинарного совета экспертов, посвященного проблеме диагностики и лечения вагинитов различной этиологии в условиях реальной клинической практики «Применение нового комбинированного топического препарата для лечения вагинитов различной этиологии – «ОРИГИНАЛ». Акушерство и гинекология. 2020; 11: 243-6.
30. 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.
31. 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.
32. Qi W et al. Recent Advances in Presentation, Diagnosis and Treatment for Mixed Vaginitis. *Front Cell Infect Microbiol.* 2021 Nov 2;11:759795.
33. Jahic M. Aerobic Vaginitis Caused by *Enterococcus Faecalis* - Clinical Features and Treatment. *Mater Sociomed.* 2022 Dec;34(4):291-295.
34. Eleutério J Jr, Campaner AB, de Carvalho NS. Diagnosis and treatment of infectious vaginitis: Proposal for a new algorithm. *Front Med (Lausanne).* 2023.
35. Радзинский В.Е., Ордянец И.М. Двухэтапная терапия вагинальных инфекций. М.: Редакция журнала StatusPraesens; 2012.
36. Wu L.Y., Yang T.H., Ou Y.C., Lin H. The role of probiotics in women's health: An update narrative review. *Taiwan J. Obstet. Gynecol.* 2024; 63(1): 29-36. <https://dx.doi.org/10.1016/j.tjog.2023.09.018>.
37. Rodríguez-Arias R.J., Guachi-Álvarez B.O., Montalvo-Vivero D.E., Machado A. Lactobacilli displacement and *Candida albicans* inhibition on initial adhesion assays: a probiotic analysis. *BMC Res. Notes.* 2022; 15(1): 239. <https://dx.doi.org/10.1186/s13104-022-06114-z>.
38. Atassi F., Pho Viet Ahn D.L., Lievin-Le Moal V. Diverse expression of antimicrobial activities against bacterial vaginosis and urinary tract infection pathogens by cervicovaginal microbiota strains of *Lactobacillus gasseri* and *Lactobacillus crispatus*. *Front. Microbiol.* 2019; 10: 2900. <https://dx.doi.org/10.3389/fmicb.2019.02900>.

39. Audirac-Chalifour A., Torres-Poveda K., Bahena-Román M., Téllez-Sosa J., Martínez-Barnetche J., Cortina-Ceballos B. et al. Cervical microbiome and cytokine profile at various stages of cervical cancer: a pilot study. *PLoS One*. 2016; 11(4): e0153274. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0153274>.
40. Trifanescu O.G., Trifanescu R.A., Mitrica R.I., Bran D.M., Serbanescu G.L., Valcauan L. et al. The female reproductive tract microbiome and cancerogenesis: a review story of bacteria, hormones, and disease. *Diagnostics (Basel)*. 2023; 13(5): 877. <https://dx.doi.org/10.3390/diagnostics13050877>.
41. Mahajan G., Doherty E., To T., Sutherland A., Grant J., Junaid A. et al. Vaginal microbiome-host interactions modeled in a human vagina-on-a-chip. *Microbiome*. 2022; 10(1): 201. <https://dx.doi.org/10.1186/s40168-022-01400-1>.
42. 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.
43. Савельева Г. М. и др. Национальное руководство //Акушерство—М.: Гэотар-Медиа. 2020.
44. 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.
45. Donders G. G. G. et al. Aerobic vaginitis: no longer a stranger //Research in Microbiology. – 2017. – Т. 168. – №. 9-10. – С. 845-858.
46. Ruth Murphy Desquamative inflammatory vaginitis *Dermatol Ther*. 2004;17(1):47-9.
47. Mason MJ, Winter AJ. How to diagnose and treat aerobic and desquamative inflammatory vaginitis. *Sex Transm Infect*. 2017;93:8-10.
48. Orna Reichman , Jack Sobel, Desquamative inflammatory vaginitis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* . 2014 Oct;28(7):1042-50.
49. 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.
50. Paavonen J. A., Brunham R. C. Vaginitis in Nonpregnant Patients: ACOG Practice Bulletin Number 215 //Obstetrics & Gynecology. – 2020. – Т. 135. – №. 5. – С. 1229- 1230.
51. Аполихина 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.
52. Кира Е.Ф., Савичева А.М. Обзор международных и российских научных данных об использовании Полижинакса для лечения и профилактики неспецифического (аэробного), кандидозного и смешанного вагинитов. *Российский вестник акушер-гинеколога*. 2018; 18(2):52-64. <https://doi.org/10.17116/rosakush201818252-64>
53. Wang C., Fan A., Li H., Yan Y., Qi W., Wang Y. et al. Vaginal bacterial profiles of aerobic vaginitis: A case-control study. *Diagn. Microbiol. Infect. Dis*. 2020; 96(4): 114981. <https://dx.doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2019.114981>.
54. Кира Е.Ф., Пекарев О.Г., Молчанов О.Л., Мальцева Л.И., Аксененко В.А., Селихова М.С., Летяева О.И., Минаев Н.Н., Коршакова Н.Ю. 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: 87-93.