

Оптимальные решения диагностики и лечения вульвовагинальных инфекций на современном этапе: новые клинические рекомендации, новые клинические данные



В рамках XXVII Всероссийского научно-образовательного форума «Мать и дитя» (Москва, 28–30 сентября 2026 г.) прозвучал доклад д.м.н., профессора, заведующей отделением эстетической гинекологии и реабилитации Национального медицинского исследовательского центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, профессора кафедры акушерства и гинекологии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Инны Анатольевны АПОЛИХИНОЙ. Эксперт представила комплексный обзор современных подходов к диагностике и терапии вульвовагинальных инфекций с учетом обновленных клинических рекомендаций и актуальных эпидемиологических и микробиологических данных.

Современные представления о вульвовагинальных инфекциях (ВВИ) базируются на результатах многоцентровых исследований и обновленных клинических рекомендациях, что позволяет оптимизировать подходы к диагностике и терапии. Симптоматика ВВИ часто неспецифична и требует комплексной оценки для выявления истинных возбудителей. Согласно данным российского многоцентрового проспективного наблюдательного исследования «Ангара», в структуре ВВИ преобладают смешанные инфекции, на долю которых приходится

60,7%. Кандидозный вульвовагинит (КВВ) диагностируется в 27,1% случаев, бактериальный вагиноз (БВ) – в 11,4%, а аэробный вагинит – в 0,7%¹. Полученные результаты согласуются с данными российских и зарубежных исследований, в которых частота смешанных вагинитов достигает 35% и выше^{2,3}. Актуальность проблемы обусловлена широкой распространенностью ВВИ и их влиянием на репродуктивное здоровье. БВ ассоциирован с рядом серьезных акушерско-гинекологических осложнений, включая преждевременные роды, рождение

маловесных детей, преждевременное излитие околоплодных вод, эндометрит и послеродовую лихорадку. Кроме того, БВ повышает риск послеабортных инфекций, воспалительных заболеваний органов малого таза, воспаления культи влагалища после гистерэктомии, а также способствует развитию инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). При этом клиническая значимость БВ часто недооценивается. Диагностика ВВИ должна быть комплексной и основываться на оценке жалоб, данных осмотра и лабораторных методов.

¹ Аполихина И.А., Савичева А.М., Дубровина С.О. и др. Результаты многоцентрового проспективного наблюдательного исследования эффективности комбинированного препарата, содержащего тиоконазол, тинидазол и лидокаин, в форме вагинальных суппозиториях в терапии вульвовагинальных инфекций в условиях рутинной клинической практики (исследование «Ангара»). Акушерство и гинекология. 2026; 6: 197–208.

² 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 акушера-гинеколога. 2018;18 (2): 52–64.

³ Qi W., Li H., Wang C., et al. Recent advances in presentation, diagnosis and treatment for mixed vaginitis. Front. Cell. Infect. Microbiol. 2021; 11: 759795.

XXVII Всероссийский научно-образовательный форум «Мать и дитя»

Важное место в лабораторной диагностике ВВИ занимают оценка pH среды и микроскопическое исследование мазков. При этом в качестве золотого стандарта рассматривается метод полимеразной цепной реакции (ПЦР), обеспечивающий детекцию ДНК возбудителя и высокую точность идентификации патогенов. Как показали исследования, чувствительность микроскопии влажного мазка при КВВ составляет около 66%. Это означает, что примерно у трети пациенток с подтвержденным диагнозом метод не выявляет возбудителя. Именно поэтому при наличии клинических признаков КВВ, но отрицательном результате микроскопии целесообразно дополнять обследование культуральным или молекулярно-биологическим исследованием⁴.

Перспективным направлением признана FISH-диагностика, позволяющая оценивать не только состав микрофлоры, но и межмикробные взаимодействия в рамках биопленок.

В соответствии с клиническими рекомендациями 2025 г. (вступили в силу в 2026 г.), дифференцированы критерии нормоценоза и основных патологических состояний. Нормоценоз характеризуется преобладанием лактобацилл и соотношением лейкоцитов к эпителию 1:1 без признаков воспалительной реакции. BV ассоциирован со снижением доли лактобацилл (прежде всего *Lactobacillus crispatus*), выявлением анаэробов, гарднерелл и ключевых клеток при соотношении лейкоцитов к эпителию менее 1:1. Это является новым для клиницистов и дает



возможность интерпретации данных с большей точностью как при постановке диагноза, так и по окончании лечения, на что Инна Анатольевна обратила внимание аудитории. КВВ сопровождается сохранением лактобацилл, доминированием *Candida albicans* (80–90%) либо *Candida non-albicans* (10–17%), pH в диапазоне 3,5–4,5 и возможным увеличением соотношения лейкоцитов к эпителию до 5–10:1 при наличии признаков воспаления. Аэробный вагинит характеризуется увеличением соотношения лейкоцитов к эпителию более чем до 1:1 (чаще 10:1), щелочной средой (pH > 4,5), резким снижением содержания лактобацилл и присутствием энтеробактерий (*Escherichia coli*), *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecalis*⁵.

Международные гайдлайны (ISSVD, ACOG, CDC) подчеркивают необходимость верификации диагноза до начала терапии, ограничивая применение эмпирического подхода. При этом эмпирическая терапия ВВИ возможна до получения результатов лабораторной диагностики, но не отменяет ее^{6–8}.

В клинической практике при ВВИ реализуется стратегия see and treat («увидел – и сразу лечи»), подразумевающая старт терапии в день обращения с последующей коррекцией по результатам лабораторной диагностики. Такой подход обусловлен риском неявки пациентки на повторный прием. На первичном приеме пациентке с симптомами ВВИ выполняют комплекс диагностических мероприятий: гинекологический осмотр, определение

⁴ Румянцева Т.А., Савочкина Ю.А., Долгова Т.В., и др. Диагностика вульвовагинального кандидоза: сопоставление информативности клинических данных и результатов лабораторных исследований. Акушерство и гинекология. 2015; 3: 55–61.

⁵ Клинические рекомендации Минздрава России. Воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы. М., 2025.

⁶ International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD). Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Vaginitis. 2023. Available from: issvd.org.

⁷ ACOG Practice Bulletin No. 215. Vaginitis in Nonpregnant Patients. Obstet Gynecol. 2020;135(1): e1–e17.

⁸ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm. Rep. 2021; 70 (4): 1–187.

рН влагалищного отделяемого, микроскопическое исследование мазка, а также ПЦР-тестирование на ИППП. При наличии показаний назначается эмпирическая терапия с контролем через одну-две недели. При необходимости терапию корректируют в зависимости от результатов анализов и эффекта от лечения. Применение эмпирической терапии допускается до получения результатов анализов с целью купирования симптоматики. Но это не заменяет этиотропного лечения. В отсутствие эффекта от эмпирической терапии проводят посев или ПЦР-исследования⁵.

Профилактика рецидивов генитальных инфекций предусматривает барьерную контрацепцию, отказ от спринцеваний и неконтролируемого применения антимикробных препаратов, длительного использования внутриматочных контрацептивов и диафрагм, ношение свободного белья без ежедневных прокладок, рациональный подход врача при выборе терапии исходя из общей характеристики лекарственного препарата и клинических рекомендаций.

Стратегия стартовой терапии ВВИ должна быть направлена на быстрое купирование симптомов и эрадикацию всех вероятных мишеней. В клинических рекомендациях 2025 г. подчеркивается, что приоритет отдается комбинированным препаратам, содержащим несколько действующих веществ. Примером такого подхода является комбинированный препарат Гайномакс Плюс, содержащий тиоконазол (200 мг), тинидазол (300 мг) и лидокаин (100 мг). Тиоконазол оказывает противогрибковое и антиаэробное действие,

тинидазол активен в отношении анаэробов и трихомонад, а лидокаин быстро устраняет зуд и жжение. Курс лечения составляет три дня по одному суппозиторию на ночь. Показаниями к применению комбинированного препарата Гайномакс Плюс являются БВ, КВВ, трихомонадный вагинит, смешанный и аэробный вагинит^{5,9}.

Эффективность комбинации тиоконазола, тинидазола и лидокаина подтверждена в исследовании «Ангара», в котором участвовали женщины репродуктивного возраста (18–49 лет) с симптомами ВВИ: патологическими выделениями, зудом, жжением, неприятным запахом, диспареунией или болью при мочеиспускании. Клинический успех на 10–14-й день терапии был достигнут у 97,1% пациенток и сохранялся у 89,6% на 28–30-й день. Среднее время исчезновения патологических выделений, жжения и зуда составляло 2,43–2,77 дня, а 85% пациенток отметили улучшение уже в первые сутки применения препарата. Успех терапии сопутствующего цервицита достигнут у 92,9%. К 30-му дню наблюдения у большинства участниц исследования восстановилась нормальная микрофлора, нормализовались показатели рН. Микробиологическая эффективность также была высокой: эрадикация аэробных бактерий достигла 100%, анаэробных микроорганизмов 75–100% и дрожжевых грибов – 92%. Препарат Гайномакс Плюс продемонстрировал высокую клиническую эффективность, выраженную эрадикацию возбудителей ВВИ, а также благоприятный профиль безопасности¹.

Сегодня известно, что ВВИ влияет на репродуктивное здоровье. В частности, метаанализ

20 работ, включивший 290 397 наблюдений, подтвердил, что БВ ассоциирован с двукратным увеличением риска преждевременных родов¹⁰. Особенности ведения беременных с ВВИ предполагают дифференцированный подход в зависимости от триместра: в первом триместре предпочтение отдается антисептикам, во втором-третьем – возможно добавление антибиотиков (за исключением тетрациклинов и фторхинолонов). При необходимости терапии ВВИ у беременных предпочтительно использовать комбинированный препарат Гайномакс (тиоконазол и тинидазол), не содержащий лидокаина, препарат назначается со второго триместра по общему в этих случаях правилу предварительной оценки соотношения пользы для матери и потенциального риска для плода. Во время лактации целесообразно рассмотреть альтернативные терапевтические опции¹¹.

Подводя итог, в качестве рационального выбора для терапии всех видов ВВИ эксперт предложила для практикующего врача современные опции – комбинированные препараты Гайномакс Плюс и Гайномакс, отвечающие международным и российским клиническим рекомендациям^{5,6}.

Таким образом, современный алгоритм ведения пациенток с ВВИ базируется на сочетании своевременной лабораторной верификации возбудителя, рациональной эмпирической терапии при необходимости купирования симптомов, поэтапной коррекции лечения по результатам исследований и учета индивидуальных факторов риска, включая особенности микробиоценоза, репродуктивный статус и приверженность терапии. 

⁹ Номер РУ: ЛП-№(010962)-(РГ-РУ). 16.07.2025. Предыдущий номер РУ: ЛП-000007.

¹⁰ Mohanty T., Doka P.P., Khuroo S.R. Effect of bacterial vaginosis on preterm birth: a meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. 2023; 308 (4): 1247–1255.

¹¹ Каткова Н.Ю., Гусева О.И., Качалина О.В. и др. Лечение вагинитов при беременности. Акушерство и гинекология. 2020; 4: 190–194.