



Вульвовагинальные инфекции: между клиническими рекомендациями и здравым смыслом

Вульвовагинальные инфекции (ВВИ) остаются одной из наиболее актуальных проблем гинекологии в силу высокой распространенности, частых рецидивов и негативного влияния на функции репродуктивной системы. Современным принципам диагностики и лечения ВВИ был посвящен симпозиум, организованный в рамках X Общероссийской конференции «Репродуктивный потенциал России: весенние контраверсии».

Вагинальные инфекции и репродуктивное здоровье

Проблема охраны репродуктивного здоровья женщин остается крайне актуальной. Как отметила Марина Борисовна ХАМОШИНА, заслуженный деятель науки РФ, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии Медицинского института Российского университета дружбы народов (МИ РУДН) им. Патриса Лумумбы, на протяжении последних 20 лет сохраняется повсеместная тенденция к росту генитальных и экстрагенитальных инфекционно-воспалительных заболеваний. Наиболее острые грани клинически важных проблем, обусловленных генитальными инфекциями, представлены атипичным течением инфекционного процесса, склонностью к хронизации, доказанным негативным влиянием на репродуктивную функцию женщин и мужчин. Без сомнения, генитальные инфекции – доказанный фактор снижения качества жизни и перинатального риска.

Существенное влияние на репродуктивное здоровье женщин оказывают воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ), которые, как правило, развиваются вследствие восходящей инфекции из нижних отделов половых путей. Это четко прописано в клинических рекомендациях Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ) «Воспалительные болезни женских тазовых органов» (2024). Критерии качества при ведении пациенток с ВЗОМТ помимо осмотра, клинического анализа крови с исследованием уровня С-реактивного белка включают выполнение микроскопического исследования влагалищных мазков, молекулярно-биологическое исследование отделяемого слизистых оболочек женских половых органов на выявление инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), культуральное исследование. Установлено, что мочеполовые инфекции и дисбиотические нарушения половых путей – значимые

причины невынашивания беременности и преждевременных родов. Бактериальная колонизация нижних отделов половых путей *Streptococcus agalactiae*, *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Gardnerella vaginalis* считается фактором риска послеродового эндометрита. В клинических рекомендациях дефиниции вагинальных инфекций клинической практики представлены десквамативным воспалительным вагинитом (ДВВ), неосложненным и осложненным кандидозным вульвовагинитом (КВВ), аэробным вагинитом (АВ), смешанным вагинитом (СВ) и др.

Бесспорно, адекватный диагноз – залог успеха лечения ВВИ¹. Так, всем пациенткам с цервицитом/вагинитом рекомендовано обследование на наличие ИППП. Предпочтительным лабораторным методом диагностики ИППП, обусловленных *C. trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, признан метод полимеразной цепной реакции (ПЦР).

¹ Радзинский В.Е., Гуцин А.Е., Соловьева А.В. и др. Терапия вагинитов различной этиологии: результаты наблюдательного исследования «МИКСТ». StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. 2024; 1: 35–42.



10-я Общероссийская конференция «Репродуктивный потенциал России: весенние контраргументы – 2025»

Наиболее простым и быстрым методом диагностики ВВИ считается микроскопическое исследование. Не утрачивает актуальности и рН-метрия, проводимая по умолчанию. Следует помнить, что показатель рН отделяемого слизистой оболочки при КВВ находится в пределах референсных значений (3,5–4,5). Повышенный уровень рН (> 4,5) характерен для острого АВ, ДВВ и урогенитально-го трихомоназа, бактериального вагиноза (БВ).

Вагинальные мазки являются оптимальным типом образцов для женщин, проходящих тестирование на хламидиоз, гонорею или трихомоназ².

Вагинит – это всегда воспаление. Именно поэтому наличие или отсутствие воспаления считается основанием для идентификации патологического состояния влагалища. Простой факт обнаружения *G. vaginalis* и *Atopobium vaginae* не дает оснований для подтверждения диагноза БВ³.

По оценкам, среди инфекционных заболеваний влагалища преобладают смешанные инфекции: если на долю АВ приходится 40,85%, то на долю смешанного АВ – 59,15%, АВ + БВ – 42,86%, АВ + КВВ – 30,95%, АВ + трихомонадный вагинит – 26,19%. Терапия первого выбора без лабораторно подтвержденного диагноза носит характер эмпирической⁴.

При сочетании аэробов и анаэробов терапию целесообразно начинать с элиминации аэробов, поскольку именно они запускают воспаление и выступают в роли доминантных возбудителей. Широкий спектр бактерицидного действия, клиническая эффективность, нивелирование риска кандидозной реинфекции и минимальное влияние на биоценоз влагалища являются приоритетными

условиями при выборе препарата для лечения вагинита³.

В клинических рекомендациях РОАГ для лечения вагинитов предусмотрены антибиотики (полимиксин В, линкозамиды – клиндамицин), синтетические антимикробные препараты (метронидазол, тинидазол, нифурател, орнидазол, секнидазол), аминогликозиды, противогрибковые средства (миконазол, тиоконазол, нистатин, клотримазол, натамицин) и антисептики. Для лечения АВ, ДВВ, СВ рекомендована интравагинальная антимикробная терапия в различных комбинациях, для лечения КВВ – противогрибковые средства интравагинально и/или системно. В связи с этим особый интерес представляет комбинация препарата группы имидазола и антимикотика, которая характеризуется широким спектром действия, минимальным влиянием на микробиоту влагалища и зарегистрирована по показанию «смешанные вагинальные инфекции наряду с моноинфекциями» (БВ, КВВ, АВ). Показаниями к применению комбинации тинидазола 150 мг + тиоконзола 100 мг, суппозитории вагинальные, является вагинит, вызванный возбудителями рода *Candida*, *Trichomonas* и *Gardnerella* (вагинальный кандидоз, трихомонадный вульвовагинит, гарднереллезный вагинит, неспецифический вагинит), а также микст-инфекции.

В настоящее время терапия вагинальных инфекций проводится в два этапа: первый – элиминация патогенных или условно патогенных микроорганизмов, второй – создание оптимальной физиологической среды во влагалище для восстановления нормального или максимально приближенного к норме микробиоценоза. Однако второй этап, подразумевающий

восстановление нормоценоза, в проекте клинических рекомендаций РОАГ не отражен. Между тем клиническая практика предусматривает действия, направленные на восстановление состояния здоровья, при этом ожидание благоприятного исхода вполне обоснованно. В данном аспекте более прогрессивной представляется позиция Международной гильдии специалистов по ИППП (The International Union against Sexually Transmitted Infections, IUSTI), которая в рекомендациях 2019 г. указала на необходимость активно внедрять в клиническую практику двухэтапный метод терапии БВ, КВВ, АВ, поскольку оба этапа являются важными и взаимодополняющими.

«Сегодня мы балансируем между клиническими рекомендациями и здравым смыслом. При выборе препарата необходимо учитывать его доказанное минимальное воздействие на биоценоз влагалища», – пояснила эксперт.

Если врач и пациентка основную цель лечения видят в максимально быстром излечении без рецидивов, то у возбудителя задача иная – не дать себя убить. Для этого и создаются микробные биопленки, способствующие формированию резистентности к антибиотикам. Подтверждение тому – частая реинфекция макроорганизма грибами рода *Candida*.

Биопленка – это сообщество микроорганизмов, способных выжить в неблагоприятных условиях. Миконазол препятствует образованию биопленок, блокируя переход *Candida* из дрожжевой формы в агрессивную, вирулентную за счет активации синтеза фарнезола в клетках *Candida*. Фарнезол подавляет формирование агрессивных (гифальных) форм гриба и образование биопленок.

² Aaron K.J., Griner S., Footman A., et al. Vaginal swab vs urine for detection of Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and Trichomonas vaginalis: a meta-analysis. Ann. Fam. Med. 2023; 21 (2): 172–179.

³ Биоценоз влагалища. Нормы. Нарушения. Восстановление / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Савичевой. М.: StatusPraesens, 2023.

⁴ Bowden S.J., Douglaraki T., Bouras E., et al. Risk factors for human papillomavirus infection, cervical intraepithelial neoplasia and cervical cancer: an umbrella review and follow-up Mendelian randomisation studies. BMC Med. 2023; 21 (1): 274.

Не секрет, что пациентки предпочитают короткий курс терапии ВВИ. Некомплаентность считается одной из важных причин недостаточной эффективности лечения. Только половина больных принимает лекарственные средства в соответствии с назначением врача. По данным опроса, 54% респондентов прекращают прием препарата досрочно. Установлено, что при использовании препарата свыше семи дней значительно возрастает риск досрочного прекращения курса. Для клиницистов это особенно важно при ведении беременных или планирующих беременность женщин, выполнении кольпоскопии, цитологического исследования, инвазивных лечебных или диагностических процедур, хирургического вмешательства. Значение имеет качественная прегравидарная подготовка женщин с вагинальными инфекциями. «В нашей третьей версии протокола по прегравидарной подготовке рекомендована двухэтапная терапия бактериального вагиноза», – констатировала профессор М.Б. Хамошина. Первый этап включает эрадикацию БВ-ассоциированных микроорганизмов с помощью antimicrobных средств, предпочтительно топических форм. Второй этап – восстановление

достаточного количества лактобактерий за счет использования пре- и пробиотиков.

Результативная элиминация ассоциации возбудителей, минимальное влияние на биоценоз влагалища, желаемые сроки лечения, снижение акушерских и пролиферативных рисков – обязательные условия качественной прегравидарной подготовки.

Исследования показали, что измененный микробиом влагалища повышает риск CIN и рака шейки матки в 1,6 раза⁴. Между тем проведенный в 2024 г. опрос 1202 респонденток продемонстрировал, что только 49,8% из них сдавали мазок из шейки матки на цитологию не более года назад, 16% затруднились ответить, 19,9% сдавали мазок несколько лет назад, 6,7% – более пяти лет назад, а 7,4% не сдавали никогда.

В настоящее время всем пациенткам рекомендуется проведение анализа анамнестических данных с целью выявления факторов риска развития CIN. Однако в период лечения генитальных инфекций мазок для цитологического исследования брать не следует. Именно поэтому особую актуальность приобретает качественное восстановление нормоценоза влагалища.

В клинических рекомендациях по интраэпителиальной неоплазии в дополнение к основной тактике показано использование иммуномодуляторов. В исследованиях с низким уровнем доказательности зафиксированы положительные результаты в отношении препаратов на основе дииндолилметана, инозина пранобекса и др.

Определенные перспективы в лечении инфекции, вызываемой *T. vaginalis*, связаны с новым гидрогелем на основе желатиновой камеди, содержащим нанокapsулы для вагинального введения индола-3-карбинола. В экспериментальном исследовании на животных продемонстрирована более высокая активность нанокapsулированного гидрогеля с контролируемым высвобождением индол-3-карбинола в отношении *T. vaginalis* в отсутствие раздражающего воздействия на слизистую оболочку влагалища⁵. «Не исключено, что в будущем мы сможем дииндолилметаном в нанокapsулах лечить вагинальные инфекции, не нарушая нормоценоз и способствуя повышению уровня репродуктивного здоровья», – отметила профессор М.Б. Хамошина, завершая выступление.

Новости диагностики вульвовагинальных инфекций: овладеть знаниями в условиях реальной практики

По словам Алевтины Михайловны САВИЧЕВОЙ, заслуженного деятеля науки РФ, д.м.н., профессора, руководителя лаборатории микробиологии Научно-исследовательского института акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта, в диагностике ВВИ особая роль отводится микробиологическим исследованиям.

Согласно международным рекомендациям, основные методы лабораторной диагностики ВВИ включают микроскопические исследования (прямую микроскопию, микроскопию мазков, окрашенных по Граму), посев на дрожжеподобные грибы и *N. gonorrhoeae* (для определения антибиотикорезистентности), мультиплексные методы ПЦР

(панель *Candida*, панель БВ, панель ИППП)⁶.

Прежде всего оценивают микробиоценоз гениталий и определяют соотношение лейкоцитов и эпителиальных клеток, базальных и парабазальных клеток, наличие лактобацилл и других микроорганизмов, ключевых клеток, дрожжеподобных грибов, трихомонад. Оценка врачом воспалительной реакции на основании физикального осмотра и микроскопического исследования позволяет правильно взять материал для исследования

⁵ Osmari B.F., Giuliani L.M., Reolon J.B., et al. Gellan gum-based hydrogel containing nanocapsules for vaginal indole-3-carbinol delivery in trichomoniasis treatment. Eur. J. Pharm. Sci. 2020; 151: 105379.

⁶ Eleutério J.Jr., Campaner A.B., de Carvalho N.S. Diagnosis and treatment of infectious vaginitis: proposal for a new algorithm. Front. Med. (Lausanne). 2023; 10: 1040072.

и направить его для уточнения диагноза. При этом необходимо учитывать возрастные изменения вагинального микробиоценоза.

Микроскопическое исследование с оценкой микробиоценоза влагалища считается основным скрининговым методом диагностики БВ. Выделяют биопленочный и небиопленочный БВ. Биопленочный БВ характеризуется уровнем рН > 5,3, большим количеством слущенных клеток многослойного плоского эпителия с адгезированными на них бактериями (ключевые клетки), выраженным анаэробным дисбиозом. При небиопленочном БВ ключевые клетки отсутствуют, имеет место небольшое количество лейкоцитов (соотношение лейкоцитов и клеток эпителия < 1:1). Могут быть обнаружены парабазальные и базальные клетки, псевдоключевые клетки (лактобациллы и др.).

У половины пациенток, получающих адекватное лечение, наблюдаются рецидивы БВ. Если в течение года отмечается не менее трех эпизодов БВ, говорят о рецидивирующем характере БВ. Именно с биопленками связаны затяжное течение и хронизация процесса, неэффективность методов традиционной антимикробной терапии, рецидивирование БВ.

Для диагностики АВ используется микроскопический метод с оценкой микробиоценоза влагалища. При наличии воспаления в вагинальном отделяемом появляются эпителиальные клетки нижних слоев, такие как базальные/парабазальные клетки, соотношение лейкоцитов и эпителия > 5:1, чаще 10:1, снижение количества лактобацилл и увеличение количества других (нелактобациллярных) видов бактерий, отсутствие ключевых клеток.

Микроскопическое исследование считается основным методом диаг-

Алгоритм диагностики вагинальных инфекций включает комплексный подход с использованием как микроскопических исследований (правильная микроскопия), так и молекулярно-биологических методов (Фемофлор-16). При рациональном использовании этих методов диагностики ВВИ можно быстро и качественно поставить диагноз и вовремя начать лечение

ности КВВ. Лабораторная диагностика КВВ заключается в выявлении мицелия и дрожжеподобных грибов. Согласно международным рекомендациям, культуральное исследование рассматривают в качестве золотого стандарта диагностики КВВ. Наличие трех и более острых случаев в течение года свидетельствует о рецидивирующем характере КВВ.

При неосложненном КВВ показано применение азолов (миконазол, клотримазол, эконазол), а также флуконазола, при рецидивирующем КВВ – местные и пероральные противогрибковые препараты. Беременным назначают местные формы азолов, причем более длительным курсом (7–14 дней).

Микроскопическое исследование проводится в целях диагностики СВ. Например, для АВ + БВ характерно выраженное воспаление, когда соотношение лейкоцитов и эпителия достигает 15:1, а также наличие ключевых клеток, стрептококков, *Gardnerella* и др. При рецидивирующем характере показаны обследование на ИППП и поиск иммуносупрессии.

Учитывая полимикробную природу вагинальных инфекций, целесообразно применять молекулярные методы (Флороценоз, Фемофлор). При СВ рекомендована комбинированная терапия: метронидазол + миконазол, метронидазол + миконазол + лидокаин, тиокконазол + тинидазол, тиокконазол + тинидазол + лидокаин⁶.

Хорошую эффективность против микст-инфекций демонстрирует комбинация тиокконазола и тинидазола (Гайномакс). Тиокконазол воздействует на грибы (*Candida*), аэробы (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* spp.) и анаэробы (*G. vaginalis*, *Bacteroides* spp.), тинидазол – на простейшие (*T. vaginalis*, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia*) и анаэробы (*Clostridium* spp., *Bacteroides* spp., *Eubacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp.).

Тинидазол – мощное антибактериальное средство, безопасное для собственных лактобацилл⁷.

В исследовании с участием 65 беременных с БВ и КВВ применение препарата Гайномакс в форме суппозитория коротким (трехдневным) или более продолжительным (семидневным) курсом ассоциировалось с уменьшением бактериальной массы до нормальных значений, повышением количества лактобактерий и нормализацией уровня рН в обеих группах⁸. Таким образом, Гайномакс способствует повышению количества лактобактерий и нормализации уровня рН при лечении беременных с БВ и КВВ⁹.

Установлено, что тиокконазол имеет самую низкую минимальную ингибирующую концентрацию (МИК) по сравнению с другими препаратами. При этом тиокконазол вызывает подавление роста большинства возбудителей при концентрациях значительно ниже его МИК. В концентрациях,

⁷ Shikh E.V., Lazareva N.B., Ponomarenko T.M. Short courses of antimicrobial therapy for bacterial vaginosis: the possibilities of modern pharmacology: a review. *Gynecology*. 2022; 24 (4): 271–276.

⁸ Каткова Н.Ю., Гусева О.К., Качалина О.В. и др. Лечение вагинитов при беременности. *Акушерство и гинекология*. 2020; 4.

⁹ Инструкция по медицинскому применению препарата Гайномакс. ЛП-000007.

в четыре раза превышающих его МИК, тиоконазол оказывает быстрый (в течение часа) фунгицидный эффект.

Ученые сравнивали способность пяти имидазолов – клотримазола, эконазола, кетоконазола, миконазола и тиоконазола ингибировать и убивать *C. albicans*¹⁰. При поражении *C. albicans* (анализ минимальной фунгицидной концентрации) тиоконазол был наиболее активным в ряде анализов. При этом он вызывал гибель всех изолятов в течение восьми часов, в то время как остальные исследуемые препараты не приводили к гибели даже одного изолята в течение указанного периода времени.

Золотым стандартом диагностики трихомонадной инфекции признаны молекулярные методы, характеризующиеся высокой чувствительностью и специфичностью (100%), позволяющие получить результат за час. Основным классом лекарственных средств, используемых при трихомонадной инфекции, считаются 5-нитромидазолы. Рекомендуемый

международный стандарт лечения трихомонады – метронидазол перорально 400–500 мг два раза в день в течение семи дней.

Резюмируя сказанное, профессор А.М. Савичева подчеркнула, что алгоритм диагностики вагинальных инфекций включает комплексный подход с использованием как микроскопических исследований (правильная микроскопия), так и молекулярно-биологических методов (Фемофлор-16). При рациональном использовании этих методов диагностики ВВИ можно быстро и качественно поставить диагноз и вовремя начать лечение.

Далее профессор А.М. Савичева кратко прокомментировала две распространенные ситуации.

Например, при остром вагините врач назначает пациентке удобную для нее трехдневную комбинированную терапию. На какой день назначить повторный прием, чтобы сделать контрольный мазок? Подходит ли для такого случая микроскопия?

По словам эксперта, микроскопия предпочтительна. Но контроль

следует осуществлять не ранее чем через неделю после окончания терапии. Нужно, чтобы препарат вывелся из очага, а микробиоценоз восстановился.

Нередко пациентки затрудняются ответить на вопрос, отмечались ли у них случаи вагинальных инфекций за последний год. Как можно заподозрить хронический вагинит или рецидивирующий бактериальный вагиноз на основании результатов лабораторного исследования? Имеется ли ключевой маркер?

Профессор А.М. Савичева пояснила, что никаких ключевых лабораторных маркеров нет. Но следует ориентироваться на выписки и заключения лечащих врачей.

Завершая выступление, профессор А.М. Савичева констатировала, что темп жизни современной женщины требует использования быстрых и качественных методов диагностики и кратковременных курсов терапии: «Это правильная микроскопия плюс методы амплификации нуклеиновых кислот, а также трехдневный курс лечения комбинированным препаратом Гайномакс».

Нюансы терапии вульвовагинальных инфекций. Взгляд гинеколога

Как известно, вагинальные выделения – один из самых частых поводов для обращения женщин за медицинской помощью. Но, как отметила Ирина Геннадьевна ШЕСТАКОВА, к.м.н., доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета непрерывного медицинского образования МИ РУДН, увеличение объема выделений не всегда служит признаком заболевания и не требует незамедлительного лечения, поскольку речь может идти о проявлении физиологической лейкореи. Согласно рекомендациям Международного общества по изучению вульвовагинальных

заболеваний (The International Society for the Study of Vulvovaginal Disease) 2023 г., изменения влагалищной микробиоты в отсутствие симптомов не требуют лечения. Микроскопия влагалищного мазка – один из первых шагов диагностики вагинитов.

Есть диагноз – есть лечение. При выборе алгоритма лечения следует учитывать его влияние на микробиом и возможность добиться устойчивого восстановления нормоценоза при минимальном риске рецидива. Между тем ошибки диагностики приводят к ятрогении. Поэтому врачу следует помнить о том, что вагинальная микрофлора здоровых

женщин репродуктивного возраста содержит свыше 1000 видов бактерий.

Врач лечит больную, а не анализ. На что необходимо ориентироваться при выборе терапии ВВИ? На клинический (симптомы) и микробиологический диагноз, анамнез (острый процесс или рецидив), лечение в прошлом, планирование беременности или наличие беременности в настоящее время, сопутствующие заболевания и терапию, предстоящие обследования/манипуляции/операции, наличие факторов риска рецидивирования.

Как уже отмечалось, пациентки ожидают от лекарственного средства положительного эффекта и максимально быстрого купирования симптомов (в идеале

¹⁰ Lefler E., Stevens D.A. Inhibition and killing of *Candida albicans* in vitro by five imidazoles in clinical use. *Antimicrob. Agents Chemother.* 1984; 25 (4): 450–454.

на второй-третий день лечения). Этим требованиям соответствует Гайномакс плюс – комбинированный препарат для интравагинального применения, действие которого обусловлено входящими в его состав тинидазолом (300 мг), тиоконазолом (200 мг), лидокаином (100 мг). Гайномакс плюс показан к применению при вульвовагинитах – бактериальном, кандидозном, трихомонадном и/или в ассоциации со смешанной флорой, чувствительной к компонентам препарата, неспецифическом вагините¹¹. Способ применения: по одному суппозиторию на ночь в течение трех дней.

По оценкам, до 20% случаев КВВ носят рецидивирующий характер. Согласно рекомендациям IUSTI (2018), препаратами первой линии терапии признаны азола. Лечение азолами приводит к облегчению симптомов и микробиологической эффективности у 80–90% пациентов, завершивших терапию. Краткосрочные препараты для местного применения (1–3 дня) эффективны при неосложненном КВВ. Большинство эпизодов рецидивирующего КВВ, вызванного *C. albicans*, хорошо отвечают на кратковременную пероральную или местную терапию азолами (Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

Во время беременности используются только топические препараты.

Показано, что при поражении *C. albicans* тиоконазол по сравнению с клотримазолом, эконазолом, кетоконазолом и миконазолом наиболее активен и вызывает гибель всех изолятов в течение восьми часов¹⁰.

Осложненный, или рецидивирующий, КВВ (три и более эпизода в год) или тяжелый КВВ на фоне *C. non-albicans* является

Гайномакс плюс – комбинированный препарат для интравагинального применения, действие которого обусловлено входящими в его состав тинидазолом (300 мг), тиоконазолом (200 мг), лидокаином (100 мг). Гайномакс плюс показан к применению при вульвовагинитах – бактериальном, кандидозном, трихомонадном и/или в ассоциации со смешанной флорой, чувствительной к компонентам препарата, неспецифическом вагините. Способ применения: по одному суппозиторию на ночь в течение трех дней

показанием для проведения микробиологического посева на грибы. Важно также исключить факторы риска (сахарный диабет, иммунодефицит, применение глюкокортикостероидов, частое использование антибиотиков). Поддерживающая терапия должна проводиться часто, но оптимальный интервал неясен.

В большинстве случаев СВ обусловлен сочетанием КВВ и БВ. Другие типичные комбинации обусловлены *T. vaginalis* на фоне БВ, а также АВ и КВВ. СВ обычно сопровождается образованием полимикробных биопленок.

СВ и АВ относятся к группе заболеваний, сопровождающихся воспалительными процессами в слизистой оболочке влагалища, вызванными патогенной микрофлорой. Частыми причинами АВ являются стрептококковая и энтерококковая инфекции. АВ нередко сопровождается грибковой инфекцией. Тиоконазол, входящий в состав препарата Гайномакс, сочетает в себе противогрибковое действие против дерматофитов с антибактериальным эффектом в отношении грамположительных бактерий.

По оценкам, после лечения БВ пероральным метронидазолом в течение семи дней частота рецидивов через месяц составляет

23%, через три месяца – 43%, через 12 месяцев – 58%. Между тем терапия комбинацией метронидазола и миконазола в форме вагинальных суппозиториях позволяет достигать сразу нескольких целей: уничтожения максимума возбудителей при БВ, КВВ, АВ и СВ, предотвращения рецидивирования, разрушения биопленки, увеличения содержания лактобацилл^{12, 13}.

Завершая выступление, И.Г. Шестакова представила основные принципы подхода к выбору терапии пациенток с вагинальными инфекциями, которыми следует руководствоваться практикующему врачу. Например, пациенткам с первым эпизодом инфекции или БВ за последний год, настроенным на быстрое излечение и планирующим беременность, выполнение ПАП-теста, операции или манипуляций, рекомендуется назначать терапию коротким трехдневным курсом. Пациенткам с третьим эпизодом кандидоза за последний год, рецидивом СВ или БВ, результатами чувствительности к антимикотикам (миконазол), с последним курсом лечения 1–3 дня назад, принимающим или планирующим применять антибиотики длительное время, показана терапия в течение 7–14 дней. ❖

¹¹ Инструкция по применению препарата Гайномакс плюс. ЛП-007796.

¹² Инструкция по применению препарата Нео-Пенотран Форте. ЛСР-005559/09.

¹³ Оразов М.Р., Бриль Ю.А. О чем молчат женщины. Диспареуния и репродуктивное здоровье. Информационный бюллетень / под ред. В.Е. Радзинского. М.: StatusPraesens, 2019.