



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ПРИДНЕСТРОВСКОЙ МОЛДАВСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИКАЗ

« 1 » 12.23

№ 957-08

г. Тирасполь

Об утверждении Клинических рекомендаций
по оказанию медицинской помощи
«Бактериальный вагиноз»

В соответствии с Законом Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года № 29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1), Постановлением Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 6 апреля 2017 года № 60 «Об утверждении Положения, структуры и предельной штатной численности Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики» (САЗ 17-15) с изменениями и дополнениями, внесенными постановлениями Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 14 июля 2017 года № 148 (САЗ 17-25), от 7 декабря 2017 года № 334 (САЗ 17-50), от 17 октября 2018 года № 352 (САЗ 18-42), от 14 декабря 2018 года № 448 (САЗ 18-51), от 26 апреля 2019 года № 143 (САЗ 19-17), от 8 августа 2019 года № 291 (САЗ 19-30), от 15 ноября 2019 года № 400 (САЗ 19-44), от 29 сентября 2020 года № 330 (САЗ 20-40), от 22 октября 2020 года № 364 (САЗ 20-43), от 8 декабря 2020 года № 433 (САЗ 20-50), от 25 января 2021 года № 19 (САЗ 21-4), от 30 декабря 2021 года № 426 (САЗ 21-52), от 20 января 2022 года № 11 (САЗ 22-2), от 28 октября 2022 года № 402 (САЗ 22-43), от 9 ноября 2022 года № 411 (САЗ 22-44), от 23 декабря 2022 года № 485 (САЗ 23-1), от 19 января 2023 года № 15 (САЗ 23-3), от 16 февраля 2023 года № 55 (САЗ 23-7), от 31 мая 2023 года № 186 (САЗ 23-22), от 12 октября 2023 года № 341 (САЗ 23-41), Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 6 мая 2021 года № 363 «Об утверждении Порядка разработки и применения клинических рекомендаций по вопросам оказания медицинской помощи» (регистрационный номер № 10285 от 3 июня 2021 года) (САЗ 21-22) с изменениями, внесенными Приказом Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 15 октября 2021 года № 759 (регистрационный номер № 10571 от 4 ноября 2021 года) (САЗ 21-44), в целях повышения качества оказания медицинской помощи,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи «Бактериальный вагиноз» согласно Приложению к настоящему Приказу.
2. Руководителям подведомственных лечебных учреждений принять настоящий Приказ к руководству и довести до сведения медицинского персонала Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи «Бактериальный вагиноз», утвержденные настоящим Приказом.
3. Контроль за исполнением настоящего Приказа оставляю за собой.

Министр

К.В. Албул

Кацавель О.Н.,
0(533) 9 44 88

Приложение к Приказу
Министерства здравоохранения
Приднестровской Молдавской Республики
от «1» 12 2023 года № 957-02

Клинические рекомендации

«Бактериальный вагиноз»

**Кодирование по Международной статистической
классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: N89**

Возрастная группа: Взрослые /дети

Год утверждения (частота пересмотра): 2023 (пересмотр каждые 5 лет)

Оглавление

Список сокращений.....	3
Термины и определения.....	3
1. Краткая информация	3
1.1. Определение	3
1.2. Этиология и патогенез.....	3
1.3. Эпидемиология	5
1.4. Кодирование по МКБ 10	5
1.5. Классификация.....	5
1.6. Клиническая картина.....	5
2. Диагностика	5
2.1. Жалобы и анамнез.....	6
2.2. Физикальное обследование	6
2.3. Лабораторная диагностика	6
2.4. Инструментальная диагностика	7
2.5. Иная диагностика.....	7
3. Лечение.....	8
3.1. Консервативное лечение.....	8
3.2. Хирургическое лечение.....	9
3.3. Иное лечение	9
4. Реабилитация	9
5. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	9
6. Организация медицинской помощи	10
7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома	10
Критерии оценки качества медицинской помощи.....	11
Список литературы.....	12
Приложение А1. Состав рабочей группы.....	18
Приложение А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкции по применению лекарственного препарата	19
Приложение Б. Алгоритмы действий врача.....	21
Приложение В. Информация для пациента	22

Список сокращений

БВ – бактериальный вагиноз

ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота

Термины и определения

Бактериальный вагиноз – это невоспалительный синдром, характеризующийся дисбиозом вагинальной микробиоты, выраженный в снижении количества лактобактерий (вплоть до их полного исчезновения) и в увеличении количества облигатных и факультативных анаэробных условно-патогенных микроорганизмов.

1. Краткая информация

1.1. Определение

Бактериальный вагиноз (БВ) – это не воспалительный синдром, характеризующийся дисбиозом вагинальной микробиоты, выраженный в снижении количества лактобактерий (вплоть до их полного исчезновения) и в увеличении количества облигатных и факультативных анаэробных условно-патогенных микроорганизмов.

1.2. Этиология и патогенез

БВ – это полимикробное дисбиотическое заболевание, при котором резко уменьшается количество *Lactobacillus* spp. и увеличивается количество факультативных и облигатных анаэробов и микроаэрофилов (*Gardnerella vaginalis*, *Peptostreptococcus*, *Clostridia* spp., *Prevotella* spp., *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Veillonella*, *Eubacterium*, *Atopobium vaginae*, *Mobiluncus* spp., *Megasphaera*, *Sneathia*, *Leptotrichia* spp., *Sneathia* spp., *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Streptococcus viridians*). На современном этапе признается ведущая роль *Gardnerella vaginalis* и *Atopobium vaginae* в этиопатогенезе БВ.

В структуре биоценоза влагалища здоровых женщин насчитывается более 40 видов микроорганизмов. Доминируют *Lactobacillus* (90-95%), остальные 5-10% представлены облигатными анаэробными и, в меньшей степени, факультативно-анаэробными, аэробными и микроаэрофильными бактериями. Концентрация аэробов во влагалище в 10 раз ниже, чем анаэробов.

В здоровой экосистеме влагалища существует несколько механизмов защиты от инфекций: вагинальный эпителий, микробиота влагалища (перекись-продуцирующие лактобактерии), гуморальный и клеточный иммунитет. Эстрогены индуцируют накопление

в вагинальном эпителии гликогена, являющегося метаболическим субстратом для лактобактерий, а также стимулируют формирование рецепторов к лактобактериям на эпителиальных клетках. Лактобактерии расщепляют гликоген с образованием молочной кислоты, обеспечивающей кислую среду во влагалище (рН 4,0–4,5), и перекиси водорода – естественного антисептика. Кроме того, лактобактерии конкурируют с другими микроорганизмами за возможность адгезии к клеткам влагалищного эпителия. Уровень иммунного ответа регулируется степенью интенсивности антигенного раздражения слизистых оболочек ацидофильной микробиотой. Лактобактерии активируют TLR-рецепторы эпителиальных клеток, распознающие различные микроорганизмы, что приводит к выработке провоспалительных цитокинов в количествах, достаточных для контроля над размножением нежелательной микробиоты.

При недостатке лактобактерий снижается концентрация молочной кислоты, рН влагалища сдвигается в щелочную сторону. Освободившуюся от лактобактерий нишу занимает *G.vaginalis* в синергизме с анаэробами. *G.vaginalis* вырабатывает ваголизин, действующий на эпителий влагалища цитотоксически и усиливающий активность гарднерелл более чем в 250 раз. Кроме того, *G.vaginalis* в ассоциации с *Lactobacteriuminers* могут вырабатывают цитолизин, разрушающий клетки влагалищного эпителия, и проявляют агрессивные свойства, нетипичные для нормальной микробиоты.

Вследствие интенсивного разрушения клеток вагинального эпителия (цитоллиз) избыточные углеводы становятся субстратом для синтеза жирных кислот с короткой углеводной цепью (С3-С6) – маркерных метаболитов бактериального вагиноза. Формируется замкнутый круг: пул свободной глюкозы истощается, запасы гликогена не восполняются, деструкция эпителиальных клеток влагалища усиливается, рН смещается в щелочную сторону. Маркерные метаболиты БВ обладают иммуномодулирующим эффектом, препятствуя развитию воспалительной реакции.

Последние данные показали, что БВ связан с развитием сцепленной полимикробной биопленки, содержащей большое количество *G.vaginalis* и меньшее число бактерий, ассоциированных с БВ. К особенностям такого БВ относят: затяжное течение процесса, склонность к хронизации, повышенную вероятность диссеминации возбудителя, неэффективность традиционной терапии.

БВ выявляют преимущественно у женщин репродуктивного возраста. Заболевание не представляет непосредственной опасности для жизни женщины, однако является фактором риска развития осложнений беременности: самопроизвольных абортов, внутриамниотической инфекции, преждевременного излития околоплодных вод, преждевременных родов, рождения детей с низкой массой тела. У женщин с БВ могут

развиваться эндометрит и сепсис после кесарева сечения. В настоящее время БВ рассматривается как одна из причин развития инфекционных осложнений после гинекологических операций и абортов, воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ), перитонита, абсцессов органов малого таза при введении внутриматочных контрацептивов. Длительное течение БВ является одним из факторов риска развития неоплазий шейки матки, а также повышенной восприимчивости к инфекциям, передаваемым половым путем, особенно к ВИЧ-инфекции и генитальному герпесу.

1.3. Эпидемиология

По данным мировой статистики, БВ занимает одно из первых мест среди заболеваний влагалища. Частота его распространения в популяции колеблется от 12% до 80% и зависит от контингента обследованных женщин. БВ развивается преимущественно у женщин репродуктивного возраста: у 80-87% женщин с патологическими вагинальными выделениями и 37-40% беременных.

1.4. Кодирование по МКБ 10

N89 – Другие не воспалительные болезни влагалища.

1.5. Классификация

Отсутствует.

1.6. Клиническая картина

Субъективные симптомы:

- гомогенные беловато-серые выделения из половых путей, часто с неприятным «рыбным» запахом, усиливающиеся после незащищенного полового акта, проведения гигиенических процедур с использованием мыла, после менструации;
- дискомфорт в области наружных половых органов;
- болезненность во время половых контактов (диспареуния);
- редко - зуд и/или жжение в области половых органов;
- редко - зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия).

Объективные симптомы:

- гомогенные беловато-серые вагинальные выделения густой консистенции, равномерно распределяющиеся по слизистой оболочке вульвы и влагалища.

У пациенток симптомы воспалительной реакции со стороны половых органов отсутствуют.

2. Диагностика

Диагноз БВ устанавливается на основании совокупности данных клинических проявлений и данных лабораторного обследования (микроскопическое исследование

отделяемого женских половых органов, окрашенного по Граму) – обнаружение «ключевых клеток».

2.1. Жалобы и анамнез

Пациентки предъявляют жалобы на патологические выделения из половых путей с неприятным запахом, усиливающиеся после незащищенного полового акта, проведения гигиенических процедур с использованием мыла и/или после менструации; возможен дискомфорт в области наружных половых органов

2.2. Физикальное обследование

Объективные симптомы:

- при осмотре наружных половых органов возможно наличие свободных гомогенных выделений;
- при осмотре с помощью зеркала Куско визуализируются гомогенные беловато-серые вагинальные выделения густой консистенции, равномерно распределяющиеся по слизистой оболочке вульвы и влагалища;
- воспалительная реакция со стороны половых органов отсутствует.

2.3. Лабораторная диагностика

• **Рекомендовано** осуществлять верификацию диагноза БВ на основании результатов лабораторных исследований микроскопическим методом, направленным на выявление «ключевых» клеток: микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы [50,51].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

■ **Рекомендовано** с целью определения видового и количественного состава микробиоты влагалища микробиологические исследования и/или определение ДНК *Gardnerellavaginalis*, *Atopobiumvaginae*, *Lactobacilluspp.* и общего количества бактерий во влагалищном отделяемом методом ПЦР (количественное исследование), ассоциированных с БВ, в частности, трудно культивируемых, с использованием тест-систем.

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 2).

Комментарии: при микроскопическом исследовании, кроме выявления «ключевых» клеток, необходимо отмечать уменьшение количества или исчезновение лактобацилл; увеличение количества смешанной микробной (не лактобациллярной) микробиоты; отсутствие местной лейкоцитарной реакции. Культуральное исследование может применяться для определения видового и количественного состава микробиоты

влагалища (микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы). Для оценки результатов микроскопического и культурального исследования используется комплексная система выявления нарушения микробиоты влагалища «Интегральная оценка состояния микробиоты влагалища. Диагностика оппортунистических инфекций».

2.4. Инструментальная диагностика

Не применяется.

2.5. Иная диагностика

• **Рекомендовано определение концентрации водородных ионов (рН), отделяемого слизистой оболочки влагалища** (проведение рН-метрии отделяемого влагалища при помощи лакмусовой бумаги). При БВ рН выше 4,5 [54,64].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 3).

• **Рекомендовано проведение аминотеста:** нанесение отделяемого влагалища на предметное стекло и добавление к нему 10% раствора КОН. Аминотест при БВ положительный: появляется или усиливается неприятный «рыбный» запах [59,62].

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

Комментарии: диагноз БВ устанавливается на основании выявления трех из четырех критериев Amsel:

- гомогенные беловато-серые выделения из половых путей, с неприятным «рыбным» запахом;

- рН влагалищных выделений выше 4,5;

- положительный аминотест;

- выявление «ключевых» клеток при микроскопии влагалищных выделений

• **Рекомендовано назначение консультации врача акушера-гинеколога при ведении беременных с БВ и при сопутствующем воспалительном процессе органов малого таза** [55,56].

Уровень убедительности рекомендаций - С (уровень достоверности доказательств – 4).

• **Рекомендовано консультация врача-эндокринолога в случае частого рецидивирования БВ с целью исключения сопутствующих заболеваний (состояний), которые могут способствовать нарушению нормальной вагинальной микробиоты** [57,58].

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

3. Лечение

3.1. Консервативное лечение

Лечение БВ осуществляется препаратами группы нитроимидазола производные и клиндамицин с целью исчезновения или снижения количества «ключевых» клеток при микроскопическом исследовании влагалищного отделяемого при контрольном обследовании и достижения клинического выздоровления.

• **Рекомендовано** для лечения БВ у взрослых назначать препараты группы нитроимидазола производные и клиндамицин для интравагинального применения: клиндамицин, крем 2% 5,0 г интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 7 дней [10, 13, 17-20]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2).

или

метронидазол, гель вагинальный по 5,0 г интравагинально 2 раза в сутки в течение 5 дней [10, 13, 17, 12-23]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

или

клиндамицин, суппозитории вагинальные 100 мг интравагинально 1 раз в сутки (на ночь) в течение 3 дней [31]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2).

• **Рекомендовано** для лечения БВ у взрослых назначать препараты группы нитроимидазола производные и клиндамицин** внутрь:

#метронидазол** 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней [10, 13, 20, 21, 24-27]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1).

или

#тинидазол 2,0 г перорально 1 раз в сутки в течение 3 дней [10,28-30,65].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

или

#клиндамицин** 300 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней [10, 14]

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

или

#тинидазол 1,0 г перорально 1 раз в сутки в течение 5 дней [32]

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств 2).

• **Рекомендовано** для лечения БВ у беременных:

#метронидазол** 500 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней, назначается со второго триместра беременности [10-36].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2).

или

#метронидазол** 250 мг перорально 3 раза в сутки в течение 7 дней, назначается со второго триместра беременности. [33-36]

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2).

или

#клиндамицин** 300 мг перорально 2 раза в сутки в течение 7 дней. [37, 38].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1).

• **Рекомендовано** для лечения БВ у детей:

#метронидазол** 10 мг на кг массы тела перорально 3 раза в сутки в течение 5 дней [39, 66, 67].

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 3).

3.2. Хирургическое лечение

Не применяется.

3.3. Иное лечение

Диетотерапия не применяется.

Обезболивание не применяется.

4. Реабилитация

Не применяется.

5. Профилактика и диспансерное наблюдение

Установление излеченности БВ на основании микроскопического метода проводится через 14 дней после окончания лечения. При отрицательных результатах обследования пациентки дальнейшему наблюдению не подлежат.

Врач должен рекомендовать пациентке в период лечения и диспансерного наблюдения воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности.

Профилактика:

- соблюдение правил личной и половой гигиены;
- исключение случайных половых контактов и частой смены половых партнеров;
- использование средств барьерной контрацепции;
- исключение бесконтрольного и частого употребления антибактериальных, противогрибковых препаратов системного действия и гормональных препаратов системного действия;
- исключение влагалищных душей, спринцеваний;
- исключение длительного использования внутриматочных средств и влагалищных диафрагм,
- отказ от тесного синтетического белья и регулярного использования гигиенических прокладок.

• При отсутствии эффекта от лечения **рекомендуется** назначение иных препаратов или методик лечения.

• **Рекомендовано** в целях профилактики рецидивов БВ, после проведения терапии применение других антисептиков и противомикробных препаратов для лечения гинекологических заболеваний (вагинальных пробиотических препаратов, содержащих лактобактерии, например, *LactobacillusCaseiRhamnosus*) [60,61].

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 2).

6. Организация медицинской помощи

Лечение БВ осуществляется в амбулаторных условиях.

7. Дополнительная информация, влияющая на исход заболевания/синдрома

Следует учитывать экзогенные и эндогенные факторы риска развития БВ:

К *эндогенным факторам* риска развития БВ относятся: гормональные изменения (возрастные – в пубертатном периоде и менопаузе; при патологии беременности; в послеродовом и послеабортном периодах), гипотрофия и атрофия слизистой оболочки влагалища, наличие кист и полипов стенок влагалища, гименальной области, нарушения рецепторной функции вагинального эпителия, антагонизм между вагинальными микроорганизмами, снижение концентрации перекиси водорода в вагинальной среде за счёт уменьшения концентрации лактобацилл и др.

К *экзогенным факторам* риска развития БВ относятся: инфицирование возбудителями инфекций, передаваемых половым путем, и колонизация половых путей генитальными микоплазмами, лекарственная терапия (антибактериальными препаратами системного действия, цитостатическими противоопухолевыми препаратами, глюкокортикостероидами, противомикробными препаратами системного действия), лучевая терапия; присутствие инородных тел во влагалище и матке; пороки развития половых органов или их деформации после родов и хирургических вмешательств; нарушение гигиены половых органов, в том числе, частое применение спринцеваний и вагинальных душей; использование интравагинальных контрацептивов, в том числе спермицидов.

Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерии качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности доказательств
1	Проведено подтверждение диагноза тремя из 4-х критериев Amsel (выделения из влагалища гомогенные, беловато-серые, с неприятным запахом; pH вагинального отделяемого > 4,5; положительный результат аминотеста; наличие «ключевых» клеток)	1	A
2	Проведена терапия клиндамицином или метронидазолом или тинидазолом	4	C
3	Достигнуто исчезновение или снижение количества «ключевых» клеток при микроскопическом исследовании влагалищного отделяемого при контрольном обследовании	4	C
4	Достигнуто исчезновение клинических симптомов заболевания (клиническое выздоровление)	4	C

Список литературы

1. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. – 3е изд., испр. и доп. / Г.М. Савельева, В.Н. Серов, Г.Т. Сухих. – М.: ГЭОТАРМедиа. 2009. – 880 с.
2. Гинекология. Национальное руководство/ В.И. Кулаков, Г.М. Савельева, И.Б. Манухин. – М.: ГЭОТАРМедиа, 2011. – 1072 с.
3. Диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин// Клинические рекомендации под ред. В.Н.Прилепской и соавт. – Москва, 2013. – 50стр.
4. Ефимов Б.А., Тютюнник В.Л., Бактериальный вагиноз: современный взгляд на проблему // РМЖ. – 2008. – Т. 16, № 1. – С. 18–22.
5. Atashili J., Poole C., Ndumbe P.M. et al. Bacterial vaginosis and HIV acquisition: a meta-analysis of published studies // AIDS. – 2008. – N 22. – P. 1493–1501.
6. Chohan V.H., Baeten J., Benki S. et al. A prospective study of risk factors for herpes simplex virus Type 2 Acquisition among highrisk HIV1 Sero negative Kenyan Women // Sex Transm. Infect. – 2009. – N 85. – P. 489–492.
7. Gallo M.F., Warner L., Macaluso M. et al. Risk factors for incident herpes simplex type 2 virus infection among women attending a sexually transmitted disease clinic // Sex Transm. Dis. – 2008. – N 35. – P. 679–685.
8. Kaul R., Nagelkerke N.J., Kimani J. et al. Prevalent herpes simplex virus type 2 infection is associated with altered vaginal flora and an increased susceptibility to multiple sexually transmitted infections// J. Infect. Dis. – 2007. – N 196. – P. 1692–1697.
9. Schwebke J.R. Abnormal vaginal flora as a biological risk factor for acquisition of HIV infection and sexually transmitted diseases // J. Infect. Dis. – 2005. – N 192. – P. 1315–1317.
10. Sherrard J., Donders G., White D. European (IUSTI/WHO) Guideline on the Management of Vaginal Discharge // Int. J. STD AIDS. – 2011. – N 22. – P. 421–429.
11. 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.
12. Burton J.P., Devillard E., Cadieux P.A., Hammond J.A., Reid G. Detection of *Atopobiumvaginae* in postmenstrual women by cultivation-independent methods warrants further investigation. Journal of clinical microbiology. Apr. 2004, p. 1829-1931.
13. Ferris D.G. et al. Treatment of bacterial vaginosis: a comparison of oral metronidazole, metronidazole vaginal gel, and clindamycin vaginal cream// JAMA. – 1992. – v.268, N 1. – P. 92-95.

14. Wilson J. Managing recurrent bacterial vaginosis. Sex transmitted infections. 2004 Feb; 80(1):8-11.
15. Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Календжян А.С. и др. Эффективная коррекция нарушений биоценоза влагалища вне и во время беременности: почему это важно и что нового? // Доктор.Ру. (Гинекология). – 2010. – № 7 (58). – Ч. 1. – С. 20–26.
16. Mastromarino P. et al. Effectiveness of Lactobacillus-containing vaginal tablets in the treatment of symptomatic bacterial vaginosis // Clin Microbiol Infect. – 2009. – N15. – P. 67-74.
17. Nyirjesy P. et al. The effects of intravaginal clindamycin and metronidazole therapy on vaginal lactobacilli in patients with BV // Am Journ of Obstetr and Gynecol. – 2006. – v. 194. – P. 1277 – 1282.
18. Workowski K., Berman S. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010 // MMWR. – 2010. – Vol. 59 (RR12). – P. 1–110. URL: <http://www.cdc.gov/mmwr>.
19. Рахматулина М.Р. Опыт применения 5-нитроимидазолов в терапии бактериального вагиноза. Российский вестник акушера-гинеколога 2015. - №6. – С.92-97
20. Hanson J.M. et al. Metronidazole for bacterial vaginosis. A comparison of vaginal gel vs. oral therapy // J Fam Pract. – 1995/ - v.41, N5/ - P. 443-449.
21. Lugo-Miro V.I. et al. Comparison of different metronidazole therapeutic regimens for bacterial vaginosis. A meta-analysis // Am J Obstet Gynecol. – 1993. – v.169, N 2, Pt 2. – P. 446-449.
22. Sanchez S. et al. Intravaginal metronidazole gel versus metronidazole plus nistatin ovules for BV: a randomized controlled trial // Amer Journ of Obstetr and Gynecol. – 2004. – v. 191. – P. 1898 – 1906.
23. Sobel J., Ferris D., Schwebke J. et al. Suppressive antibacterial therapy with 0,75% metronidazole vaginal gel to prevent recurrent bacterial vaginosis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2006. – N 194. – P. 1283–1289.
24. Cardamakis E. et al. Prospective randomized trial of ornidazole versus metronidazole for BV therapy // International Journal of Experimental and Clinical Chemotherapy. – 1992. - vol.5, N.3. – P. 153-157.
25. Larsson P.G., Platz Christensen J.J., Thejls H. et al. Incidence of pelvic inflammatory disease after first trimester legal abortion in women with bacterial vaginosis after treatment with metronidazole: a double blind, randomized study // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1992. – N 166 (1 Pt. 1). – P. 100–103.
26. Рахматулина М.Р. Диагностические и терапевтические аспекты ведения пациенток с бактериальным вагинозом. Гинекология. – 2012. – Т.14. - №4. – С.27-32.

27. Рахматулина М.Р., Плахова К.И. Бактериальный вагиноз, ассоциированный с *Atopobiumvaginae*. Акушерствои гинекология. – 2012.- №3. – 88- 92.
28. Thulkar J, Kriplani A, Agarwal N. A comparative study of oral single dose of metronidazole, tinidazole, secnidazole and ornidazole in bacterial vaginosis. Indian J Pharmacol. 2012 Mar;44(2):243-5
29. Martinez RC, Franceschini SA, Patta MC, Quintana SM, Gomes BC, De Martinis EC, Reid G. Improved cure of bacterial vaginosis with single dose of tinidazole (2 g), Lactobacillus rhamnosus GR-1, and Lactobacillus reuteri RC-14: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Can J Microbiol. 2009 Feb;55(2):133-8.
30. Patel Y, Gopalan S, Bagga R, Sharma M, Chopra S, Sethi S. A randomized trial comparing a polyherbal pessary (a complementary and alternative medicine) with Ginlac-V pessary (containing clotrimazole, tinidazole and lactobacilli) for treatment of women with symptomatic vaginal discharge. Arch Gynecol Obstet. 2008 Oct;278(4):341-7. doi: 10.1007/s00404-008-0568-9. Epub 2008 Jan 31.
31. Sobel J, Peipert JF, McGregor JA, et al. Efficacy of clindamycin vaginal ovule (3-day treatment) vs. clindamycin vaginal cream (7-day treatment) in bacterial vaginosis. Infect Dis ObstetGynecol2001;9:9–15.
32. Livengood CH, Ferris DG, Wiesenfeld HC, Hillier SL, Soper DE, Nyirjesy P, Marrazzo J, Chatwani A, Fine P, Sobel J, Taylor SN, Wood L, Kanalas JJ. Effectiveness of two tinidazole regimens in treatment of bacterial vaginosis: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2007 Aug;110 (2 Pt 1):302-9.
33. Hauth JC, Goldenberg RL, Andrews WW, et al. Reduced incidence of preterm delivery with metronidazole and erythromycin in women with bacterial vaginosis. N Engl J Med 1995;333:1732–6.
34. Morales WJ, Schorr S, Albritton J. Effect of metronidazole in patients with preterm birth in preceding pregnancy and bacterial vaginosis: a placebo-controlled, double-blind study. Am J ObstetGynecol1994;171:345–9.
35. Yudin MH, Landers DV, Meyn L, et al. Clinical and cervical cytokine response to treatment with oral or vaginal metronidazole for bacterial vaginosis during pregnancy: a randomized trial. ObstetGynecol2003;102:527–34.
36. Burtin P, Taddio A, Ariburnu O, et al. Safety of metronidazole in pregnancy: a meta-analysis. Am J ObstetGynecol 1995;172(2 Pt 1):525–9.
37. Ugwumadu A, Reid F, Hay P, et al. Natural history of bacterial vaginosis and intermediate flora in pregnancy and effect of oral clindamycin. ObstetGynecol2004;104:114–9.

38. Lamont RF, Nhan-Chang CL, Sobel JD, et al. Treatment of abnormal vaginal flora in early pregnancy with clindamycin for the prevention of spontaneous preterm birth: a systematic review and metaanalysis. *Am J ObstetGynecol* 2011;205:177–90.
39. Ведение больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями: Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. – М.: Деловой экспресс, 2012. – 112 с.
40. Федеральные клинические рекомендации РОДВК и РОАГ по ведению больных с бактериальным вагинозом, 2015г. - http://www.cnikvi.ru/docs/clinic_recs/infektsii-peredavaemye-polovym-putem/
41. Анкирская А.С., Муравьева В.В. Интегральная оценка состояния микробиоты влагалища. Диагностика оппортунистических вагинитов (медицинская технология) – М.:Б/И, 2011.
42. Alves P., Castro J., Sousa C., Cereija T.B., Cerca N. Gardnerella vaginalis outcompetes 29 other bacterial species isolated from patients with bacterial vaginosis, using in an in vitro biofilm formation model // *J Infect Dis.* 2014 Aug 15; 210(4):593-6.
43. Bradshaw C.S., Brotman R.M. Making inroads into improving treatment of bacterial vaginosis - striving for long-term cure // *BMC Infect Dis.* 2015 Jul 29;15:292.
44. Fredricks D.N., Fiedler T.L., Mrazek J.M. Molecular identification of bacteria associated with bacterial vaginosis // *N Engl J Med.* 2005 Nov 3;353(18):1899-911.
45. Gelber S.E., Aguilar J.L., Lewis K.L.T., Ratner A.J. Functional and phylogenetic characterization of vaginolysin, the human-specific cytolysin from Gardnerella vaginalis // *J. Bacteriol.* 2008. Vol. 190. P. 3896–3903.
46. Jason Lloyd-Price, Galeb Abu-Ali, and Curtis Huttenhower The healthy human microbiome // *Genome Med.* 2016; 8: 51. Published online 2016 Apr 27.
47. Mehta S.D. Systematic review of randomized trials of treatment of male sexual partners for improved bacterial vaginosis outcomes in women // *Sex Transm Dis.* 2012 Oct;39(10):822-30.
48. Mirmonsef P., Gilbert D., Zariffard M.R. et al. The effects of commensal bacteria on innate immune responses in the female genital tract // *Am. J. Reprod. Immunol.* 2011. Vol. 65. P. 190–195.
49. Muzny C.A., Schwebke J.R. Biofilms: An Underappreciated Mechanism of Treatment Failure and Recurrence in Vaginal Infections // *Clin Infect Dis.* 2015 Aug 15;61(4):601-6.
50. Шалепо К.В., Назарова В.В., Менухова Ю.Н., и др. Оценка современных методов лабораторной диагностики бактериального вагиноза // *Журнал акушерства и женских болезней.* - 2014. - № 1. - С. 26-32. [Shalepo KV, Nazarova VV, Menuhova JN, et al.]

Ocenkasovremennyhmetodovlaboratornojdiagnostikibakterial"nogovaginoza.

Zhurnalakusherstvaizhenskihboleznej. 2014;1:26-32. (In Russ).]

51. Modak T, Arora P, Agnes C, et al. Diagnosis of bacterial vaginosis in cases of abnormal vaginal discharge: comparison of clinical and microbiological criteria. *J Infect Dev Ctries*. 2011;5(5):353-360.

52. Fredricks DN, Fiedler TL, Thomas KK, et al. Targeted PCR for detection of vaginal bacteria associated with bacterial vaginosis. *J Clin Microbiol* 2007;45:3270–6.

53. Cartwright CP, Lembke BD, Ramachandran K, et al. Development and validation of a semiquantitative, multitarget PCR assay for diagnosis of bacterial vaginosis. *J Clin Microbiol* 2012;50:2321–9.

54. Murtazina, Z. &Yashchuk, A. &Galimov, R. &Dautova, L. &Tsvetkova, Angela. (2017). Office diagnosis of bacterial vaginosis by hardware topographic pH-metry. *Rossiiskiiinvestnikakushera-ginekologa*. 17. 54. 10.17116/rosakush201717454-58.

55. Allsworth JE, Peipert JF. Severity of bacterial vaginosis and the risk of sexually transmitted infection. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(2):113.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2011.02.060.

56. Haggerty CL, Totten PA, Tang G, et al. Identification of novel microbes associated with pelvic inflammatory disease and infertility. *SexTransmInfect*. 2016. pii: sex-trans-2015-052285. doi: 10.1136/sextrans-2015-052285.

57. Исхакова Т. Р., Муфтеева Г. Р., Муфтеева К. А. Общий нутритивный дефицит у женщин фертильного возраста как фон формирования бактериального вагиноза // *Вопросы питания*. 2018. №5 приложение.

58. Коломыцева О. В. Анализ антропометрических показателей женщин школы здорового питания // *Вопросы питания*. 2018. №5 приложение.

59. Nugent RP, Krohn MA, Hillier SL. Reliability of diagnosing bacterial vaginosis is improved by a standardized method of gram stain interpretation. *J Clin Microbiol*, 1991, 29(2): 297–301.

60. L Petricevic, A Witt The role of *Lactobacillus caseirhamnosus* Lcr35 in restoring the normal vaginal flora afterantibiotic treatment of bacterial vaginosis. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.01882.x

61. Ziyue Wang 1,2,3,y, Yining He 1,4,5,y and Yingjie ZhengInt Probiotics for the Treatment of Bacterial Vaginosis: A Meta-Analysis. *J. Environ. Res. Public Health* 2019, 16, 3859; doi:10.3390/ijerph16203859.

62. Пестрикова Ю. Т., ЮрасоваА. Е., Котельникова В. А., Князева Т.П. Современные подходы к верификации диагноза бактериального вагиноза и тактике ведения//РМЖ. Мать и дитя №2(1) от 28.02.2018 стр. 48-53.

63. Цыденова Ц.Б. Диагностика и лечение бактериальных вагинозов (обзор литературы)// Бюллетень ВСНЦ со РАМН 2010
64. Кира Е.Ф., Семенова К.Е., Маркарян А.М. Роль pH-метрии в диагностике вагинальных инфекций// Гинекология 16 №2.
65. Michael D Nailor and Jack D Sobel Tinidazole for bacterial vaginosis// Future Drugs Ltd 2007
66. Малова И.О. Бактериальный вагиноз в детском возрасте: особенности течения и основные принципы лечения. // Вестник дерматологии и венерологии, 1999; 1: 38–42.
67. Андреева В.О. Бактериальный вагиноз у подростков: современные подходы к лечению // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 32. С. 12–16.
68. Андреева В.О. Бактериальный вагиноз у подростков: современные подходы к лечению // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. № 32. С. 12–16.

Состав рабочей группы

Председатель:

Страт А.И. – врач-дерматовенеролог первой квалификационной категории государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер».

Члены:

Козак И.И. – врач-дерматовенеролог государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Перчун А.М. – врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер»;

Спорыш Е.Л. – врач-дерматовенеролог высшей квалификационной категории, заведующая кожно-венерологическим отделением государственного учреждения «Бендерская центральная городская больница».

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

Экспертизу проекта клинических рекомендаций провел главный внештатный дерматовенеролог Министерства здравоохранения Приднестровский Молдавской Республики, эксперт по клиническому направлению (специальности) «Дерматовенерология» **Н. Т. Барановская** – главный врач государственного учреждения «Республиканский кожно-венерологический диспансер».

Конфликт интересов: конфликт интересов отсутствует.

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

Настоящие клинические рекомендации носят рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления:

1. Врачи-дерматовенерологи;
2. Врачи-аллергологи-иммунологи;
3. Ординаторы по специальностям «Дерматовенерология» и «Аллергология и иммунология».

Виды и объёмы медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законом о республиканском бюджете на соответствующий финансовый год, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Объём диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач в соответствии с требованиями к объёму исследований при определенных заболеваниях, состояниях с учетом возможности лечебно-профилактических организаций по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию-не реже один раз в пять лет, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утвержденным клиническим рекомендациям, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

Сведения о показаниях к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, схемы по применению лекарственного препарата изложены в разделе 3 «Лечение» настоящих клинических рекомендаций.

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

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16 января 1997 года №29-3 «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1);

2. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6);

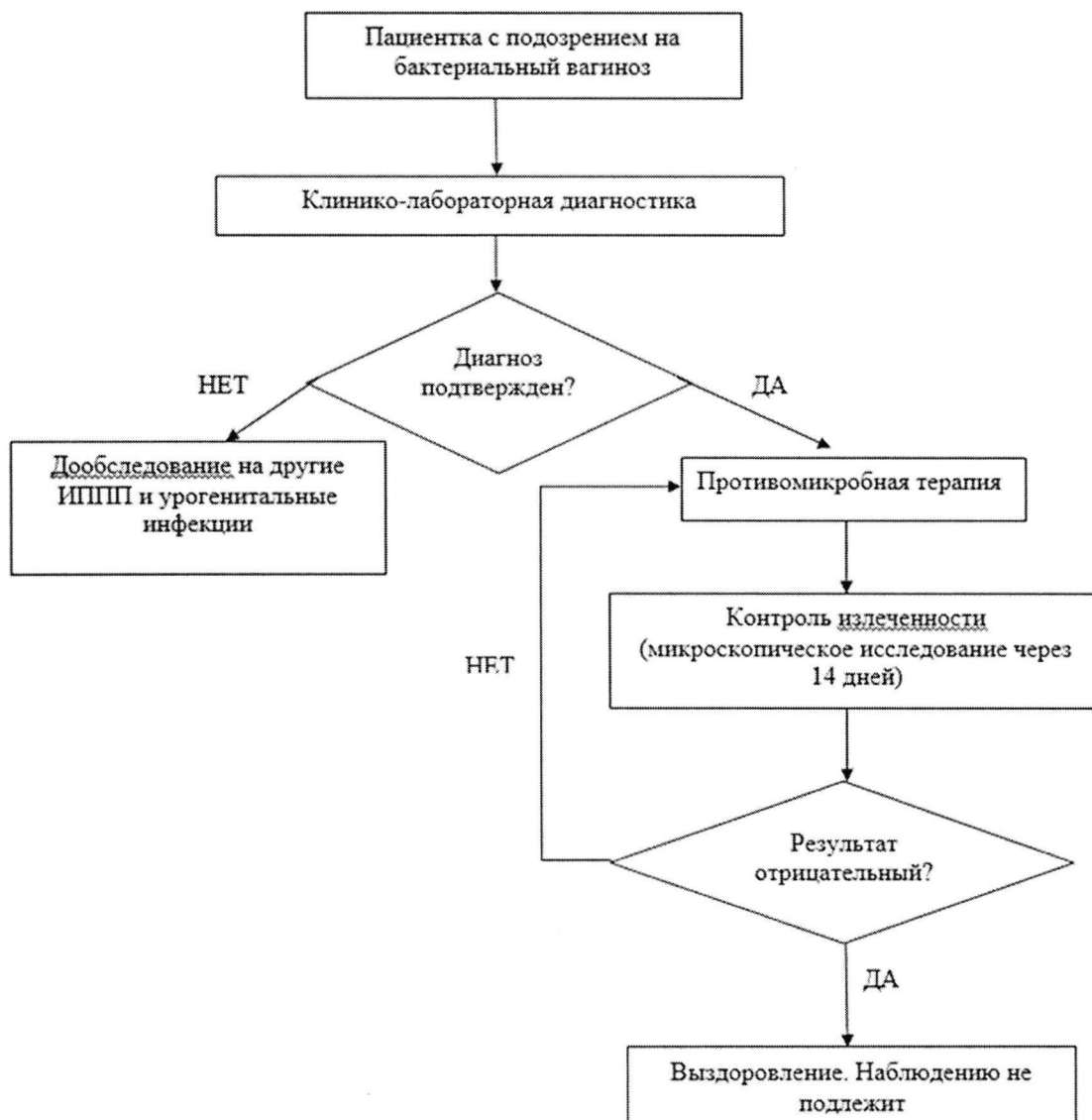
3. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 3 июня 2008 года № 481-3-IV «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (САЗ 08-22);

4. Приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 13 июня 2003 года № 405 «О мерах по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путём», Приложение № 1 «Положение о кожно-венерологическом диспансере»;

5. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 1 ноября 2022 года № 894 «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств для медицинского применения» (регистрационный № 11398 от 25 ноября 2022 года) (САЗ 22-46).

Алгоритмы действий врача

Блок-схема 1. Алгоритм ведения пациента



Информация для пациента

1. В период лечения и диспансерного наблюдения необходимо воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции до установления излеченности.

2. С целью установления излеченности необходима повторная явка к врачу для обследования через 14 дней после окончания лечения.

3. Необходимо соблюдать правила личной и половой гигиены, избегать чрезмерного применения мыла, избегать частой смены половых партнеров и случайных половых связей.

4. С целью предотвращения повторных эпизодов бактериального вагиноза необходимо избегать бесконтрольного употребления антибактериальных и гормональных препаратов, своевременно лечить эндокринную патологию, фоновые гинекологические заболевания, заболевания желудочно-кишечного тракта, не злоупотреблять частыми спринцеваниями; отказаться от тесного синтетического белья и регулярного использования гигиенических прокладок.