Бактериальный вагиноз

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2022 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N89 · Общероссийская общественная организация "Российское общество дерматовенерологов и косметологов"

Бактериальный вагиноз — невоспалительный дисбиоз влагалища со снижением Lactobacillus spp. и ростом анаэробной/условно-патогенной микробиоты. Рекомендация описывает диагностику по клинике и лабораторным признакам, лечение нитроимидазолами или клиндамицином, контроль излеченности и профилактику рецидивов.

Главное

- БВ — не воспаление, а нарушение микробиоты: лактобактерий становится мало или они исчезают, растут анаэробы; ведущую роль в патогенезе отводят Gardnerella vaginalis и Atopobium vaginae.
- Типичная клиника: гомогенные беловато-серые выделения с «рыбным» запахом, усиливающимся после незащищенного полового акта, мыла или менструации; воспалительная реакция со стороны половых органов отсутствует.
- Диагноз ставят по совокупности клинических данных и лабораторного подтверждения, ключевой микроскопический признак — «ключевые» клетки.
- Критерии Amsel: гомогенные беловато-серые выделения с запахом, pH > 4,5, положительный аминотест, «ключевые» клетки; для диагноза нужны 3 из 4 критериев.
- Основные препараты для взрослых: метронидазол, тинидазол или клиндамицин; доступны пероральные и интравагинальные схемы с указанными курсами.
- Излеченность проверяют микроскопически через 14 дней после окончания терапии; при отрицательных результатах дальнейшее наблюдение не требуется.
- Лечение БВ проводится амбулаторно.

Диагностика

1. Собрать жалобы: патологические выделения с неприятным запахом, усиление после незащищенного секса, мыла и/или менструации; возможен дискомфорт наружных половых органов.
2. Осмотреть наружные половые органы и влагалище в зеркалах: искать свободные гомогенные беловато-серые густые выделения, равномерно покрывающие слизистую; признаков воспаления быть не должно.
3. Подтвердить диагноз микроскопией отделяемого женских половых органов с выявлением «ключевых» клеток; УУР А, УДД 2.
4. При микроскопии дополнительно оценить уменьшение или исчезновение лактобацилл, рост смешанной нелактобациллярной микробиоты и отсутствие местной лейкоцитарной реакции.
5. Для видового и количественного состава микробиоты можно использовать микробиологические исследования и/или количественную ПЦР ДНК Gardnerella vaginalis, Atopobium vaginae, Lactobacillus spp. и общего количества бактерий; УУР А, УДД 2.
6. Измерить pH влагалищного отделяемого лакмусовой бумагой: при БВ pH выше 4,5; УУР А, УДД 3.
7. Провести аминотест с 10% раствором KOH: тест положителен, если появляется или усиливается «рыбный» запах; УУР С, УДД 5.

Лечение

- Цели терапии: клиническое выздоровление и исчезновение либо уменьшение числа «ключевых» клеток при контрольной микроскопии.
- Интравагинально у взрослых: клиндамицин крем 2% 5,0 г 1 раз в сутки на ночь 7 дней; УУР А, УДД 2.
- Интравагинально у взрослых: метронидазол гель вагинальный по 5,0 г 2 раза в сутки 5 дней; УУР С, УДД 5.
- Интравагинально у взрослых: клиндамицин суппозитории вагинальные 100 мг 1 раз в сутки на ночь 3 дня; УУР В, УДД 2.
- Перорально у взрослых: метронидазол 500 мг 2 раза в сутки 7 дней; УУР А, УДД 1. Альтернативы: тинидазол 2,0 г 1 раз в сутки 3 дня; клиндамицин 300 мг 2 раза в сутки 7 дней; тинидазол 1,0 г 1 раз в сутки 5 дней.

- У беременных: метронидазол 500 мг 2 раза в сутки 7 дней со II триместра или метронидазол 250 мг 3 раза в сутки 7 дней со II триместра; оба варианта УУР А, УДД 2. Также указан клиндамицин 300 мг 2 раза в сутки 7 дней; УУР А, УДД 1.
- У детей: метронидазол 10 мг/кг массы тела перорально 3 раза в сутки 5 дней; УУР С, УДД 3.
- Хирургическое лечение при БВ не применяется.
- Диетотерапия и обезболивание при БВ не применяются.
- Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение при БВ не применяются.

Когда направить и как наблюдать

- Рекомендована консультация врача акушера-гинеколога при ведении беременных с бактериальным вагинозом и при сопутствующем воспалительном процессе органов малого таза; УУР С, УДД 4.
- Рекомендована консультация врача-эндокринолога при частом рецидивировании БВ для исключения состояний, нарушающих нормальную вагинальную микробиоту; УУР С, УДД 5.
- Контроль излеченности проводят через 14 дней после окончания лечения; если обследование отрицательное, дальнейшее наблюдение не требуется.
- На время лечения и диспансерного наблюдения пациентке нужно воздержаться от половых контактов или использовать барьерную контрацепцию до подтверждения излеченности.

Частые вопросы

Какие признаки наиболее характерны для бактериального вагиноза?

Гомогенные беловато-серые выделения с неприятным «рыбным» запахом, часто усиливающимся после незащищенного полового акта, мыла или менструации. Воспалительная реакция со стороны половых органов отсутствует.

Сколько критериев Amsel нужно для диагноза БВ?

Диагноз устанавливают при наличии 3 из 4 критериев: характерные выделения, pH > 4,5, положительный аминотест, «ключевые» клетки при микроскопии.

Какой основной лабораторный тест подтверждает бактериальный вагиноз?

Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов с выявлением «ключевых» клеток. Также при микроскопии учитывают снижение лактобацилл, рост смешанной микробиоты и отсутствие местной лейкоцитарной реакции.

Чем лечить бактериальный вагиноз у взрослых?

Используют препараты группы нитроимидазола и клиндамицин. В тексте указаны схемы: метронидазол 500 мг внутрь 2 раза в сутки 7 дней, тинидазол 2,0 г 1 раз в сутки 3 дня или 1,0 г 1 раз в сутки 5 дней, клиндамицин 300 мг внутрь 2 раза в сутки 7 дней, а также интравагинальные формы клиндамицина и метронидазола.

Когда проверять эффективность лечения БВ?

Микроскопический контроль излеченности проводят через 14 дней после окончания терапии. Если результаты отрицательные, пациентку дальше не наблюдают.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/206-bakterialnyj-vaginoz. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/206_2