Воспалительные болезни шейки матки, влагалища и вульвы

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: N72, N76, N77.1, T19.2 · Российское общество акушеров-гинекологов

Рекомендация охватывает цервицит, вагинит и вульвит инфекционной и неинфекционной природы. Главное для практики — осмотр, pH, микробиологическая диагностика ИППП/КВВ/БВ/АВ и выбор терапии по вероятной или подтвержденной этиологии.

Главное

- Цервицит часто связан с ИППП: Chlamydia trachomatis, Mycoplasma genitalium, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis; также возможна роль ВПГ и условно-патогенной микрофлоры. Связь Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum/parvum, Cytomegalovirus и β-гемолитического стрептококка группы B с цервицитом не доказана.
- КВВ считают осложненным при рецидивирующем течении — 3 и более эпизода менее чем за год, тяжелом течении, Candida non-albicans, сахарном диабете, иммунодефиците или иммуносупрессивной терапии.
- Цервицит более чем у половины пациенток может протекать без симптомов; типичные проявления — слизистые или слизисто-гнойные выделения, межменструальные или посткоитальные кровотечения, диспареуния, зуд, жжение, дизурия.
- pH влагалищного отделяемого 3,5–4,5 находится в пределах нормальных референсных значений при КВВ; pH более 4,5 характерен для острого АВ, ДВВ и урогенитального трихомониаза и исключает цитолитический вагиноз. УУР С, УДД 5.
- При цервиците/вагините всем пациенткам нужно обследование на ИППП: ПЦР на N. gonorrhoeae, T. vaginalis, C. trachomatis, M. genitalium из отделяемого слизистых и серологическое исследование на Treponema pallidum нетрепонемными тестами RPR/РМП. УУР С, УДД 5.
- Метронидазол внутрь или вагинально не рекомендован для лечения аэробного вагинита из-за отсутствия чувствительности возбудителей АВ к данному препарату. УУР С, УДД 5.
- Выявление Candida spp. без симптомов или признаков вагинита/цервицита не является показанием к лечению; носительство Candida spp. встречается примерно у 10–20% женщин.

Диагностика

1. Собрать жалобы и анамнез, включая факторы риска воспалительных заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы. УУР С, УДД 4.
2. Провести осмотр наружных половых органов, влагалища и шейки матки в зеркалах, бимануальное влагалищное исследование; оценить сыпь, трещины, язвы, отек, гиперемию, характер выделений и наличие инородных тел. УУР С, УДД 5.
3. Определить pH влагалищного отделяемого: 3,5–4,5 находится в пределах нормальных референсных значений при КВВ, более 4,5 характерен для острого АВ, ДВВ и урогенитального трихомониаза. УУР С, УДД 5.
4. При цервиците/вагините выполнить диагностику ИППП: предпочтительно ПЦР на N. gonorrhoeae, T. vaginalis, C. trachomatis, M. genitalium; на сифилис — нетрепонемные тесты RPR/РМП с сывороткой крови. УУР С, УДД 5.
5. Параллельно исследовать влагалищные мазки на КВВ и БВ; микроскопия позволяет увидеть дрожжевые клетки, псевдомицелий, «ключевые клетки», бактериальные морфотипы и выраженность воспаления. УУР С, УДД 5.
6. При подозрении на АВ предпочтительна микроскопия отделяемого женских половых органов, желательно с окраской по Граму; при повторном эпизоде АВ или неэффективности эмпирической местной терапии рекомендован посев на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы. Для микроскопии: УУР С, УДД 5; для посева при повторном эпизоде или неэффективности терапии: взрослые — УУР С, УДД 3, подростки — УУР С, УДД 5.
7. При измененных участках шейки матки или влагалища выполнить расширенную кольпоскопию и/или вагиноскопию; УЗИ органов малого таза используют для исключения сопутствующей гинекологической патологии. УУР С, УДД 5.

Лечение

- При остром цервиците со слизисто-гнойными выделениями, особенно с уретритом и факторами риска ИППП, если тестирование на ИППП недоступно, назначают эмпирическую системную антимикробную терапию; особенно это касается женщин моложе 25 лет, после смены партнера или при ИППП у партнера. УУР С, УДД 5.
- Если у небеременной пациентки с цервицитом нет факторов риска ИППП и этиология неясна, лечение начинают после получения лабораторных результатов. Для взрослых: УУР В, УДД 2; для подростков: УУР С, УДД 5.
- При лабораторном подтверждении ИППП цервицит лечат по клиническим рекомендациям для соответствующей инфекции: гонококковой, хламидийной, урогенитального трихомониаза или инфекции M. genitalium.
- Для АВ, ДВВ и смешанного вагинита применяют интравагинальные противомикробные препараты и антисептики группы G01, в том числе комбинации с глюкокортикостероидами или без них, по инструкции и с учетом возраста. УУР С, УДД 5.
- Для воспалительных заболеваний влагалища и вульвы различной этиологии могут использоваться деквалиния хлорид, повидон-йод, хлоргексидин — по показаниям, инструкции и противопоказаниям, включая возраст. УУР С, УДД 5.
- КВВ лечат препаратами G01AF — производными имидазола интравагинально и/или системными противогрибковыми препаратами J02; в перечне также указаны препараты G01A и J02A: нистатин, натамицин, клотримазол, метронидазол+миконазол, лидокаин+метронидазол+миконазол, фентиконазол, эконазол, сертаконазол, итраконазол, флуконазол. УУР С, УДД 5.
- При беременности КВВ можно лечить препаратами G01A: клотримазолом или натамицином; АВ и смешанный вагинит в I триместре — антисептиками, со II триместра также антибиотиками группы G01.
- В период лечения пациентке нужно воздержаться от половых контактов или использовать барьерную контрацепцию до подтверждения излеченности.

Когда направить и как наблюдать

- Лечение воспалительных заболеваний шейки матки, влагалища и вульвы проводят амбулаторно.
- Для контроля излеченности нужна повторная явка к акушеру-гинекологу через 7–14 дней после окончания лечения вульвовагинита и/или цервицита.
- Всем пациенткам рекомендована консультация физиотерапевта для определения программы реабилитации; специфической реабилитации нет. УУР С, УДД 5.

Частые вопросы

На какие инфекции рекомендовано обследование при цервиците или вагините?

Нужно обследовать на C. trachomatis, N. gonorrhoeae, T. vaginalis, M. genitalium методом ПЦР из отделяемого слизистых, а также на Treponema pallidum нетрепонемными тестами RPR/РМП в сыворотке крови. УУР С, УДД 5.

Можно ли лечить аэробный вагинит метронидазолом?

Нет. Метронидазол внутрь или вагинально при АВ не рекомендован, так как возбудители аэробного вагинита к нему нечувствительны. УУР С, УДД 5.

Нужно ли лечить Candida spp., если она выявлена в посеве, но жалоб нет?

Нет. Обнаружение Candida spp. без симптомов или признаков вагинита/цервицита не является показанием для терапии, поскольку носительство возможно у 10–20% женщин.

Когда при КВВ нужно уточнять вид Candida и чувствительность к препаратам?

Это нужно при осложненном течении КВВ или неэффективности эмпирической терапии; также целесообразно при рецидивирующем течении или неэффективности лечения из-за риска резистентности к производным триазола и тетразола. УУР С, УДД 5.

Что означает pH влагалищного отделяемого выше 4,5?

pH более 4,5 характерен для острого аэробного вагинита, десквамативного воспалительного вагинита и урогенитального трихомониаза; такой показатель исключает цитолитический вагиноз. При КВВ pH обычно в пределах 3,5–4,5. УУР С, УДД 5.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/989-vospalitelnye-bolezni-shejki-matki-vlagalishcha-i-vulvy. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/989_1