



Клини- ческий ПРО- ТО- КОЛ

Для библиографических ссылок

• Кузнецова И.В. Нарушения менструального цикла и гиперплазия эндометрия: что мы лечим? // StatusPraesens. М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2012. — №3(9). — С. 41—46. • Тихомиров А.Л., Леденкова А.А. Востребованность и надёжность чисто прогестероновых гормональных контрацептивов. Обзор // StatusPraesens. М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2012. — №3(9). — С. 48—50. • Алеев И.А. О необходимости рационального осмысления данных доказательной медицины // StatusPraesens. М.: Изд-во журнала StatusPraesens, 2012. — №3(9). — С. 52—55.

StatusPraesens

ПОСТОЯНСТВО — признак качества

Обзор новых Клинических рекомендаций по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин



Автор: Юлия Эдуардовна **Доброхотова**, проф., докт. мед. наук, зав. кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета РГМУ им. Н.И. Пирогова [Москва]

Копирайтинг: Елена Матюхина

В 2019 году были **подвергнуты пересмотру** и представлены вниманию профессионального сообщества Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическим выделением из половых путей женщин (КР). Уже **несколько лет** акушеры-гинекологи следуют аналогичному гайдлайну от 2015 года, однако медицинская наука не стоит на месте. Что появилось **нового** в клинической практике и почему возникла эта насущная потребность — новые КР? Об этом и **многим другим**, редакция SP расскажет в материале статьи.

Согласно определению Института Медицины США (Institute of Medicine), КР — это «...**систематически** разрабатываемый документ, призванный **помочь практическим врачам** и пациентам в выборе **оптимальной** медицинской помощи при конкретном заболевании или патологическом состоянии». Эта дефиниция при ближайшем рассмотрении определяет несколько **важных целей** создания подобных гайдлайнов:

- оптимизация **клинического исхода** заболевания вследствие назначения наиболее **эффективных** вмешательств;
- уменьшение **врачебных ошибок** из-за минимизации **необоснованных** вмешательств;
- **стандартизация** медицинской помощи при сохранении «диктата» актуальной клинической ситуации;
- снижение финансовых затрат.

Потребность в пересмотре КР обусловлена **обязательствами**, взятыми на себя рабочей группой ответственных экспертов (как правило, КР пересматривают **один раз в 2–3 года**), а также

совокупностью факторов, доля каждого из которых может быть выражена в различной степени:

- появление сообщений о **неэффективности лечения** инфекций тех или иных рекомендованных/альтернативных препаратов;
- **распространение устойчивости** среди наиболее актуальных микроорганизмов;
- развитие новых микробиологических диагностических тестов;
- новое понимание **оценки прогноза** / степени тяжести вагинальных инфекций;
- появление **новых антибиотиков**, новых лекарственных средств и форм;
- публикация результатов свежих **показательных исследований**.

Если взглянуть на эту документальную нормативность образно, с точки зрения клинического опыта, то на каждый **тактический «шаг»** тех или иных заболеваний следует **ответный ход** экспертов. Это противостояние напоминает показательную партию в шахматы, причём показательность эта весьма **полезна для рутинной практики** клиницистов.

Что нового в диагностике бактериального вагиноза?

Открыв главу любого учебного пособия, посвящённую этиологии и патогенезу бактериального вагиноза (БВ), читатель с первых строк узнает, что БВ — это клинический полимикробный **невоспалительный синдром**, возникающий в результате замены **нормальной микробиоты** влагалища (виды *Lactobacillus spp.*) на повышенную генерацию многочисленных видов облигатных и факультативных **анаэробных микроорганизмов**, например, *Bacteroides/Prevotella spp.*, *Mobiluncus spp.*, *Veillonella spp.*, *G. vaginalis* и др.

Известно также, что, **утилизируя гликоген**, лактобактерии формируют во влагалище кислую среду, обеспечивающую **противоинфекционную защиту**.

Сопоставив оба факта, приходим к выводу о том, что **увеличение pH** влагалищного секрета — неизбежный **специфический** признак БВ, в отличие от жалоб пациентки и результатов гинекологического осмотра. Вот почему не вызывает сомнений **необходимость сопоставления** клинических симптомов и лабораторных признаков для верификации диагноза. А самый **доступный и надёжный** способ выявить защелачивание среды — **pH-метрия**.

Каким же образом обстоят дела с **лабораторной диагностикой БВ** в отечественных ЛПУ?

До текущего года в КР не существовало указаний на необходимость определения кислотности содержимого влагалища. Однако, **после пересмотра** гайдлайна, эксперты обращают внимание акушеров-гинекологов на то, что pH-метрия — **обязательный метод** диагностики БВ.

Прочие критерии постановки диагноза не претерпели существенных изменений. По-прежнему основным и общепринятым методом регистрации заболевания считают **критерии Амсея** и соавт.¹¹¹⁻¹¹³ оптимально — с обнаружением **ключевых клеток** в мазке. Сочетание **трёх** из нижеперечисленных признаков свидетельствует о БВ:

- наличие гомогенных беловато-серых **выделений**, равномерно распределённых по стенкам влагалища;
- увеличение влагалищного **pH более 4,5**;
- положительный тест с 10% раствором гидроокиси калия (присутствие специфического запаха несвежей рыбы) — определение **летучих аминов**;
- обнаружение в нативных препаратах или мазках, окрашенных по методу Грама «**ключевых клеток**».

В 1991 г. для диагностики БВ Р. Ньюджент (R. Nugent) и соавт. предложили **полуколичественную** оценку (в баллах от 0 до 10) мазков влагалищной жидкости, окрашенных по методу Грама¹¹⁴. По этой методике оценивают:

- количество крупных **грамположительных** палочек (морфотип *Lactobacillus spp.* и снижение их количества) в интервале от 0 до 4 баллов;
- количество мелких **грамвариабельных** палочек (морфотип *G. vaginalis* и *Bacteroides spp.*) также от 0 до 4 баллов;
- наличие **изогнутых** грамвариабельных мелких палочек (морфотип *Mobiluncus spp.*) — от 0 до 2 баллов.

Таким образом, суммарное количество баллов **7–10 характерно для БВ**¹.

Обращает на себя внимание упомянутый в КР тест с 10% раствором гидроокиси калия. Его роль в диагностическом поиске, чл.-корр. РАМН, проф. Виктор Евсеевич **Радзинский** лаконично оценил следующим образом: «Практически **анахронизмом** можно считать применение **аминного теста**». Кроме того, российским врачам этот раствор недоступен, что объясняет невозможность практического применения критериев Амсея. Представляется, что следующий плановый пересмотр гайдлайна будет выполнен с учётом этого комментария.

В КР 2019 года представлен перечень **рекомендованных** лабораторных методов диагностики БВ.

- **Микроскопия** нативных и/или окрашенных по методу Грама биологических материалов (влагалищный секрет, соскоб эпителия — вагинального и/или цервикального), полученных из верхней трети боковых сводов влагалища, в которых обнаруживают «ключевые клетки», представляющие собой эпителиоциты влагалища с плотно прикреплёнными (адгезированными) по их поверхности грамвариабельными микроорганизмами.

- **ПЦР в реальном времени** для выявления высоких концентраций БВ-ассоциированных микроорганизмов. При этом качественное обнаружение *G. vaginalis*, *A. vaginae* и/или *Mobiluncus spp.* методом молекулярно-генетического анализа не даёт оснований для подтверждения диагноза БВ.

А вот **культуральное** исследование, составители гайдлайна **не рекомендуют**, ввиду его низкой специфичности (возможно бессимптомное носительство *G. vaginalis*)¹¹³.

Что нового в лечении БВ?

Благодаря пересмотру КР, в принципы лечения БВ в российских рекомендациях **впервые** включено применение **антисептиков** в качестве альтернативного метода. В разделе «Антисептики и кислоты для лечения БВ» указано, что препараты этих групп не включены в зарубежные КР из-за небольшого клинического опыта и малочисленности научных публикаций. Однако в рамках **традиционных** терапевтических схем **зарубежным клиницистам** тоже стало тесно. Так, например, в Великобритании в 2015 году для лечения бактериального вагиноза были лицензированы вагинальные таблетки деквалиния хлорида по 10 мг, ранее доступного для лечения только инфекций, локализованных в ротовой полости¹⁰³. Однако, в отличие от России, антисептики не получили широкого распространения в терапии вагинальных инфекций в европейских странах и США и опыт их применения ограничен.

В нашей стране есть доказательная база по применению хлорексидина и некоторых других препаратов в качестве альтернативы антибактериальным средствам на первом этапе

[pH-метрия — обязательный метод диагностики БВ. Культуральное исследование составители гайдлайна не рекомендуют ввиду низкой специфичности.]

терапии БВ. Однако **контролируемых исследований** других антисептиков при БВ для сравнения их эффективности и безопасности с плацебо или стандартной терапией **пока не выполняли**, поэтому эксперты не могут их порекомендовать для лечения и профилактики заболевания¹.

Новое — это хорошо скомбинированное старое

Обзор «новинок» в пересмотренном гайдлайне был бы не полным, без упоминания о ещё одной группе лекарственных средств, рекомендованных на первом этапе лечения БВ. Разработчики КР отмечают, что назначение акушерами-гинекологами **топических комбинированных** препаратов увеличилось с 23% в 2013 году до 27% в 2017 году (по данным IMS)¹. Это неудивительно, поскольку по данным российских исследователей БВ, КВВ, АВ, трихомонадную инфекцию — наиболее распространённые причины аномальных выделений — выявляют изолированно или в сочетании в среднем у **58% женщин с вагинальными выделениями** при обследовании с использованием микроскопии мазка и метода ПЦР*.

Что касается терапии БВ, рекомендации IUSTI, CDC (2015) и российских КР по ведению женщин с БВ, КВВ и трихомонадной инфекцией в целом схожи. Новыми можно считать лишь **рекомендации терапии АВ**, в отношении которой в гайдлайне IUSTI (2018) впервые даны инструкции (они будут рассмотрены в разделе ниже).

Первой линией терапии БВ в международных и российских КР остаются клиндамицин и метронидазол, для терапии ВВК — препараты азолового ряда. Комбинированные лекарственные средства показаны и **при сочетании БВ**, например, с АВ и/или КВВ, что очень распространено. В таких клинических случаях **рациональным решением** может стать крем для интравагинального использования с клиндамицином и бутаконазолом («Клиндацин Б пролонг»)¹²⁶. Клиндамицин активен в отношении возбудителей АВ и БВ, препарата азолово-

Таблица 1. Схемы лечения БВ в соответствии с КР 2015—2019 годов

КР 2015 года	КР 2019 года
<p>Рекомендованная схема:</p> <ul style="list-style-type: none"> • клиндамицин крем (2%) 5 г <i>per vaginam</i> 1 раз в сутки 7 дней; • метронидазол гель (0,75%) 5 г <i>per vaginam</i> 1 раз в сутки 5 дней; • метронидазол 500 мг <i>per os</i> 2 раза в сутки 7 дней; • тинидазол 2 г <i>per os</i> 1 раз в сутки 3 дня. 	<p>Рекомендованные схемы CDC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • метронидазол по 500 мг <i>per os</i> 2 раза в сутки 7 дней; • метронидазол гель (0,75%) 5 г <i>per vaginam</i> 1 раз в сутки 5 дней; • клиндамицин крем (2%) 5 г 1 раз на ночь 7 дней. <p>Рекомендованные схемы двухэтапной терапии.</p> <p>1-й этап:</p> <ul style="list-style-type: none"> • хлоргексидин 16 мг <i>per vaginam</i> по 1 суппозиторию 2 раза в сутки 10 дней; <p>и/или</p> <ul style="list-style-type: none"> • молочная кислота 100 мг <i>per vaginam</i> по 1 суппозиторию 1 раз в сутки 10 дней <p>2-й этап:</p> <ul style="list-style-type: none"> • лактобактерии (<i>Lactobacillus casei rhamnosus Doderleini Lcr-35</i>) <i>per vaginam</i> по 1 вагинальной капсуле 2 раза в сутки 7 дней или по 1 вагинальной капсуле 1 раз в сутки 14 дней.
<p>Альтернативные схемы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • клиндамицин овули (100 мг) <i>per vaginam</i> 1 раз в сутки 3 дня; • клиндамицин 300 мг <i>per os</i> 2 раза в сутки 7 дней; • тинидазол 1 г <i>per os</i> 1 раз в сутки 5 дней 	<p>Альтернативные схемы CDC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тинидазол 2 г <i>per os</i> 1 раз в сутки 2 дня; • тинидазол 1 г <i>per os</i> 1 раз в сутки 5 дней; клиндамицин 300 мг <i>per os</i> 2 раза в сутки 7 дней; • клиндамицин овули 100 мг вагинально 1 раз на ночь 3 дня. <p>Альтернативные схемы двухэтапной терапии.</p> <p>1-й этап:</p> <ul style="list-style-type: none"> • орнидазол 500 мг + Неоминин 65000 ME + Эконазол 100 мг + Преднизолон 3 мг (комбинированный препарат) <i>per vaginam</i> по 1 вагинальной таблетке 6—9 дней. <p>2-й этап:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лактобактерии ацидофильные (<i>Lactobacillus acidophilus</i>) <i>per vaginam</i> по 1 вагинальному суппозиторию 2 раза в день в течение 5—10 дней

го ряда бутаконазол — в отношении как *Candida albicans*, так и *non-albicans*. Лекарственная форма обладает высокой биоадгезивностью, что обеспечивает пролонгированное действие¹⁰⁸. Удобный режим использования (1 раз в течение 3 дней) способствует повышению приверженности пациенток к лечению.

В рекомендациях CDC и IUSTI предусмотрена одноэтапная терапия. Однако частота рецидивов БВ после применения метронидазола сразу после лечения составляет 30%. Ещё у 50% женщин заболевание регистрируют повторно в течение года¹¹⁶. Вот почему оптимальный вариант — **двухэтапная терапия** (табл. 1).

Резюмируя раздел о лечении БВ, ещё раз процитируем проф. В.Е. Радзинского, который подчеркнул особую важность **восстановления микрофлоры**

вагалища после любого из применяемых лекарственных средств: «Лечебная тактика бактериального вагиноза, как **инфекционного, но не воспалительного** процесса, должна заключаться в **ликвидации** причинно-значимой микрофлоры (триггером болезни может оказаться любой условно патогенный микроорганизм) и **восстановлении нормоценоза**. Необходимость двухэтапной системы лечения уже не вызывает сомнений, поскольку **практически все** антибактериальные средства оставляют после себя эффект «выжженной земли». Для восстановления нормоценоза необходимо добиться **хотя бы 10⁷** колониеобразующих единиц лактобактерий во влагалище».

* Путеводная звезда. Ведение женщин с аномальными выделениями: обзор клинических рекомендаций StatusPraesens №5), 2018.

Схемы терапии КВВ и трихомонадной инфекции в КР 2019 года

Сравнивая терапевтические схемы предыдущих КР, можно констатировать, что сомнений в эффективности **рекомендованных ранее** и активно применяемых лекарственных средств у экспертов не возникает, однако сами схемы стали **масштабнее** за счёт дифференцировки болезненных состояний по степени тяжести, чувствительности возбудителя и тенденции к рецидивированию¹ (табл. 2). Первой линией терапии в международных и российских КР трихомонадной инфекции остаются метронидазол и тинидазол, а ВВК — препараты азолового ряда¹⁰⁶. При выявлении рецидивирующего кандидозного вульвовагинита, вызванного *S. non-albicans*, КР 2019 года регламентируют назначение **полиеновых антимикотиков** (нистатин) и борной кислоты.

Поскольку **изолированный КВВ** — событие **не частое**, при полимикробной этиологии заболевания предпочтение лучше отдать местной терапии лекарственными формами с **несколькими** терапевтическими векторами (противогрибковой, антибактериальной) — комбинации клиндамицина с бутконазолом («Клиндацин Б пролонг») или полимиксина В сульфат с неомидина сульфатом и нистатином («Полижинакс»).

Внимание! Воздушная тревога!

Впервые в 2018 году в рекомендациях IUSTI были **детально описаны схемы диагностики и терапии АВ**. Вслед за европейскими коллегами, в 2019 году аспекты диагностики и лечения этого заболевания нашли отражение и в российских КР^{1,117}.

КР 2019 года рекомендуют следующее направление диагностического поиска для верификации АВ:

- **микроскопическое** исследование нативного вагинального секрета при использовании фазово-контрастного микроскопа (увеличением от $\times 400$).
- **культуральная** диагностика (может помочь в выборе терапии, поскольку позволяет установить **чувствительность** к антибиотикам);
- **молекулярная** диагностика.

АВ — **полимикробное** заболевание с доминированием **аэробной** микрофлоры: грамотрицательной из семейства *Enterobacteriaceae* (главным образом *Escherichia coli*), грамположительных кокков — стрептококков группы В (*Streptococcus agalactiae*), энтерококков и *Staphylococcus aureus*, и это **этиологическое разнообразие** было учтено экспертами в терапевтических схемах.

Выбор лекарственных средств предполагает применение антибиотиков **широкого спектра** действия, обладающих слабым или полным отсутствием влияния на нормальную микрофлору влагалища. Также рекомендуют препараты с предполагаемым влиянием на **анаэробную и аэробную** вагинальную и ректальную микрофлору. Оптимальны вагинальные формы лекарств, гарантирующие **высокий уровень концентрации** антибактериального средства, локальное действие и достаточную экспозицию.

В качестве **первой линии терапии** неосложнённого АВ эксперты IUSTI рекомендуют клиндамицин *per vaginam* в виде крема (2%) в течение 7–21 дня. При **выраженном воспалении** в схему могут быть добавлены кортикостероиды, при присоединении атрофического компонента — локальные эстрогены.

В 2009 году Е.Ф. Кира и соавт. **опубликовали результаты** многоцентрового рандомизированного сравнительного исследования эффективности и безопасности применения двух комбинированных препаратов, содержащих неомидин+нистатин+полимиксин В (комбинация, рекомендованная в КР 2019 года, представлена в препарате «Полижинакс») и неомидин+нистатин+тернидазол+преднизолон для лечения АВ. Любопытно, что **эффективность и безопасность** обоих препаратов были **сопоставимы** при лечении АВ ($p > 0,05$)¹¹⁸.

Эксперты предполагают улучшение результатов лечения АВ при включении в терапевтическую схему **топических пробиотиков**, поскольку лактобактерии непосредственно **снижают риск** грибковых суперинфекций за счёт **подавления разрастаний** грибов при АВ^{121,105}. Именно поэтому некоторые авторы¹²² считают применение препаратов этой группы многообещающей **терапевтической альтернативой** для пациенток с АВ.

Относительно лечения и профилактики **рецидивов** АВ мнений в современной научной литературе не много, поскольку терапевтические **схемы ещё не отработаны**. Лучшей профилактикой на сегодня считают **адекватное лечение** этого заболевания при его первичном возникновении. Если обострение АВ всё-таки произошло, то следует назначить препараты, **ранее не применявшиеся**. При устранении симптомов контроль излечённости следует провести **через 14 дней–1 мес** после окончания терапии. В отсутствие рецидивов наблюдение не рекомендовано.

АВ **не относят** к заболеваниям, передающимся половым путём, но его ассоциация с сексуальными контактами (особенно ректальными) очевидна. При этом выполнение **скрининга**, а также **лечение партнёра(ов)** мужского пола в отсутствие симптомов согласно действующим КР **не показано**.



Пересмотренный **гайдлайн 2019 года** — итог работы учёных, врачей, организаторов здравоохранения. В основе проделанной работы — **накопленный опыт**, анализ огромного количества медицинской документации и **выполняемых ежегодно** исследований во всём мире и в нашей стране. КР созданы для того, чтобы любой клиницист смог **легко ориентироваться** в информационном потоке по проблеме заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из влагалища. Безусловно, личный опыт врача имеет **колоссальное значение** в принятии решения о ведении и лечении каждой конкретной пациентки. Однако это решение **не должно противоречить** накопленному международному и российскому опыту, отражённому в КР. В декабре 2018 года **внесены изменения** в Федеральные законы об «Основах охраны здоровья граждан в РФ» и «Об обязательном медицинском страховании в РФ» по вопросам КР. Это означает, что КР будут **связаны с оплатой** медицинской помощи, и, следовательно, **обязательны к соблюдению**. **SP**

Библиографию см. на с. 144–150.

Таблица 2. Схемы лечения КВВ и трихомонадной инфекции в соответствии с КР 2015–2019 годов

Состояние	КР 2015 года	КР 2019 года
Кандидозный вульвовагинит неосложнённый острый	<p>Интравагинальное введение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • клотримазол 200 мг 1 раз в сутки 3 дня; • клотримазол 100 мг 1 раз в сутки 7 дней; • клотримазол крем (1%) по 5 г 1 раз в сутки 7–14 дней; • натамицин 100 мг 1 раз в сутки 6 дней; • бутаконазол крем (2%) по 5 г однократно; • интраконазол 200 мг 1 раз в сутки 10 дней. <p>Пероральное введение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • флуконазол 150 мг однократно; • итраконазол 200 мг 1 раз в сутки 3 дня 	<p>Рекомендуемые режимы CDC</p> <p>Безрецептурные влагалищные препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> • клотримазол 1% крем 5 г <i>per vaginam</i> ежедневно 7–14 дней; • клотримазол 2% крем 5 г <i>per vaginam</i> ежедневно 3 дня; • миконазол 2% крем 5 г <i>per vaginam</i> ежедневно 7 дней; • миконазол 4% крем 5 г <i>per vaginam</i> ежедневно 3 дня; • миконазол 100 мг вагинальные суппозитории, один раз в сутки 7 дней; • миконазол 200 мг вагинальные суппозитории, один раз в сутки 3 дня; • миконазол 1200 мг вагинальные суппозитории, однократно; • тиокконазол 6,5% мазь 5 г однократная интравагинальная аппликация. <p>Рецептурные влагалищные препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> • бутаконазол 2% крем (однократная дозировка биоадгезивного лекарства), 5 г однократная интравагинальная аппликация; • терконазол 0,4% крем 5 г <i>per vaginam</i> ежедневно 7 дней; • терконазол 0,8% крем 5 г <i>per vaginam</i> ежедневно 3 дня; • терконазол 80 мг вагинальные суппозитории, один раз в сутки 3 дня. <p>Оральные препараты:</p> <p>Флуконазол 150 мг <i>per os</i> однократно.</p>
Кандидозный вульвовагинит тяжёлый (осложнённый)	—	<p>Флуконазол 150 мг <i>per os</i>, 2 дозировки с промежутком 72 ч (А) или</p> <p>местные азоловые антимикотики 10–14 дней (В)</p>
Кандидозный вульвовагинит рецидивирующий (возбудители чувствительны к азолам)	—	<p>Купирование рецидива:</p> <p>Флуконазол 150 мг <i>per os</i> 3 дозировки с интервалом 72 ч (1, 4 и 7-й дни) (А) или</p> <p>топические азоловые антимикотики, 5–14 дней (В).</p> <p>Поддерживающая терапия (профилактика рецидивов) в течение 6 мес:</p> <p>Первая линия:</p> <p>Флуконазол 150 мг <i>per os</i>, 1 раз в нед 6 мес (А)</p> <p>Альтернатива:</p> <p>Топические азоловые антимикотики ежедневно 2 раза в нед или еженедельно, в зависимости от дозы действующего вещества в препарате, 6 мес (В).</p>
Кандидозный вульвовагинит <i>non-albicans</i> (купирование рецидива в случае <i>C. non-albicans</i> РВВК)	—	<p>Натамицин 100 мг вагинальные суппозитории 1 раз в сутки, 6 дней и более (С) или</p> <p>Нистатин 100 000 ЕД вагинальные суппозитории 1 раз в сутки, 21 день [99, 100] (В) или</p> <p>Борная кислота 600 мг интравагинальные капсулы 1 раз в сутки, 14 дней и более (В)</p> <p>Поддерживающая терапия <i>C. non-albicans</i> РВВК (профилактика рецидивов) 6 мес.</p> <p>Полиеновые антимикотики интравагинально, 1 раз в сутки, 3–6 мес (С)</p> <p>или</p> <p>Борная кислота 600 мг интравагинальные капсулы 1 раз в сутки (С)</p>
Трихомонадная инфекция	<p>Пероральное введение:</p> <ul style="list-style-type: none"> • метронидазол 500 мг 2 раза в сутки 7 дней или 2 г однократно; • тинидазол 500 мг 2 раза в сутки 5 дней или 2 г однократно; • орнидазол 500 мг 2 раза в сутки 5 дней или 1,5 г однократно 	<p>Первая линия терапии (А):</p> <p>Метронидазол 400–500 мг внутрь 2 раза в сутки 5–7 дней</p> <p>или</p> <p>Метронидазол 2 г 1 раз внутрь</p> <p>или</p> <p>Тинидазол 2 г 1 раз внутрь.</p> <p>При неэффективности описанных выше схем:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Метронидазол 500 мг внутрь 3 раза в сутки 7 дней + Метронидазол 1 г <i>per vaginam</i> или <i>per rectum</i> 1 раз в сутки 7 дней. 2. Метронидазол (тинидазол) 2 г <i>per os</i> 1 раз в сутки 3–5 дней.