



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**5 (79) 2025**

**Сопредседатели редакционной  
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВА  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**5 (79)**

**2025**

*май*

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2025, Accepted: 10.05.2025, Published: 15.05.2025

УДК: 616. 6. 98-079.4575.191.08

## УРОЛОГИЧЕСКИЕ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

Аллазов Салах Аллазович <https://orcid.org/0009-0004-3449-2143>

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,  
ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: [sammi@sammi.uz](mailto:sammi@sammi.uz)

### ✓ Резюме

*Изучена дифференциальная диагностика и патогенетическое лечения урогенитальной инфекции, (УГИ) не передающиеся половым путем у женщин. Показано значение и эффективность параллельного лечения инфекции нижних мочевых путей и наружных половых путей у женщин. Доказано преимущество применения с этой целью антисептического препарата «Декасан» при одновременной инстилляции уретры и мочевого пузыря, а также преддверия и влагалища у женщин*

*Ключевые слова: Женщина, инфекция, УГИ, не передающиеся половым путем*

## UROGENITAL INFEKSIYA PAYTIDA UROLOGIK VA GINEKOLOGIK YONDASHUVLAR

Allazov Salax Allazovich

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: [sammi@sammi.uz](mailto:sammi@sammi.uz)

### ✓ Rezyume

*Ayollarda jinsiy aloqa orqali yuqmaydigan urogenital infeksiyaning, differensial diagnostikasi va patogenetik davo usullari o'rganildi. Ayollarda tashqi jinsiy a'zolar va pastki siydik yo'llari infeksiyalari parallel davolashning dolzarbligi va samaradorligi ko'rsatiladi. Ayollarda uretra va qovuq hamda dahliz va qinni bir vaqtning o'zida yuvishda "Deqasan" antiseptik preparatini qo'llashning afzalligi isbotlandi*

*Kalit so'zlari: Ayol, infeksiya, jinsiy yo'l bilan yuqmaydigan, UDI*

## UROLOGICAL AND GYNECOLOGICAL APPROACHES TO UROGENITAL INFECTION

Allazov Salax Allazovich

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,  
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: [sammi@sammi.uz](mailto:sammi@sammi.uz)

### ✓ Resume

*Differential diagnosis and pathogenetic treatment of non – sexually transmitted urogenital infections in women were studied. The significance and effectiveness of parallel treatment of infections of the lower urinary tract and external genital tract in women is shown. The advantage of using the antiseptic drug "Decasan" for this purpose has been proven with simultaneous instillation of the urethra and bladder, as well as the vestibule and vagina in women*

*Key words: Women, infection, urogenital, UGI*

### Актуальность

Урогенитальная инфекция является самым частым воспалительным процессом мочевых и половых органов у женщин. Сложность диагностики и лечения урогенитальной инфекции заключается в том, что микроорганизмы из половых и нижних мочевых путей взаимно контактируются и лечение в одной системе зачастую не даёт эффекта (Melsaas W.J. et al., 2013; Wang Z. et al., 2016).

**Цель исследования:** причинами урогенитальной инфекции являются незащищённый секс, бытовая передача инфекции, самостоятельный перенос возбудителя из одного анатомического

органа в другой. В связи с этим является актуальным параллельное изучение течения, диагностики и лечения урогенитальной инфекции как единого инфекционного воспалительного процесса в нижних мочевых путях и в наружных половых органах у женщин. Инфекции мочевых путей (ИМП) разной локализации обычно редко рассматриваются в контексте внутреннего генеза, т.е. взаимосвязи микробиоты мочи больных с микробиотой макроорганизма в целом и близлежащих биотопов особенно (Набока Ю.Л. и соавт., Негматова Г.М., 2023 2019). В этом аспекте особо стоит вопрос взаимосвязи инфекции мочевых и половых путей в связи анатомической близости этих органов у женщин.

Транслокация микроорганизмов из преддверия и влагалища в уретру и мочевой пузырь и обратно, по-видимому, является самой частой и трудно излечимой в связи с тем, что в практике эти две локализации инфекции лечат урологи и гинекологи автономно каждый свою область (Боровиков И.О и соавт., 2020; Owrangi B. et all., 2018). В настоящее время группами авторов изучается микробные взаимосвязи органов мочевой системы с другими биотопами (Sherrard J. et all., 2018). Проведен сравнительный анализ генома бактерии, выделенных из мочевого пузыря женщин с геномом 67 вагинальных штаммов (Wang Z. et al., 2016; Thomas-White K. et al., 2018).

Как указывается в клинических рекомендациях “Инфекция мочевыводящих путей у детей, взрослых, беременных: цистит, пиелонефрит, бессимптомная бактериурия” (2014), эта проблема до сих пор нерешена, в то же время заболеваемость так и не снижается, что определяет актуальность данной темы.

### Материал и метод исследования

Данная работа основана на анализе результатов обследования и лечения 130 больных с урогенитальной инфекцией (УГИ) в период 2020-2024 гг.

В зависимости от применения способа лечения все больные были разделены на 2 группы.

- 1 группа (контрольная)- состояла из 50 больных- которым проводилось общепринятое лечение;
- 2 группа (основная)- состояла из 80 больных, которым проводилось лечение с декасаном в комплексе общепринятой терапии.

Исследование проводилось на кафедре Урологии СамГМУ

### Результат и обсуждение

Клиническое обследование больных с использованием методики балльной оценки, показало, что, различные симптомы инфекции нижних мочеполовых путей (ИНМП) проявляются не у всех, но у подавляющего количества пациентов.

Симптомы воспалительных заболеваний нижних мочеполовых путей распределялись следующим образом: (табл. 1).

Таблица 1

**Признаки ИНМП у больных в баллах**

№	Признак	Кол-во больных	Балл при поступлении	Дни лечения		
				3	7	10
1	Лихорадка	4	0	1	0	0
2	Ознобы	9	18	17	15	13
3	Тахикардия(>90 с.с./мин) 20	11	40	35	30	25
4	Частота дыхания(<20 или 21 >20 в мин. )	20	63	53	43	33
5	Дизурические явления	21	0	0	0	0
6	Боли в пояснице	29	31	25	20	15
7	Патологические изменения в анализе мочи	13	0	0	2	0
8	Возбудитель инфекции	17	35	30	18	20
9	Смена возбудителя	8	26	23	20	17

В таблице 2 представлены инфекционно-воспалительные заболевания мочеполовой системы в зависимости от частных форм УГИ.

Как четко видно из таблицы 2 инфекция чаще всего поражает мочеполовую систему одновременно. Что можно было и ожидать, инфекция мочевого тракта в основном наблюдается у больных с тяжелыми формами соматических заболеваний. Следует отметить, что эти

осложнения, связанные с мочеполовым трактом, наряду с другими осложнениями (со стороны сердечно - сосудистой, неврологические и др.) ещё больше усложняют течение основного заболевания и создают определенные трудности в устранении его осложнений со стороны мочеполовой системы.

Таблица 2

**Частота различных форм ИНМП**

№	Форма	Количество	
		Количество	%
I	ИНМП :	93	71,5
1	Уретрит	21	16,2
2	Цистит	62	47,7
3	Цистопиелонефрит	10	7,7
4	ИНПП:	37	28,5
5	Вульвит	8	6,2
6	Вульвовагинит	7	5,4
7	Бартолинит	6	4,6
8	Колпит с вагинитом	8	6,2
9	Эндоцервицит	8	6,2

Гематологические сдвиги в периферической крови сводится к повышению количества лейкоцитов, нейтрофильному сдвигу влево и ускорению скорости оседания эритроцитов. Эти изменения в общем анализе крови при различных формах ИМП, ИНПП заметно отличаются (табл. 3).

Обнаруженные нами цилиндры в моче, т.е. скопления гликопротеидов цилиндрической формы от 4% до 20% больных, зачастую (76% случаев) представляли собой простые, не содержащие включений гиалиновые цилиндры, которые обычно секретируются почечными канальцами. Объективным и количественным методом обнаружения инфекции мочевых путей является исследование мочи по Нечипоренко. Мы за норму принимали, как и автор этого метода, до 2000 лейкоцитов и до 1000 эритроцитов в 1 мл мочи. Статистически обработанные данные приводятся в таблице 5.

Таблица 3

**Изменения в общем анализе крови у больных при микробиоценозе.**

Форма ИНМП	Количество больных					
	Лейкоцитоз		Нейтрофильный сдвиг влево		Ускорение СОЭ	
	Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%
ИНМП:	40	30.7	30		60	46.1
Уретрит	48	36.9	34		72	55.4
цистит	41	31.5	32		64	49.2
цистопиелонефрит	40	30.7	30		60	46.1
ИНПП :						
Вульвит (вульвовагинит)	38	29.2	36		70	53.8
Бартолинит	30	23.1	28		44	33.8
Кольпит (вагинит)	32	24.6	38		68	52.3
Эндоцервицит (цервицит)	42	32.3	44		52	40

В тоже время изменения в моче протекают несколько по-другому, то есть эти изменения больше зависят от локализации инфекции в мочевых путях или половых органах. Последнее показано в следующей таблице (табл. 4).

Структурное состояние почек были определены при помощи неинвазивного метода – УЗИ на аппарате DigiPrinseMindray– 6600 (Китай, 2007). В наших исследованиях не придавая решающего диагностического значения при помощи УЗИ удалось обнаружить некоторые прямые и косвенные ультразвуковые признаки ИМТ. Их частота в процентном отношении приводится в таблице 6.

Таблица 4

**Изменения в общем анализе мочи у больных с УГИ**

Локализация инфекции	Абс. Количество -%							
	Кол.во лейкоцитов		Эпителий уrogenитального тракта		Бактерии		Цилиндры	
	Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%
<b>ИНМПШ</b>								
Уретрит	78	60	44	33.8	66	50.1	12	9.2
цистит	82	63.1	62	47.7	71	54.6	20	15.3
цистопиелонефрит								
<b>ИНПП :</b>								
Вульвит (вульвовагинит)	64	49.2	88	67.7	2	1.5	77	59.2
Бартолинит	40	30.8	30	23.1	60	46.1	28	21.5
Кольпит (вагинит)	48	36.9	34	26.2	72	55.3	20	15.3
Эндоцервицит (цервицит)	41	31.5	32	24.6	64	49.2	34	26.1

Таблица 5

**Исследование мочи по Нечипоренко А.З. у больных с УГИ**

Форма	Количество (M <sup>+</sup> m) форменных элементов	
	Лейкоциты	Эритроциты
Уретрит	2804,6+11,2	802,4+4,4
цистопиелонефрит	2900,1+9,4	1004,8+6,2
Цистит	3100,6+16,4	1816,4+8,1
ИНПП	2750,5+12,2	1520,+7,2

При сравнении и цифровые данные с данными предыдущей I группы больных (только традиционное лечение), резких отличий в частоте отдельных форм ИНМПШ нет. Это позволяет считать репрезентативным дальнейшее сравнительное изучение этих двух групп больных.

Как видно из таблицы 7 тяжесть течения во II группе также не отличается от предыдущей группы.

Таблица 6

**УЗИ – признаки ИМТ у больных**

Формы ИМТ	Уменьшение размеров органа	Увеличение размеров органа	Деформация контуров органа	Уплотнение	Скопление газа вдоль почечных пирамид и под фасцией Герота
Уретрит	16	30	8	12	-
цистопиелонефрит	20	34	38	40	0,6
Цистит	18	-	-	12	-
ИНПП	34	-	-	8	-

В таблицы 8 отражены основные цифровые показатели периферического крови больных II группы традиционное лечение в комбинации + Декасаном).

Таблица 7

**Признаки УГИ у больных в баллах (традиционное лечение + Декасан)**

№	Признаки	Кол-во больных	Бал	Дни лечения		
			При поступлении	На 3-й день	На 7-й день	На 10 день
1	Лихорадка	4	0	0	1	0
2	Ознобы	18	18	12	4	2
3	Тахикардия	20	40	30	15	8
4	Частота дых.	21	43	43	23	18
5	Дизурическое явления	32	0	2	0	0
6	Боли в пояснице	31	31	21	11	2
7	Патологические изм.в анализе моче	28	0	1	0	0
8	Обнаруживается возбудитель инфек	35	35	25	18	5
9	Смена возбудителя	26	26	16	10	4

Таблица 8

**Изменений в общем анализе крови у больных с УГИ получавших комбинированное лечение (традиционное + Декасан)**

Форма ИНМП/ИНМП	Лейкоцитоз		Нейтрофилы сдвиг влево		СОЭ	
	Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%	Абс.кол-во	%
<b>Уретрит</b>	42	32.3	28	21.5	50	38.4
<b>цистопиелонефрит</b>	46	35.4	30	23.1	70	53.8
<b>Цистит</b>	44	33.8	34	26.1	60	46.1
<b>ИНМП</b>	48	36.9	26	20	74	56.9

Об устранении или ликвидации инфекционно-воспалительного процесса в мочевом тракте более убедительно свидетельствует нормализация показателей общего анализа мочи. Исходные данные общего анализа мочи у больных II группы, приведены в таблице 9.

Как видно, изменения в моче характерны для ИМТ (лейкоцитурия, бактериурия) у данной группы больных имеет место в общей сложности в 9-84% случаях.

В динамике лечения Декасан в комплексе общепринятой терапии эти показатели на 7-й день снижено до 2-24%. Тогда как, у больных I группы (без включения Декасана в традиционное лечение) на 7-й день эти показатели выглядят как 6-40%, то есть имеет место недолечивание ИМТ. Такие состояния, которые в определении европейских урологов, называется, как неразрешившейся ИМТ или персистенцией, способствуют хронизации процесса и учащению осложненных форм ИМТ.

Прямые и косвенные ультразвуковые признаки микробиоценоза, как осложнение у больных II группы, в процентных значениях приводятся в таблице 10.

Изучение их при выписке показало, что они проходят на 20-42%. В тоже время, как было показано в предыдущем разделе у больных, получивших только традиционное лечение эти ультразвуковые изменения ликвидировались на 12-28%. Количество креатинина значительно нарушено у больных с осложненной формой пиелонефрита.

По данным современной литературы, частота указанного патологического процесса в общей популяции составляет 5-65%, в амбулаторной гинекологической практике - 15-19%, в структуре воспалительных заболеваний половых органов – 12-42%, в работе дерматовенеролога – 24-37% (Набоко Ю.Л. и соавт. 2019). Среди беременных бактериальный вагиноз встречается у 10-30%; среди женщин, имеющих бесплодие – у 17-19%; среди пациенток с патологическими белями - у 60-90%. Вместе с тем, истинную частоту встречаемости бактериального вагиноза учесть невозможно, т.к. у 1/3 женщин это заболевание протекает бессимптомно. По различиям диагностических и лечебных критерий судили об эффективности курса лечения Декасан у больных по сравнению I группы.

Так, симптомы определенное в баллах в этих двух группах в процессе лечения меняются по разному.

У больных, получивших в комплексе лечения Декасан по всем параметрам нормализуется быстрее, чем у больных, которым проводилась традиционная терапия.

Сравнительные изменения показателей общего анализа крови на примере количества лейкоцитов у больных при микробиоценозе наружных половых органов и нижних мочевых путях и при микробиоценозе наружных половых органов и нижних мочевых путях в динамике (3, 7 и 10 дни) лечения в двух группах. Такую же картину можно наблюдать и в общем анализе мочи у наших больных. Более показательны в этом аспекты бивариантные сравнения показателей исследования мочи по Нечипоренко в двух группах больных. Что характерно, в основной группе больных, получивших в комплексном лечении и Декасан, не наблюдалось обострения при микробиоценозе наружных половых органов и нижних мочевых путях ни у одного больного. В то время как в I группе больных у 3 пациентов имело место обострения при микробиоценозе: у 1-пиелонефрита, 2-цистита.

В общей сложности, хорошие результаты были получены при лечении Декасаном при микробиоценозе наружных половых органов и нижних мочевых путях у 76% больных, что выражалось в быстром исчезении болевого синдрома, уменьшение бактериурии, нормализация количества креатинина. В то же время препарат не имел побочных явлений, его можно было применять длительное время как профилактика реинфекции в разной категории больных, что согласуется с литературными данными. В заключении следует отметить, что УГИ у больных при микробиоценозе наружных половых органов и нижних мочевых путях является серьезным патологическим процессом и устранение его требует дифференцированного подхода при каждой форме и локализации инфекционного агента.

Таблица 9

**Изменения в общем анализе мочи у больных, осложненного микробиоценозом получивших комбинированное лечение (традиционное + Декасан)**

Локализация инфекции	Изменения в моче %								
	лейкоциты		Эпителий урогенитального тракта		Бактерии		Цилиндры		
	Абс. кол-во	%	Абс. кол-во	%		%		%	
<b>ИНМП</b>									
Уретрит	77	59.2	40	30.7	50	38.5	10	7.7	
цистит	80	61.5	58	44.6	78	60	19	14.6	
цистопиелонефрит	66	50.7	80	61.5	84	64.6	6	4.6	
<b>ИНП :</b>									
Вульвит (вульвовагинит)	78	60	44	33.8	12	9.2	3	2.3	
Бартолинит	60	46.1	40	30.7	52	40	8	6.1	
Кольпит (вагинит)	65	50	55	42.3	60	46.1	5	3.8	
Эндоцервицит (цервицит)	70	53.8	52	40	77	59.2	9	6.9	
Итого									

Для этого следует проводить прекоцепционную подготовку (выявление патогена в моче и отделяемом влагалища и интерпретацию полученных данных с своевременным назначением лечения и включением в комплексную терапию Декасан.

#### Заключение

1. При включении в комплекс традиционного лечения при микробиоценозе наружных половых органов и нижних мочевых путях Декасан симптомы заболевания нормализуются на 3-7 дней быстрее, чем у больных, получавших общепринятое лечение.
2. Декасан способствует более быстрой нормализации функционального состояния почек (количества креатинина).
3. Декасан хорошо сочетается другими лекарственными препаратами, не имеет побочных действий, хорошо переносится больными при микробиоценозе наружных половых органов и нижних мочевых путях.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Боровиков И.О., Куценко И.И., Булгакова В.П., и др. Смешанные неспецифические инфекционные заболевания влагалища: опыт локальной терапии. *Мать и дитя* 2020;4:221-227.
2. Набока Ю.Л., Коган М.И., Гудима И.А., Митусова Е.В., Джалагония К.Т., Иванов С.Н. Существует ли взаимосвязь между микробиотой мочи влагалища и кишечника при инфекции верхних мочевых путей. *Вестник урологии* 2019; 7(1): 38-45.
3. Негматова Г.М. Современные пути лечения урогенитальной инфекции вне и вовремя беременности. *Проб. биол. и мед.*, 2023; 1.1. (126): 224-226
4. McIsaac W.J., Moineddin R., Meaney C., Mazzulli T. Antibiotic-resistant *Escherichia coli* in women with acute cystitis in Canada. *Can. J. Infect. Dis. Med. Microbiol.* 2013;24(3):143–149.
5. Owrangi B., Masters N., Kuballa A., O’Dea C., Vollmerhausen T.L., Katouli M., Invasion and translocation of uropathogenic *Escherichia coli* isolated from urosepsis and patients with community-acquired urinary tract infection. *Eur. J. Clin Microbiol Infect Dis.* 2018;37(5):833-839.
6. Sherrard J., Wilson J., Donders G. et al. European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. *Int J STD AIDS.* 2018;29(13):1258–1272.
7. Thomas-White K., Forster S.C., Kumar N., Van Kuiken M., Putonti C., Stares M.D., Hilt E.E., Price T.K., Wolfe A.J., Lawley T.D. Culturing of female bladder bacteria reveals an interconnected urogenital microbiota. *Nat Commun.* 2018;9(1):1557.

**Поступила 20.03.2025**