

¹ Российский университет медицины

² Городская клиническая больница № 15 им. О.М. Филатова, Москва

Комплексный подход к снижению частоты рецидивов бактериального вагиноза у беременных

С.Г. Цахилова, д.м.н., проф.¹, И.Р. Сафарян, к.м.н.¹, Р.Р. Арустамян, д.м.н., доц.¹, Ф.А. Паенди²

Адрес для переписки: Ирма Романовна Сафарян, safairma@yandex.ru

Для цитирования: Цахилова С.Г., Сафарян И.Р., Арустамян Р.Р., Паенди Ф.А. Комплексный подход к снижению частоты рецидивов бактериального вагиноза у беременных. Эффективная фармакотерапия. 2025; 21 (45): 6–11.

DOI 10.33978/2307-3586-2025-21-45-6-11

Цель – оценить снижение частоты рецидивирующего бактериального вагиноза (БВ) на фоне применения комбинированной терапии у беременных.

Материал и методы. В исследование были включены 50 беременных в возрасте 19–42 лет на сроке гестации 12–36 недель с лабораторно подтвержденным диагнозом БВ. Первую группу составили 25 пациенток, которым проводилась терапия клиндамицином, вторую – 25 пациенток, применявших клиндамицин на первом этапе и крем дозированный Ацилакт Duo, содержащий лактобактерии ацидофильные и комплекс «Суперлимфлайф», – на втором. Эффективность лечения оценивали на основании анализа клинических проявлений и лабораторных данных, включавших микроскопическое исследование вагинального отделяемого, ПЦР-диагностику методом «Фемофлор» и рН-метрию влагалищного содержимого через один и три месяца.

Результаты. На фоне проведенного лечения в обеих группах отмечалось снижение клинических проявлений, однако у 5 (20%) пациенток первой группы наблюдался рецидив БВ через три месяца после завершения лечения. При этом ни у одной пациентки второй группы не был выявлен рецидив БВ через три месяца. Установлены значимые различия в составе микробиоценоза влагалища у беременных через три месяца после окончания лечения. Лучшие результаты отмечались у пациенток второй группы – низкая общая бактериальная масса с преобладанием высоких титров лактобактерий. Нормальный микробиоценоз через три месяца после завершения лечения зафиксирован у 15 (60%) пациенток первой и 22 (88%) пациенток второй группы.

В первой группе преждевременные роды на сроке 31–32 и 34–36 недель произошли у 2 (8%) и 6 (24%) пациенток соответственно. При этом во второй группе ни одного случая преждевременных родов не зарегистрировано.

Заключение. Комплексная терапия БВ у беременных с помощью ацидофильных лактобактерий не сопровождается рецидивом БВ, что способствует восстановлению нормальной микрофлоры и купированию воспалительной реакции. Комплексная терапия БВ является эффективной и позволяет снизить частоту рецидива БВ у беременных, а также риск преждевременных родов.

Ключевые слова: бактериальный вагиноз, лактобактерии ацидофильные, беременность, клиндамицин, «Суперлимфлайф»

Введение

Бактериальный вагиноз (БВ) – одна из наиболее распространенных причин инфекций нижних отделов репродуктивной системы при беременности [1]. Обычно БВ ассоциируется с такими осложнениями при беременности, как преждевременные роды, самопроизвольный выкидыш, синдром задержки плода, преждевременное излитие околоплодных вод, хориоамнионит, истмико-цервикальная недостаточность, инфекции мочевыделительной системы [2–6]. В некоторых исследованиях подтверждается связь между БВ и бесплодием, вызванным непроходимостью маточных труб, что подтверждает вероятность развития восходящей инфекции [7, 8].

БВ характеризуется изменением качественного и количественного соотношения вагинальной микрофлоры. Частота БВ при беременности составляет 15–40% [6]. При этом у 50–60% беременных БВ протекает бессимптомно [4]. БВ характеризуется снижением общего количества лактобактерий и увеличением концентрации условно-патогенных микробов. Микробиоценоз влагалища подвержен изменениям, в частности гормональным. В связи с этим у беременных наблюдается резкое снижение разнообразия и численности микроорганизмов влагалища [9]. В норме микрофлора влагалища представлена в основном лактобактериями, вырабатывающими различные противомикробные соединения – молочную кислоту,



перекись водорода (H_2O_2) и специфические белки (бактериоцины), которые подавляют рост патогенной микрофлоры. Так поддерживается нормальная микрофлора влагалища и обеспечивается защита от патогенных микроорганизмов [9]. Лактобактерии расщепляют гликоген эпителиальных клеток с образованием L-молочной и D-молочной кислот, которые поддерживают уровень pH 3,8–4,5 [9, 10].

Факторами, предрасполагающими к развитию БВ у беременных, являются возраст, социально-экономический статус, срок гестации 14–26 недель, самопроизвольные аборт в анамнезе, неконтролируемые спринцевания влагалища, отягощенный гинекологический анамнез, включающий наличие инфекций, передаваемых половым путем [10].

Клинические проявления БВ у беременных такие же, как и у небеременных: гомогенные беловато-серые выделения из половых путей, часто с неприятным запахом, зуд и/или жжение в области половых органов, болезненность при мочеиспускании (дизурия) [11, 12].

Диагностика БВ основана на клинических критериях Амсея и лабораторной диагностике – микроскопических исследованиях влагалищного содержимого с оценкой по шкале Ньюджента. Диагноз БВ ставится на основании трех из четырех критериев Амсея: серо-белые, жидкие и однородные выделения из половых путей, уровень pH во влагалище выше 4,5, аминный запах, наличие клеток-маркеров – ключевых клеток при микроскопическом исследовании. Окрашивание мазков по Граму позволяет определить индекс Ньюджента, базирующийся на определении уровней лактобактерий, *Gardnerella vaginalis*, грамположительных и грамотрицательных бактерий [12, 13].

Высокая распространенность БВ требует всестороннего подхода к лечению данного заболевания, предусматривающего, в частности, определение факторов риска для здоровья матери и плода, выбор эффективной тактики ведения беременных в целях снижения частоты рецидивов БВ.

Цель – оценить снижение частоты рецидивирующего БВ на фоне применения комбинированной терапии во время беременности.

Материал и методы

В исследование были включены 50 беременных на сроке 12–36 недель с лабораторно подтвержденным диагнозом БВ. Участницы исследования были разделены поровну на две группы. Первую группу составили 25 пациенток, которым проводилась терапия клиндамицином, вторую – 25 пациенток, применявших клиндамицин на первом этапе и крем дозированный, содержащий лактобактерии ацидофильные и витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс «Суперлимфлайф», – на втором.

В соответствии с клиническими рекомендациями, стандартом терапии БВ являются метронидазол и клиндамицин. Лечение беременных с БВ клиндамицином допустимо на любом сроке гестации, тогда как метронидазол разрешен к применению со второго триместра [12]. Неслучайно препаратом выбора стал клиндамицин. Клиндамицин назначали в виде основной терапии вагинально по 100 мг (один полный аппликатор крема) непосредственно перед сном в течение 3–7 дней в зависимости от выраженности дисбиоза. Во второй группе на втором этапе назначали

крем дозированный Ацилакт Duo (Россия, «Ланафарм») один раз в сутки в преддверие влагалища в течение десяти дней. В состав крема Ацилакт Duo входят живые ацидофильные лактобактерии, которые характеризуются антагонистической активностью в отношении широкого спектра патогенных и условно-патогенных бактерий (включая стафилококки, протей, энтеропатогенную кишечную палочку), улучшают обменные процессы, способствуют восстановлению естественного иммунитета, метаболизируют гликоген вагинального эпителия до молочной кислоты, поддерживающей pH влагалища на уровне 3,8–4,2. Витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс «Суперлимфлайф», входящий в состав Ацилакт Duo, способствует бережному восстановлению местного иммунитета слизистой оболочки, сохранению собственных способностей локальных защитных функций, а также снижению частоты развития воспалительных реакций [14].

Критерии включения беременных в исследование:

- возраст 19–42 года;
- лабораторно подтвержденный диагноз БВ.

Критерии исключения:

- тяжелая экстрагенитальная патология;
- высокий риск развития акушерской патологии, такой как преэклампсия, гестационный сахарный диабет, преждевременные роды на основании акушерского анамнеза;
- ранее выявленные аллергические реакции при использовании препаратов.

Забор материала из влагалища осуществлялся до бимануального исследования, после введения зеркал Куско. За 24–48 часов до проведения осмотра исключались все влагалищные манипуляции. Осмотр проводился в день включения в исследование, через один и три месяца после окончания лечения.

Лабораторная диагностика предусматривала микроскопическое исследование мазка, диагностику методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), определение pH-метрии влагалищного содержимого.

Микроскопическое исследование мазков выполнялось окрашиванием мазков по Граму. Забор материала осуществлялся из заднего свода влагалища ватным тампоном с последующим нанесением на предметное стекло и высушиванием.

Количественный и качественный состав микрофлоры определяли методом ПЦР в режиме реального времени с помощью теста «Фемофлор-16». Данным методом определяли количество лактобацилл, условно-патогенных микроорганизмов (*Staphylococcus* spp., *Streptococcus* spp., *Enterobacteriaceae*, *G. vaginalis* + *Prevotella bivia* + *Porphyromonas* spp., *Eubacterium* spp., *Megasphaera* spp. + *Veillonella* spp. + *Dialister* spp., *Sneathia* spp. + *Leptotrichia* spp. + *Fusobacterium* spp., *Lachnobacterium* spp. + *Clostridium* spp., *Mobiluncus* spp. + *Corynebacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Ureaplasma (urealyticum* + *parvum*), *Mycoplasma hominis*, *Atopobium vaginae*, *Candida* spp., *Mycoplasma genitalium*), а также общей бактериальной массы. Полученный материал помещали в пробирку типа Эппендорф, содержащую транспортную среду. Для pH-метрии содержимого влагалища применяли индикаторные pH-полоски «Кольпо-Тест». Нормальными считали значения pH в диапазоне от 3,8 до 4,5. Отклонение

от нормальных значений свидетельствует о дисбиозе влагалища. Определяли pH нанесением влагалищного содержимого на тест-полоску с сенсорным индикатором. Через одну-две секунды удаляли избыток жидкости на сенсорном индикаторе чистой фильтровальной бумагой. Через 15 секунд сравнивали окраску сенсорного индикатора с эталонной цветовой шкалой на этикетке комплекта при хорошем освещении [15].

Статистический анализ проводили с использованием пакета Statistica 13.3, рассчитывали среднее значение и стандартное отклонение. Различие между выборками считали статистически значимым при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Основными критериями включения пациенток в исследование были наличие жалоб и лабораторно подтвержденный диагноз БВ во время беременности. БВ диагностировали на основании жалоб и критериев Амселя. В таблице представлены основные жалобы пациенток до начала лечения: зуд, жжение, дискомфорт во влагалище, патологические выделения из половых путей, аминный запах, дизурия.

При проведении микроскопического исследования влагалищного отделяемого до начала лечения у всех пациенток отмечалось значительное количество лейкоцитов – более 30 (84 и 88% в первой и второй группе соответственно). Основным критерием постановки диагноза при микроскопическом исследовании было наличие ключевых клеток, которые выявлялись у 12 (48%) пациенток первой и 13 (52%) пациенток второй группы. Дрожжеподобные грибы и мицелии обнаружены у 9 (36%) пациенток первой и 7 (28%) пациенток второй группы.

До начала терапии в обеих группах показатели pH влагалищного отделяемого характеризовались сдвигом в щелочную зону (от 4,9 до $5,4 \pm 0,3$). Нормальные показатели pH влагалищного отделяемого находятся в пределах 3,7–4,5.

Микробиоценоз влагалища определяли с помощью ПЦР-диагностики методом «Фемофлор». На рисунке 1 представлены результаты микробиоценоза в обеих группах до начала лечения.

В первой группе назначали клиндамицин по одному аппликатору (вагинально) на ночь от трех до семи дней. Количество дней лечения определялось выраженностью нарушения микробиоценоза. Во второй группе на первом этапе назначали клиндамицин по аналогичной схеме, на втором этапе – ацидофильные лактобактерии. Средством выбора стал Ацилакт Duo, содержащий помимо ацидофильных лактобактерий витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс «Суперлимфлайф». Контроль за клиническими проявлениями выполняли через один и три месяца.

В первой группе жалобы на дискомфорт во влагалище, патологические выделения из половых путей с аминным запахом сохранялись у 2 (8%) пациенток через месяц после окончания лечения. Дизурические проявления имели место у 1 (4%) пациентки через месяц после завершения лечения. Через три месяца рецидивирующий БВ (на основании клинических проявлений и лабораторной диагностики) наблюдался у 5 (20%) пациенток.

Во второй группе патологические выделения из половых путей с аминным запахом сохранялись у 1 (4%) пациентки через месяц после проведенного лечения. Дизурических проявлений через месяц после лечения не зафиксировано ни у одной пациентки. Рецидивирующего БВ через три месяца наблюдений не отмечалось.

Аналогичные результаты были получены и при определении pH влагалищного отделяемого. Показатели pH влагалищного отделяемого через месяц после лечения составили $4,7 \pm 0,4$ у 3 (12%) и 1 (4%) пациентки первой и второй группы соответственно. Через три месяца на фоне рецидивирующего БВ у 5 (20%) пациенток первой группы pH влагалищного отделяемого составил $4,6 \pm 0,5$. Во второй группе pH-метрия через три месяца находилась в пределах нормы, что связано с отсутствием рецидива БВ.

При микроскопическом исследовании через месяц после окончания лечения уровень лейкоцитов был в пределах 15–25 у 5 (20%) пациенток первой и 3 (12%) пациенток второй группы. Через три месяца повышение количества лейкоцитов до 15–25 отмечалось у 3 (12%) беременных второй и 6 (24%) пациенток первой группы. Ключевые

Жалобы пациенток до лечения, абс.

Жалобы	Первая группа	Вторая группа
Зуд, жжение, дискомфорт во влагалище	18	19
Патологические выделения из половых путей	24	22
Аминный запах	16	18
Дизурия	15	16

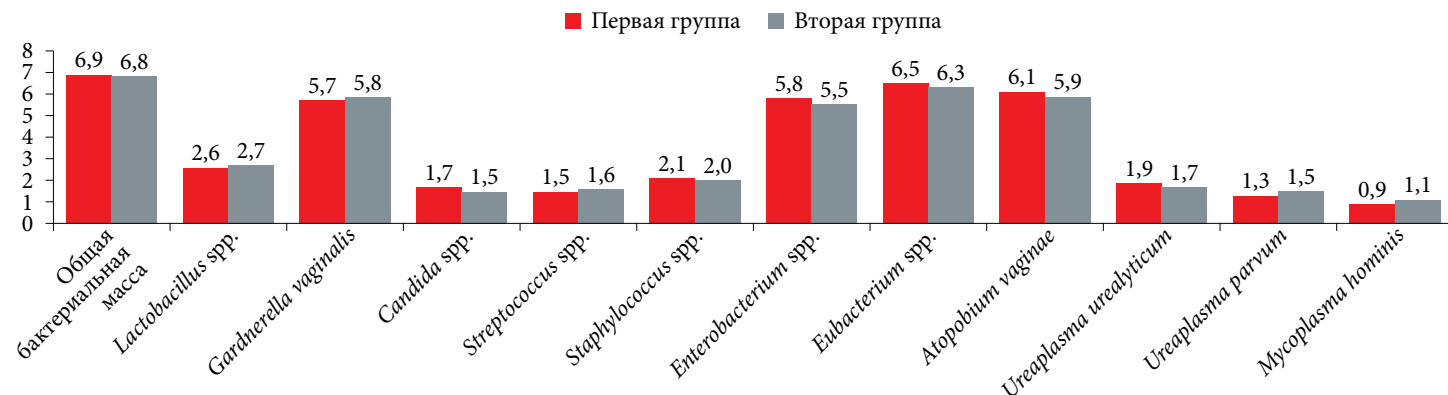


Рис. 1. Показатели микробиоценоза у пациенток до начала лечения

клетки выявлены у 2 (8%) пациенток первой и 1 (4%) пациентки второй группы через месяц после окончания лечения. Через три месяца ключевые клетки не обнаружены ни у одной пациентки второй группы и выявлены у 5 (20%) пациенток первой группы на фоне рецидивирующего БВ. Дрожжеподобные грибы обнаружены через месяц после лечения у 3 (12%) и 1 (4%) пациентки первой и второй группы, через три месяца – у 6 (24%) и 3 (12%) пациенток соответственно.

На рисунках 2 и 3 представлены показатели микробиоценоза влагалища по данным ПЦР-диагностики через один и три месяца после окончания лечения.

У пациенток первой группы наблюдалось улучшение показателей общей бактериальной массы через месяц после лечения, однако через три месяца этот показатель находился практически на том же уровне, что и до лечения. Наблюдалось повышение содержания лактобактерий через месяц после лечения. Через три месяца этот показатель снизился, что связано с повышением уровня общей бактериальной массы. В этой же группе наблюдалось повышение количества *G. vaginalis* через три месяца, что обусловлено рецидивом БВ. Изменилось и количество дрожжеподобных грибов *Candida* spp., что подтверждено микроскопическим анализом у 3 (12%) и 6 (24%) пациенток через один и три месяца после лечения соответственно. При этом уровни *Mycoplasma* и *U. urealyticum* через три месяца находились практически в том же диапазоне, что и через месяц после окончания лечения.

Во второй группе отмечались снижение общей бактериальной массы и значительное повышение количества

лактобактерий через месяц. Практически такими же показатели оставались и через три месяца. Подобные изменения связаны с назначением Ацилакт Дуо на втором этапе. Дрожжеподобные грибы *Candida* spp. выявлены лишь у 3 (12%) пациенток через три месяца после завершения лечения.

Через три месяца нормальные показатели микробиоценоза наблюдались у 15 (60%) и 22 (88%) пациенток первой и второй группы соответственно.

Выявлены значимые различия в составе микробиоценоза влагалища у беременных через три месяца после окончания лечения. Лучшие результаты отмечались у пациенток второй группы – низкая общая бактериальная масса с преобладанием высоких титров лактобактерий.

Значимым фактором в развитии преждевременных родов являются инфекции, в том числе БВ. БВ связан с повышенным риском преждевременных родов. Нарушение микрофлоры влагалища негативно влияет на состояние плаценты, плодных оболочек и матки [1, 16]. В первой группе преждевременные роды на сроке 31–32 и 34–36 недель произошли у 2 (8%) и 6 (24%) пациенток соответственно. При этом во второй группе преждевременных родов не случилось ни у одной пациентки. Полученные данные подтверждают необходимость своевременного и обоснованного двухэтапного лечения БВ с восстановлением микрофлоры, благоприятно влияющего на течение беременности и ее исход.

Анализируя полученные результаты, необходимо отметить эффективность комплексной терапии БВ

АЦИЛАКТ DUO

Крем для интимной гигиены дозированный

ЗДОРОВАЯ СЛИЗИСТАЯ – НОРМАЛЬНАЯ МИКРОФЛОРА!

Lactobacillus acidophilus

Ацидофильные бактерии



витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс
СУПЕРЛИМФ ЛАЙФ

- Заселению лактобактериями³
- Восстановлению мукозального иммунитета слизистой^{1,2}
- Заживлению и восстановлению слизистой³

**Баланс
и поддержка!**



СГР: KG.11.01.09.001.R.002537.07.20 от 17.07.2020

1. А.Т. Уруймагова, В.Н. Прилепская с соавт., «Эффективность и приемлемость двухэтапной терапии рецидивирующего бактериального вагиноза» Акушерство и Гинекология, №11 2021
2. Ю.З. Доброхотова, Е.И. Боровикова, С.А. Залеская «Атрофический вагинит у пациенток репродуктивного возраста» Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии, №3 2021
3. Аннотация к крему дозированному «Ацилакт Дуо»



ООО «ЛАНАФАРМ», Россия, 127299
г. Москва, ул. К. Цеткин, д. 4, этаж 6, ком. 27

НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

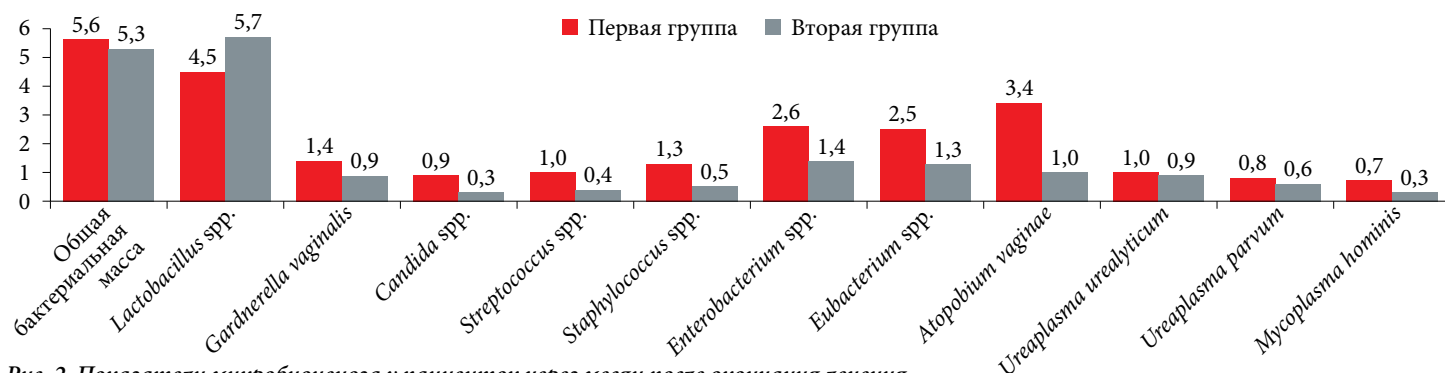


Рис. 2. Показатели микробиоценоза у пациенток через месяц после окончания лечения

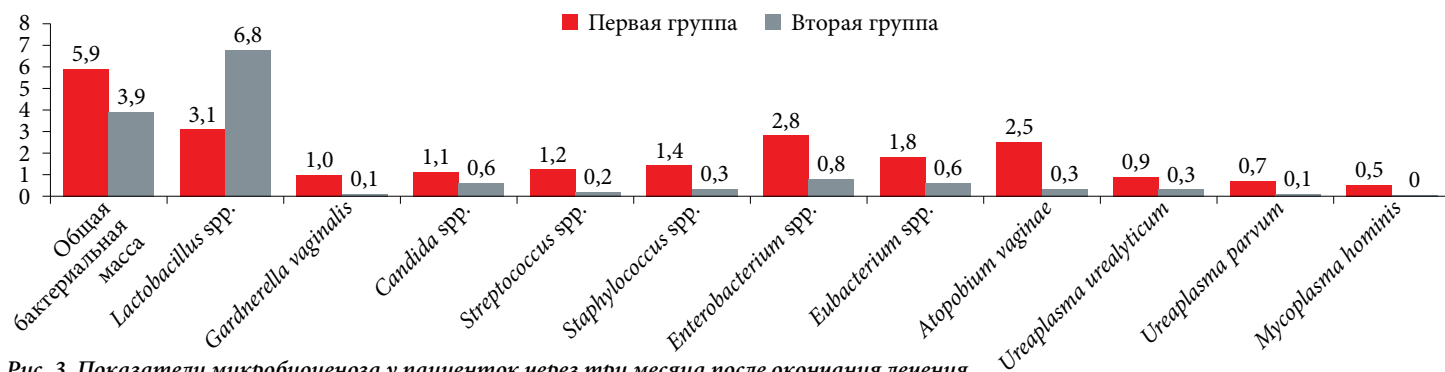


Рис. 3. Показатели микробиоценоза у пациенток через три месяца после окончания лечения

у беременных. Назначение кислотофильных лактобактерий значительно улучшает состояние микробиоценоза слизистой оболочки, а комплекс «Суперлимфлайф» участвует в ее восстановлении и поддержании лактобактерий на определенном уровне за счет регенерации слизистой оболочки. Полученные нами данные согласуются с результатами других авторов [17–19], что последний раз подтверждает эффективность комплексной двухэтапной терапии и необходимость восстановления микробиоценоза слизистой оболочки.

Заключение

Бактериальный вагиноз часто встречается у беременных, основную проблему представляет его рецидив. Воспалительные процессы нижних отделов репродуктивной системы могут отрицательно влиять на исход беременности, что подтверждает актуальность данного исследования.

Показано, что эффективность терапии БВ зависит от восстановления микробиоценоза у беременных. Терапия клиндамицином достаточно эффективна, однако рецидив заболевания в течение трех месяцев наблюдался в 20% случаев.

Комплексная терапия БВ у беременных с применением Ацилакт Duo исключает рецидив БВ в течение трех месяцев после окончания лечения, а также снижает риск преждевременных родов. В группе комплексной терапии преждевременных родов не зафиксировано ни у одной пациентки. Восстановление нормальной микрофлоры способствует купированию воспалительной реакции, что является профилактикой рецидива данного заболевания и улучшает исход беременности.

Таким образом, комплексная терапия при БВ является эффективной и позволяет снизить частоту рецидива БВ у беременных.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Larsson P.G., Fåhræus L., Carlsson B., et al. Predisposing factors for bacterial vaginosis, treatment efficacy and pregnancy outcome among term deliveries; results from a preterm delivery study. BMC Women's Health. 2007; 7: 20.
2. Рухляда Н.Н., Тайц А.Н., Романова Л.А. др. Бактериальный вагиноз как фактор риска преждевременных родов. Педиатр. 2019; 10 (4): 97–101.
3. Кузьмин В.Н., Мурриева Г.А. Роль неспецифических урогенитальных инфекций в патогенезе самопроизвольных преждевременных родов. Лечащий врач. 2013; 6: 60.
4. Оганян К.А., Крысанова А.А., Савичева А.М. и др. Бактериальный вагиноз как фактор неблагоприятных исходов беременности. Журнал акушерства и женских болезней. 2023; 72 (6): 129–138.
5. Nori W., Akram W., Murshid R.M., et al. The implication of Chlamydia and bacterial vaginosis among low-risk pregnant women with preterm birth: a prospective multicentric cohort study. BMC Pregnancy Childbirth. 2025; 25 (1): 904.



6. Спиридонова Н.В., Каганова М.А., Девятова О.О., Безрукова А.А. Бактериальный вагиноз и вульвовагинит у беременных при истмико-цервикальной недостаточности. Дифференцированный подход к медикаментозной терапии. Доктор.Ру. 2022; 21 (5): 81–86.
7. Муллагалина А.З. Роль бактериального вагиноза в возникновении патологии репродуктивных органов у женщин. Российский вестник акушера-гинеколога. 2011; 11 (5): 28–32.
8. Беликова Т.С. О влиянии бактериального вагиноза на снижение репродуктивной функции женщин. Актуальная инфектология. 2016; 3 (12): 106–108.
9. Chen X., Lu Y., Chen T., Li R. The female vaginal microbiome in health and bacterial vaginosis. Front. Cell. Infect. Microbiol. 2021; 11: 631972.
10. Sethi N., Narayanan V., Saaed R., et al. Prevalence, risk factors, and adverse outcomes of bacterial vaginosis among pregnant women: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2025; 25 (1): 40.
11. Tidbury F., Brühlhart G., Müller G., et al. Effectiveness and tolerability of lactic acid vaginal gel compared to oral metronidazole in the treatment of acute symptomatic bacterial vaginosis: a multicenter, randomized-controlled, head-to-head pilot study. BMC Women's Health. 2025; 25 (1): 7.
12. Синдром патологических выделений из половых путей женщины / под ред. В.Е. Радзинского. М.: StatusPraesens, 2024.
13. Bhujel R., Mishra S.K., Yadav S.K., et al. Comparative study of Amsel's criteria and Nugent scoring for diagnosis of bacterial vaginosis in a tertiary care hospital, Nepal. BMC Infect. Dis. 2021; 21 (1): 825.
14. Тихомирова Е.В., Балан В.Е., Кручинина Е.В. и др. Возможность применения крема дозированного Ацилакт Дуо при бактериальном вагинозе. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (7): 6–12.
15. Сибирская Е.В., Курмангалеева А.Ю., Никифорова П.О. и др. Роль pH-метрии в диагностике и профилактике гинекологических заболеваний: обзор литературы и анализ клинических случаев. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (45): 48–55.
16. Okutucu G., Tanacan A., Bayraktar N., et al. The intersection of cervicovaginal microbiota and cervical length in predicting adverse perinatal outcomes at preterm birth risk. BMC Pregnancy Childbirth. 2025; 25 (1): 1011.
17. Тихомирова Е.В., Балан В.Е., Кручинина Е.В. и др. Длительность безрецидивного периода после применения препарата Ацилакт Дуо в качестве второй линии терапии при бактериальном вагинозе. Эффективная фармакотерапия. 2023; 19 (44): 10–16.
18. Тютюнник В.Л., Кан Н.Е., Тезиков Ю.В. и др. Комплексная терапия рецидивирующего вульвовагинального кандидоза при беременности. Акушерство и гинекология. 2023; 11: 150–156.
19. Доброхотова Ю.Э., Боровкова Е.И., Зайдиева З.С., Романовская В.В. Снижение частоты рецидивов бактериального вагиноза. Комплексное решение. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2022; 21 (2): 33–40.

A Comprehensive Approach to Reducing the Frequency of Bacterial Vaginosis Recurrences in Pregnant Women

S.G. Tsakhilova, PhD, Prof.¹, I.R. Safaryan, PhD¹, R.R. Arustamyan, PhD, Assoc. Prof.¹, F.A. Paendi²

¹ Russian University of Medicine

² City Clinical Hospital No. 15 named after O.M. Filatov, Moscow

Contact person: Irma R. Safaryan, safairma@yandex.ru

The aim was to evaluate the reduction in the frequency of recurrent bacterial vaginosis (BV) against the background of the use of combination therapy in pregnant women.

Material and methods. The study included 50 pregnant women with a gestational age of 12 to 36 weeks and a confirmed diagnosis of BV. The first group consisted of 25 patients who received clindamycin therapy, the second group consisted of 25 patients who used clindamycin at the first stage and metered-dose Acilact Duo cream containing acidophilic lactobacilli and Superlimflife complex at the second stage. The effectiveness of the treatment was assessed based on the analysis of clinical manifestations and laboratory data, including microscopic examination of vaginal discharge, PCR diagnostics using Femoflor, and pH-metry of vaginal contents.

Results. Against the background of the performed treatment, a decrease in clinical manifestations was noted in both groups, however, in 5/25 patients of the first group, a relapse of bacterial vaginosis was detected 3 months after treatment, while in no patient of the second group, a relapse of bacterial vaginosis was detected 3 months after treatment. Significant differences in the composition of the vaginal microbiocenosis in pregnant patients were revealed 3 months after the end of treatment. The best results were obtained in patients of the second group, which was characterized by a low total bacterial mass with a predominance of high titers of lactobacilli. Normal microbiocenosis was detected in 15 (60%) and 22 (88%) patients of the first and second groups, respectively, 3 months after treatment.

Conclusion. Complex therapy of BV in pregnant women using acidophilic lactobacilli does not lead to a recurrence of BV, promoting the restoration of normal microflora and the disappearance of the inflammatory reaction. Therefore, the use of complex therapy for bacterial vaginosis is effective and helps to reduce the frequency of BV recurrence in pregnant women.

Keywords: bacterial vaginosis, *Lactobacillus acidophilus*, pregnancy, clindamycin, Superlymphlife