

Возможность применения крема дозированного Ацилакт Дуо при бактериальном вагинозе

Е.В. Тихомирова, к.м.н., В.Е. Балан, д.м.н., проф., Е.В. Кручинина, к.м.н., П.В. Балан, к.б.н., С.А. Орлова, Ю.П. Титченко, к.м.н., Е.А. Левкович, В.Я. Яцюк, д.ф.н., проф.

Адрес для переписки: Елена Владиславовна Тихомирова, heltik03@gmail.com

Для цитирования: 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.

DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-7-6-12

Бактериальный вагиноз (БВ) – клиническое состояние, при котором нормальная влагалищная микрофлора, состоящая преимущественно из лактобацилл, замещается другими микроорганизмами, главным образом анаэробами. Цель лечения бактериального вагиноза – восстановить нормальную микрофлору влагалища, затормозить рост микроорганизмов, не свойственных данному вагинальному микроценозу.

Цель исследования – оценить эффективность различных методов комбинированного двухэтапного лечения бактериального вагиноза у женщин репродуктивного возраста.

Материал и методы. В исследование были включены 50 пациенток в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст – $29,6 \pm 4,5$ года) с БВ. Первую группу составили 25 пациенток, получавших на первом этапе лечения Клиндамицин 2%-ный крем в течение семи дней по одной дозе вагинально на ночь. На втором этапе в данной группе использовали ацидофильные бактерии + витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс Суперлимфлайф (Ацилакт Дуо) по одной свече один раз в день на ночь интравагинально в течение десяти дней. Во вторую группу вошли 25 пациенток, получавших на первом этапе Клиндацимин крем в течение семи суток по одной дозе вагинально на ночь. На втором этапе пациенткам данной группы назначали препарат, содержащий лиофилизированную культуру лактобактерий *Lactobacillus casei rhamnosus Doderleini* не менее 1×10^8 КОЕ по одной капсуле во влагалище на ночь в течение 14 дней.

Результаты. Эффективность терапии БВ составила 92% ($n = 46$). Длительность ремиссии в группе женщин, получавших адъювантную терапию кремом дозированным Ацилакт Дуо, достигла $24,1 \pm 2,1$ дня ($n = 24$), в группе сравнения – $19,9 \pm 2,3$ дня ($n = 22$). У всех пациенток среднее значение рН влагалища до начала терапии составляло $5,5 \pm 0,4$. После терапии этот показатель у пациенток первой группы составил $4,541 \pm 0,143$, у пациенток второй группы – $4,976 \pm 0,241$.

У пациенток обеих групп до лечения выявлен дисбиоз влагалища различной выраженности (нормоценоз не обнаружен). После терапии в первой группе нормоценоз влагалища достигнут у 88% пациенток (22/25), во второй – у 72% (18/25), на третьем визите (через 45 дней) – у 84% (21/25) и 64% (16/25) пациенток соответственно.

Выводы. Ацидофильные бактерии + витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс Суперлимфлайф (крем дозированный Ацилакт Дуо) быстро восстанавливает оптимальную кислотность влагалища (показатель рН) и способствует росту численности полезных лактобактерий, что создает оптимальную и естественную микрофлору, препятствующую появлению дисбиоза у пациенток репродуктивного возраста.

Ключевые слова: репродуктивный возраст, бактериальный вагиноз, микробиом, рН влагалищного содержимого, Фемофлор, пептидно-белковый комплекс из лейкоцитов свиной крови, лактобактерии, микробиота влагалища



Введение

Термин «микробиом» впервые был предложен в 2001 г. для обозначения коллективного сообщества микроорганизмов. Микробиом представляет собой сообщество бактерий, находящихся как внутри, так и снаружи макроорганизма [1]. Вагинальная микробиота является частью общего микробиома и имеет особое значение для женщин любой возрастной группы, поскольку влияет на вагинальное здоровье. Ее изменения могут обуславливать и поддерживать серьезную патологию урогенитального тракта, развитие восходящей инфекции, диспареунии, сексуальное здоровье и общее качество жизни. По мере развития молекулярных методов понимание разнообразия и сложности этого сообщества бактерий существенно расширилось. Доказано, что среда, обогащенная видами *Lactobacillus*, ассоциируется с вагинальным здоровьем [2–4]. Несмотря на то что другие анаэробные и аэробные бактерии также колонизируют влагалище, у большинства женщин доминируют именно виды *Lactobacillus* (группа молочнокислых бактерий, ранее их называли палочками Дедерлейна – в честь немецкого гинеколога А. Doderlein, 1860–1941). *Lactobacillus* spp., продуцирующие перекись водорода и молочную кислоту, характеризуются противомикробными свойствами. Лактобактерии (лактобациллы) относятся к преобладающему типу нормальной микрофлоры вульвы и влагалища (10^6 – 10^9 КОЕ/мл отделяемого). *L. acidophilus*, *L. casei*, *L. fermentum*, *L. cellobiosum* – основные виды представленных во влагалище лактобацилл [5, 6]. Главные функции лактобактерий во влагалище – поддерживать кислую среду и подавлять рост условно-патогенных микроорганизмов.

Бактериальный вагиноз (БВ) – клиническое состояние, не относящееся к воспалительным заболеваниям влагалища и инфекциям, передаваемым половым путем, при котором нормальная влагалищная микрофлора, состоящая преимущественно из лактобацилл, замещается другими микроорганизмами, главным образом анаэробами. Причины подобного экологического изменения микрофлоры влагалища полностью не изучены. Предполагается, что имеют значение гигиена половых органов, состояние местного и общего иммунитета, эндокринные изменения, генетические факторы, а также частое использование антибиотиков [7–9].

Вследствие уменьшения количества лактобацилл влагалище колонизируется различными анаэробными и микроаэрофильными патогенами с развитием дисбиоза или БВ, вагинитов и рецидивирующих мочевого инфекций. Это ассоциируется с негативными акушерскими осложнениями в репродуктивном периоде и урогенитальной патологией у женщин в пери- и постменопаузе.

Нарушение микроэкологии влагалища при БВ характеризуется резким снижением количества или

отсутствием лактобактерий, продуцирующих перекись водорода, и увеличением количества *Gardnerella vaginalis*, грамотрицательных анаэробных бактерий (*Bacteroides* spp., *Mobiluncus* spp., *Fusobacterium* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) [10–13].

К основным клиническим проявлениям БВ относятся гомогенные выделения из влагалища, пенистые, слегка тягучие, белого или серого цвета, с неприятным запахом. Длительность существования таких симптомов может исчисляться годами [14–17].

Этиотропное лечение основано на применении препаратов различных групп, активных в отношении основных возбудителей [17, 18]. Доказано, что лечение инфекционных заболеваний с использованием только антибактериальных препаратов не обеспечивает полного успеха. Современная концепция терапевтического подхода заключается не только в устранении факторов, провоцирующих воспаление, но и в коррекции иммунных нарушений, что позволяет сократить продолжительность основных симптомов заболевания, а также снизить вероятность осложнений [19].

Задача состоит в том, чтобы повысить эффективность этиотропной терапии и одновременно добиться снижения побочных эффектов, появляющихся в ходе ее применения, то есть устранить или нейтрализовать факторы, провоцирующие обострение вирусных заболеваний, улучшить трофику и регенерацию кожи и слизистых оболочек, повысить мукозальный иммунитет. Большинство женщин с БВ имеют очень слабую иммунную ответную реакцию без выраженных признаков воспаления. В развитии БВ немаловажную, а может, и главную роль играет состояние врожденного иммунитета, влияющее на качественный и количественный состав микробиоты различных локализаций. Генетические вариации факторов врожденного иммунитета способны влиять на то, как женщина реагирует на изменения состава микробиоты влагалища, регулируя течение процесса и клинический исход.

Вместе с тем все перечисленные методы лечения ассоциируются с рецидивами, возникающими в разные сроки после лечения. Причина, видимо, в том, что подавляется рост не только условно-патогенных микроорганизмов, но и лактофлоры, а условий для ее восстановления недостаточно. Дополнительное назначение препаратов, содержащих *Lactobacillus* spp., – перспективное направление лечения вагинального дисбиоза, которое исследовалось на протяжении многих лет. Средства, содержащие *Lactobacillus* spp., могут восстанавливать вагинальный гомеостаз за счет ряда механизмов, таких как улучшение барьерной функции эпителия, колонизация комменсалами, блокировка адгезии патогенных бактерий, снижение уровня pH, повышение продуцирования и секреции противомикробных пептидов, улучшение локального иммунитета и здоровья влагалища [20].

Цель лечения БВ – восстановить нормальную микрофлору влагалища, затормозить рост микроорганизмов, не свойственных данному вагинальному микроценозу. В этой связи в комплекс лечения БВ необходимо включать препараты, содержащие лактобактерии или создающие условия для восстановления лактофлоры в течение не менее десяти дней после основного курса лечения. Специфическое действие таких препаратов направлено на восстановление нормального титра лактобактерий в вагинальном биотопе и предотвращение рецидивов данного заболевания [7, 21].

В последние годы на фармацевтическом рынке появился крем дозированный Ацилакт Дуо в виде свечей для введения в преддверие влагалища. Ацидофильные бактерии, входящие в состав Ацилакт Дуо, обладают антагонистической активностью в отношении широкого спектра патогенных и условно-патогенных бактерий, включая *Staphylococcus spp.*, *Escherichia coli*, *Proteus spp.*, нормализуют пищеварительную деятельность, улучшают обменные процессы, способствуют восстановлению естественного иммунитета, метаболизируют гликоген вагинального эпителия до молочной кислоты, которая поддерживает рН влагалища на уровне 3,8–4,2. Молочная кислота в высокой концентрации создает неблагоприятные условия для жизнедеятельности кислоточувствительных патогенных и условно-патогенных бактерий.

Суперлимфлайф, который также входит в состав Ацилакта Дуо, способствует восстановлению местного иммунитета слизистой оболочки, снижению развития воспалительных реакций, заживлению раневых дефектов. Защитным фактором при этом выступают цитокины – важный компонент врожденного иммунитета женщины, определяющего качественный и количественный состав микробиоты различных локализаций. В данном аспекте использование комбинированного средства Ацилакт Дуо (лактобактерии + иммуномодулятор) представляется вполне обоснованным.

Цель исследования – оценить эффективность различных методов комбинированного двухэтапного лечения БВ у женщин репродуктивного возраста.

Таблица 1. Общая характеристика обследованных пациенток (n = 50)

Показатель	Значение
Возраст, лет	29,6 ± 4,5
Вес, кг	63,1 ± 5,9
Рост, см	163,9 ± 4,7
Менархе, лет	12,8 ± 1,3
Число беременностей, абс.	2,4 ± 2,2
Число родов, абс.	0,8 ± 0,9
Число абортгов, абс.	1,3 ± 2,3

Задачи исследования – оценить эффективность и безопасность крема дозированного Ацилакт Дуо в свецах на втором этапе лечения БВ.

Материал и методы

Исследование проводилось в поликлиническом отделении Московского областного научно-исследовательского института акушерства и гинекологии.

В исследование были включены 50 пациенток в возрасте 18–45 лет (средний возраст – 29,6 ± 4,5 года) с БВ, подтвержденным клинически и результатами лабораторного обследования.

Критерии включения в исследование:

- ✓ возраст 18–45 лет;
- ✓ наличие БВ;
- ✓ подписание информированного согласия.

Критерии исключения:

- ✓ положительный ВИЧ-статус;
- ✓ вирусные гепатиты В и С;
- ✓ злокачественное новообразование любой локализации в анамнезе;
- ✓ нарушение углеводного обмена, сахарный диабет;
- ✓ вульвовагинальный кандидоз (противопоказание согласно аннотации Ацилакт Дуо);
- ✓ прием антибиотиков, химиотерапия;
- ✓ любые отклонения от референсных значений в клиническом и биохимическом анализах крови перед включением в исследование;
- ✓ другие клинически значимые острые и хронические заболевания.

Методом случайной выборки пациентки были рандомизированы на две равные группы. Первую составили 25 пациенток, получавших на первом этапе Клиндамицин 2%-ный крем в течение семи дней по одной дозе вагинально на ночь. На втором этапе терапии в данной группе использовали ацидофильные бактерии + витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс Суперлимфлайф (Ацилакт Дуо) по одной свече один раз в день на ночь интравагинально в течение десяти дней. Во вторую группу вошли 25 пациенток, получавших на первом этапе Клиндацимин крем в течение семи суток по одной дозе вагинально на ночь. На втором этапе терапии в данной группе назначали препарат, содержащий лиофилизированную культуру лактобактерий *L. casei rhamnosus Doderleini* не менее 1×10^8 КОЕ по одной капсуле во влагалище на ночь в течение 14 дней.

Общая характеристика обследованных пациенток представлена в табл. 1.

Для оценки эффективности терапии всем участницам выполнены измерение рН влагалищного содержимого, мазок на флору, тест real-time ПЦР (ПЦР в режиме реального времени Фемофлор-16) сразу после терапии и через 21 день с момента окончания лечения. Длительность безрецидивного периода в обеих группах оценивали спустя 21 день по завершении лечения.

Дизайн исследования представлен в табл. 2.

Эффективность терапии оценивали по следующим критериям:



Таблица 2. Дизайн исследования

Действия/визит	Скрининг/ визит 0	Рандомизация/ визит 1	Оценка эффективности терапии/визит 2	Оценка длительности ремиссии/визит 3
День исследования	0*	3	24–27**	45–48**
Проведение анализов (RW, ВИЧ, ИППП)	X			
Оценка критериев включения/исключения	X			
Сбор анамнеза и данных о сопутствующей терапии	X			
Оценка динамики жалоб	X		X	X
Физикальное обследование	X	X	X	X
Измерение pH влагалищного содержимого	X		X	X
Оценка динамики клинических проявлений заболевания	X	X	X	X
Фемофлор-16	X		X	X
Микроскопия мазка (V, C, U)	X		X	X
Назначение и распределение исследуемого препарата		X		
Оценка эффективности терапии			X	X

* Визит 0 является скрининговым. Промежуток между визитом 0 и визитом 1 не должен превышать трех дней.

** Допускается отклонение от графика визитов ± 3 дня.

Примечание. RW – реакция Вассермана. ВИЧ – вирус иммунодефицита человека. ИППП – инфекции, передаваемые половым путем.

- отсутствие жалоб на зуд во влагалище и обильные пенистые или желтоватые выделения с неприятным запахом;
- отсутствие объективных клинических признаков – обильных пенистых выделений;
- лабораторные показатели при микроскопическом исследовании – отсутствие ключевых клеток;
- Фемофлор-16 – отсутствие *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae*, *Ureaplasma spp.*, *M. hominis* и др.

Таблица 3. Эффективность лечения бактериального вагиноза в обеих группах

Диагностические критерии	Визит 0	Визит 1	Визит 2	Визит 3
Жалобы: зуд и дискомфорт во влагалище	Есть	Нет	Нет	Нет
Обильные пенистые выделения	Есть	Нет	Нет	Нет
«Ключевые» клетки в мазках	Есть	Нет	Нет	Нет

Таблица 4. Значение pH влагалища

Значение вагинального индекса созревания	До лечения	После лечения
Первая группа	5,523 \pm 0,451	4,541 \pm 0,143
Вторая группа	5,513 \pm 0,423	4,976 \pm 0,241

Результаты

Эффективность терапии БВ по нивелированию симптоматики составила 92% ($n = 46$). Длительность ремиссии в группе пациенток, получавших адъювантную терапию кремом дозированным Ацилакт Дуо, достигла 24,1 \pm 2,1 дня ($n = 24$), в группе сравнения – 19,9 \pm 2,3 дня ($n = 22$) ($p < 0,5$). Эффективность лечения БВ в группах показана в табл. 3.

У всех женщин определяли pH влагалища до и после терапии. Среднее значение pH влагалища у женщин первой и второй групп до начала терапии составило 5,5 \pm 0,4, после терапии в первой группе – 4,541 \pm 0,143, во второй – 4,976 \pm 0,241 (табл. 4). Динамика изменений pH влагалища на фоне терапии представлена на рис. 1.

До и после терапии оценивали микробиоценоз влагалища пациенток методом ПЦР. При этом анализировали достижение пациентками нормоценоза влагалища на фоне терапии. У пациенток обеих групп до лечения выявлен дисбиоз влагалища различной выраженности (нормоценоз не обнаружен). После терапии на визите 2 (через 21 день) нормоценоз влагалища отмечался у 88%

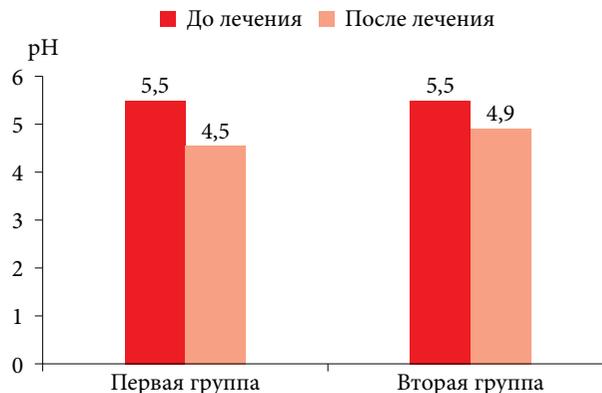


Рис. 1. Динамика изменений pH влагалища на фоне терапии ($p < 0,005$)

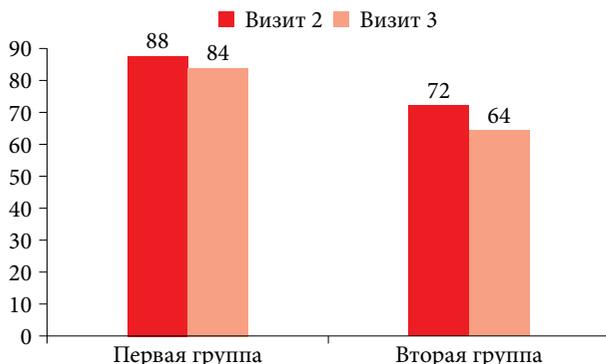


Рис. 2. Динамика изменения микрофлоры влагалища на фоне терапии (определение нормоценоза) ($p < 0,005$)

пациенток (22/25) первой группы и 72% (18/25) – второй, на визите 3 (через 45 дней) – у 84% (21/25) и 64% (16/25) пациенток соответственно (рис. 2).

Сравнительный анализ показал достоверные различия между первой и второй группами ($p < 0,005$). В отличие от пациенток второй группы у пациенток первой группы нормоценоз влагалища выявлялся чаще на визитах 2 и 3, что указывает на более высокую эффективность комплексного средства, содержащего ацидофильные бактерии + витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс Суперлимфлайф (Ацилакт Дуо).

Безопасность терапии оценивали у всех участниц исследования ($n = 50$). Отрицательной динамики не зафиксировано. Отмечались хорошая переносимость и высокая приверженность терапии. У одной (4%) женщины второй группы зарегистрировано нежелательное явление в виде аллергической реакции (отек слизистой влагалища), в связи с чем терапию отменили до окончания исследования.

Обсуждение

В научной литературе рядом авторов описано применение крема дозированного Ацилакт Дуо в клинической практике. А.Т. Уруймагова и соавт. проводили исследование с участием 116 женщин в возрасте 18–49 лет с рецидивирующим БВ. У всех пациенток отмечались обострения БВ (четыре эпизода и более) в течение последнего года. В первой группе проводилась одноэтапная терапия (метронидазол 500 мг и миконазола нитрат 100 мг – одна свеча два раза в день в течение семи дней), во второй группе – одноэтапная терапия + добавление на втором этапе Ацилакта Дуо интравагинально один раз в сутки в течение десяти дней. Двухэтапная терапия с применением Ацилакта Дуо способствовала нормализации микрофлоры у 90% пациенток. Количество женщин с повышенным уровнем рН $> 4,5$ было достоверно ниже в группе Ацилакта Дуо ($p < 0,05$). Двухэтапная терапия с Ацилактом Дуо обеспечила более устойчивое восстановление нормальных показателей лактофлоры, снижение частоты рецидивов за счет выработки определенных цитокинов (интерлейкин 1, фактор некроза опухоли альфа) и последующей нормализации местного иммунного ответа. В группе двухэтапной терапии

с Ацилактом Дуо наблюдалась тенденция к снижению уровня экспрессии провоспалительных маркеров и повышению противовоспалительных маркеров ($p < 0,05$). Таким образом, двухэтапная терапия с использованием Ацилакта Дуо ассоциируется со стойким уменьшением количества жалоб, в то время как спустя три месяца после одноэтапной терапии большинство жалоб возвращается [23].

Ю.Э. Доброхотова и соавт. также оценивали снижение частоты рецидивов БВ на фоне двухэтапного комплексного лечения. Пациентки с БВ были разделены на три группы. Возраст пациенток первой группы составил $30,7 \pm 4,4$ года, второй – $29,7 \pm 4,3$, третьей – $27,1 \pm 2,4$ года. 30 пациенток первой группы получали метронидазол вагинально по 500 мг два раза в сутки семь дней. 30 пациенткам второй группы на втором этапе проводилась терапия препаратом, содержащим *L. casei rhamnosus Doderleini* (вагинально по одной капсуле 14 дней). 29 пациенткам третьей группы на втором этапе назначали Ацилакт Дуо (вагинально по одной свече десять дней).

Анализ качественного и количественного состава влагалищной микрофлоры через месяц после лечения показал сохранение в первой группе самых низких уровней лактофлоры, самых высоких титров и разнообразия микрофлоры. Наибольший уровень лактобактерий отмечался у пациенток третьей группы. Через три месяца после окончания терапии уровень бактериального обсеменения сохранялся в пределах $5 \lg$ у пациенток второй и третьей групп, а в первой группе он превышал 10^6 ГЕ/мл. У пациенток третьей группы количество лактобактерий превышало аналогичные показатели в первой и второй группах. Спустя шесть месяцев по завершении терапии абсолютный нормоценоз влагалища зафиксирован у 56,7% пациенток первой группы, 80% пациенток второй и 82,7% пациенток третьей группы [24].

Результаты нашего исследования согласуются с полученными ранее данными о нормализации микроценоза, увеличении количества лактобактерий и закислении рН, что способствует удлинению периода ремиссии.

Выводы

Инфекционно-воспалительные заболевания урогенитального тракта, включая бактериальный вагиноз, в том числе при бессимптомном течении, представляют серьезную проблему для женщин репродуктивного периода. Одной из причин рецидивирующего течения воспалительных заболеваний урогенитального тракта наряду с качественными и количественными особенностями микрофлоры являются свойства локального и/или системного иммунитета.

Таким образом, ацидофильные бактерии + витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс Суперлимфлайф (Ацилакт Дуо) быстро восстанавливает оптимальную кислотность влагалища (показатель рН) и способствует росту численности полезных лактобактерий (молочнокислых бактерий), что создает оптимальную и естественную микрофлору, препятствующую появлению дисбиоза у пациенток репродуктивного возраста. 📌



Литература

1. Vrees R.A. Evaluation and management of female victims of sexual assault. *Obstet. Gynecol. Surv.* 2017; 72 (1): 39–53.
2. Unger E.R., Fajman N.N., Maloney E.M., et al. Anogenital human papillomavirus in sexually abused and nonabused children: a multicenter study. *Pediatrics.* 2011; 128 (3): e658–e65.
3. Kreimer A.R., Rodriguez A.C., Hildesheim A., et al.; CVT Vaccine Group. Proof-of-principle evaluation of the efficacy of fewer than three doses of a bivalent HPV16/18 vaccine. *J. Natl. Cancer Inst.* 2011; 103 (19): 1444–1451.
4. Айламазян Э.К., Шипицына Е.В., Савичева А.М. Микробиота женщины и исходы беременности. *Журнал акушерства и женских болезней.* 2016; LXV (4): 6–14.
5. Claydon E., Murphy S., Osborne E.M., et al. Rape and HIV. *Int. J. STD AIDS.* 1991; 2 (3): 200–201.
6. Murphy S., Kitchen V., Harris J.R., Forster S.M. Rape and subsequent seroconversion to HIV. *BMJ.* 1989; 299 (6701): 718.
7. Du Mont J., Myhr T.L., Husson H., et al. HIV postexposure prophylaxis use among Ontario female adolescent sexual assault victims: a prospective analysis. *Sex. Transm. Dis.* 2008; 35 (12): 973–978.
8. Neu N., Heffernan-Vacca S., Millery M., et al. Postexposure prophylaxis for HIV in children and adolescents after sexual assault: a prospective observational study in an urban medical center. *Sex. Transm. Dis.* 2007; 34 (2): 65–68.
9. Loutfy M.R., Macdonald S., Myhr T., et al. Prospective cohort study of HIV post-exposure prophylaxis for sexual assault survivors. *Antivir. Ther.* 2008; 13 (1): 87–95.
10. Announcement: updated guidelines for antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV – United States, 2016. *MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep.* 2016; 65 (17): 458.
11. Ford N., Venter F., Irvine C., et al. Starter packs versus full prescription of antiretroviral drugs for postexposure prophylaxis: a systematic review. *Clin. Infect. Dis.* 2015; 60 (Suppl 3): S182–S186.
12. Jenny C., Crawford-Jakubiak J.E., Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics.* 2013; 132 (2): e558–e567.
13. Girardet R.G., Lahoti S., Howard L.A., et al. Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. *Pediatrics.* 2009; 124 (1): 79–86.

(АЦИДОФИЛЬНЫЕ БАКТЕРИИ + СУПЕРЛИМФЛАЙФ*)

СПОСОБСТВУЮТ ВОССТАНОВЛЕНИЮ МУКОЗАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА И МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА



*СУПЕРЛИМФЛАЙФ – витаминно-минеральный белково-пептидный комплекс

1. А.Т. Уруймагова, В.Н. Прилепская, Е.А. Межевитнинова, А.Е. Донников, П.Р.Абанарова, З.Р. Довлетханова, К.И. Гусаков, А.А. Одыванова «Эффективность и приемлемость двухэтапной терапии рецидивирующего бактериального вагиноза» *Акушерство и Гинекология*, №11 2021
2. Ю.Э. Доброхотова, Е.И. Боровикова, С.А. Залеская «Атрофический вагинит у пациенток репродуктивного возраста» *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*, №3 2021
3. Аннотация

АЦИЛАКТ DUO

крем дозированный для интимной гигиены

БАЛАНС И ПОДДЕРЖКА!

УНИКАЛЬНЫЙ СОСТАВ СПОСОБСТВУЕТ:

- Восстановлению баланса микробиоты влагалища^{1,2,3}
- Поддержанию уровня pH на физиологическом уровне^{2,3}
- Нормализации местного иммунного ответа^{1,2}
- Снижению воспалительных проявлений³
- Повышению устойчивости к различному роду инфекций³
- Снижению частоты рецидивирования^{1,2}



000 «ЦИ «Иммунохелп»
105187 г. Москва, ул. Щербановская д.53 к.15,
Тел/факс: +(495) 729-49-20
email: info@immunohelp.ru

14. Schwandt A., Williams C., Beigi R.H. Perinatal transmission of *Trichomonas vaginalis*: a case report. *J. Reprod. Med.* 2008; 53 (1): 59–61.
15. Adachi K., Nielsen-Saines K., Klausner J.D. Chlamydia trachomatis infection in pregnancy: the global challenge of preventing adverse pregnancy and infant outcomes in sub-Saharan Africa and Asia. *BioMed Res. Int.* 2016; 2016: 9315757.
16. Sabeena S., Bhat P., Kamath V., Arunkumar G. Possible non-sexual modes of transmission of human papilloma virus. *J. Obstet. Gynaecol. Res.* 2017; 43 (3): 429–435.
17. Adams J.A., Farst K.J., Kellogg N.D. Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: an update for 2018. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2018; 31 (3): 225–231.
18. Kellogg N.D., Melville J.D., Lukefahr J.L., et al. Genital and extragenital gonorrhoea and chlamydia in children and adolescents evaluated for sexual abuse. *Pediatr. Emerg. Care.* 2018; 34 (11): 761–766.
19. Gavril A.R., Kellogg N.D., Nair P. Value of follow-up examinations of children and adolescents evaluated for sexual abuse and assault. *Pediatrics.* 2012; 129 (2): 282–289.
20. Bandea C.I., Joseph K., Secor E.W., et al. Development of PCR assays for detection of *Trichomonas vaginalis* in urine specimens. *J. Clin. Microbiol.* 2013; 51 (4): 1298–1300.
21. Gallion H.R., Dupree L.J., Scott T.A., Arnold D.H. Diagnosis of *Trichomonas vaginalis* in female children and adolescents evaluated for possible sexual abuse: a comparison of the InPouch TV culture method and wet mount microscopy. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2009; 22 (5): 300–305.
22. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, AIDSinfo; 2020 // aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/pediatricguidelines.pdf.
23. Уруймагова А.Т., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А. и др. Дисбиотические нарушения и показатели врожденного иммунитета при бактериальном вагинозе. *Акушерство и гинекология.* 2021; 9: 28–35.
24. 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): 3.

The Effectiveness of the Dosed Cream Acilact Duo in Patients with Bacterial Vaginosis

Ye.V. Tikhomirova, PhD, V.Ye. Balan, PhD, Prof., Ye.V. Kruchinina, P.V. Balan, PhD, S.A. Orlova, Yu.P. Titchenko, PhD, Ye.A. Levkovich, V.Ya. Yatsyuk, PhD, Prof.

Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology

Contact person: Yelena V. Tikhomirova, heltik03@gmail.com

Bacterial vaginosis is a clinical condition in which the normal vaginal microflora, predominantly lactobacilli, is replaced by other microorganisms, mainly anaerobes. The goal of treating bacterial vaginosis is to restore the normal microflora of the vagina, to delay the growth of microorganisms that are not characteristic of this vaginal microocenosis.

The purpose of the study was to evaluate the effectiveness of various methods of combined two-stage treatment of bacterial vaginosis in women of reproductive age.

Material and methods. The study included 50 patients aged 18 to 45 years (mean age 29.6 ± 4.5 years) with bacterial vaginosis. The first group consisted of 25 patients who received Clindamycin 2% cream for 7 days, dose vaginally at night. For the second stage of therapy in this 1 group, acidophilus bacteria + vitamin-mineral-protein-peptide complex Superlimfly (Acylact Duo) were used, suppository time per day at night intravaginally for 10 days. The second group consisted of 25 patients who received Clindacimin cream for 7 days, dose vaginally at night. For the second stage of therapy, a preparation containing a lyophilized culture of lactobacilli *L. casei rhamnosus Doderleini* was used, at least 1×10^8 CFU, capsule in the vagina at night for 14 days.

Results. The effectiveness of BV therapy was 49% ($n = 46$). The duration of remission was 24.1 ± 2.1 days ($n = 24$) in the group of women receiving adjuvant therapy with Acilact Duo dosed cream, and 19.9 ± 2.3 days ($n = 22$) in the comparison group. In all patients, the average vaginal pH before therapy was 5.5 ± 0.4 . In group 1 participants, after therapy, the pH was 4.54 ± 0.143 , in group 2 patients, the average vaginal pH was 4.976 ± 0.241 . Among the patients of both groups, vaginal dysbiosis of varying severity was detected before treatment (normocenosis was not detected). After therapy, in patients of group, normocenosis of the vagina was achieved in 88% (22/25), in participants of group 2, normocenosis was noted in 72% (18/25). At visit (in 45 days) in women of the group 1 84% (21/25), in the participants of the group 2 – normocenosis was noted in 64% (16/25).

Conclusions. Acidophilic bacteria + vitamin-mineral-protein-peptide complex Superlymfly (in which dosed Acylact Duo) quickly restores the optimal acidity of the vagina (pH value) and promotes the growth of the number of beneficial lactobacilli, as a result of which it creates an optimal and natural microflora that prevents the appearance of dysbiosis in patients of reproductive age.

Key words: reproductive age, bacterial vaginosis, microbiome, pH of the vaginal contents, femoflor, peptide-protein complex of pig blood leukocytes, lactobacilli, microbiota of the vagina