

DOI: 10.31793/2413-5461.2025.14-2.48

І.В. Козловський

ДНП «Львівський національний
медичний університет імені Данила
Галицького»

УДК 618.14

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ЖІНОК ІЗ БАКТЕРІАЛЬНИМ ВАГІНОЗОМ

Резюме. Виконано дослідження з метою вивчення ефективності комплексного лікування пацієнток із бактеріальним вагінозом порівняно з традиційною антибактеріальною терапією. **Матеріал і методи.** Під спостереженням перебувало 56 жінок репродуктивного віку з діагнозом «бактеріальний вагіноз». Пацієнток було розділено на чотири групи. До першої групи увійшло 10 жінок, які попередньо отримували антибактеріальну терапію з приводу екстрагенітальних захворювань. Жінкам призначали вагінальний крем із кліндаміцином та міконазолом із подальшим інтравагінальним використанням препарату Ревітакса і системного пробіотика Біфіформула. Другу групу становили 10 жінок, які попередньо отримували антибактеріальну терапію з приводу екстрагенітальних захворювань. Пацієнткам призначали препарат Ревітакса та Біфіформула без використання антибактеріальних препаратів. Третю групу сформовано із 23 жінок, які не отримували попередньо антибактеріальну терапію. Їм призначали комбіновану терапію, яка, окрім антибактеріального крему, включала інтравагінальний препарат Ревітакса та системний пробіотик Біфіформула. Двадцять трьом жінкам четвертої групи призначали антибактеріальний крем із подальшим застосуванням препарату Ревітакса. Контроль за ефективністю лікування проводили за клініко-лабораторним перебігом захворювання на основі динаміки змін скарг пацієнток, оцінки даних рН-метрії (7-ма, 21-ша та 60-та доба спостереження від початку лікування); оцінку біоценозу проводили за допомогою тест-системи «Фемофлор-16» на 7-й і 21-й день від початку лікування. **Результати** дослідження показали, що комплексне лікування бактеріального вагінозу із використанням антибактеріального вагінального гелю, Ревітакса та пробіотика Біфіформула ефективно й швидко відновлює вагінальне середовище, сприяє усуненню системного дисбіозу, нормалізації інтравагінальної мікрофлори та дозволяє зменшити кількість рецидивів бактеріального вагінозу.

Ключові слова: бактеріальний вагіноз, лікування, інтравагінальні форми, пробіотики.

Нормальна мікрофлора людини – сукупність мікробіоценозів, що займають численні екологічні ніші на шкірі та слизових оболонках у місцях контакту організму людини з навколишнім середовищем [1].

Мікробіоценоз є досить чутливим індикатором, що реагує кількісними та якісними змінами на будь-які зрушення зовнішнього і внутрішнього середовища. Зміна чисельності того чи іншого виду мікроорганізмів у біотопі або поява невластивих для даного місця проживання бактерій є сигналом про адаптивні або незворотні зміни у відповідній ланці мікроекологічної системи.

Порушення стану вагінального мікробіому маніфестується розвитком бактеріального вагінозу, неспецифічного та кандидозного запалень слизової піхви. Найбільш поширеним патологічним синдромом жінок репродуктивного віку є бактеріальний вагіноз (БВ) [1].

Вчення про вагінальний біоценоз нині перебуває в центрі уваги багатьох науковців та лікарів. Функціонування й злагоджена взаємодія усіх

ланок мікроекосистеми забезпечується діяльністю імунної та ендокринної систем, відображає їх функціональний стан і залежить від чинників як внутрішнього, так і зовнішнього середовища. Порушення в одній із цих ланок незмінно викликає порушення мікроекології піхви, які в подальшому можуть призвести до розвитку запальних процесів генітального тракту.

Встановлено, що бактеріальний вагіноз не лише впливає на якість життя пацієнтки, але є фактором ризику виникнення важкої патології жіночих статевих органів, яка призводить до ускладнень вагітності та пологів.

БВ збільшує ризик розвитку:

- самовільного переривання вагітності;
- передчасних пологів;
- передчасного відходження навколоплідних вод;
- хоріоамніоніту;
- внутрішньоутробного інфікування плода;
- метроендометриту, перитоніту, сепсису в пологах і післяпологовому періоді;
- інфікування новонароджених.

Вагінальний мікробіом – динамічна система, яка під впливом фізіологічних ендогенних чинників (вік, фаза менструального циклу та ін.) має здатність періодично змінюватися. У нормі це тимчасові зміни, які не впливають на здоров'я жінки [1, 2].

Значний вплив на стан вагінального мікробіому мають і численні екзогенні фактори, а саме: порушення гігієни, зокрема часте спринцювання, куріння та інші шкідливі звички, психоемоційні стреси, застосування антибактеріальних, гормональних, протизаплідних, імуносупресивних препаратів, цитостатиків, променевої терапії [2].

Перебіг бактеріального вагінозу (БВ) у сучасних умовах характеризується такими особливостями:

1. У більшості випадків має безсимптомний або малосимптомний перебіг.
2. Часто є основною причиною гнійно-септичних ускладнень при перериванні вагітності, пологах тощо.
3. Є причиною висхідної інфекції сечостатевого шляху.
4. У 60% діагностується мікст-інфекція.
5. Діагностується в 15-20% вагітних жінок.
6. БВ та дисбактеріоз ШКТ є варіантом єдиного дисбіотичного процесу в організмі.

Нині пропонується багато методів для корекції вагінальної мікрофлори. Незважаючи на наявність численних схем і терапевтичних підходів, пошук ефективного методу лікування триває й досі.

На сьогодні, з огляду на важливість нормального мікробіому для репродуктивного здоров'я жінки, численні науковці застосовують комплексний підхід до лікування, який передбачає як усунення збудників БВ, так і відновлення фізіологічної мікрофлори піхви та інших органів.

Доведено, що збудники бактеріального вагінозу здатні формувати багатокомпонентні мікробні вогнища (біоплівки), що вважається ключовим фактором патогенезу БВ і призводить до частих рецидивів хвороби [2].

Патологічні біоплівки створюють суттєвий опір як протимікробним захисним реакціям організму жінки, так і медикаментозним препаратам [3, 4].

Використання протимікробних препаратів, зокрема метронідазолу, у багатьох випадках може бути малоефективним унаслідок нездатності цих медикаментозних середників проникати всередину патологічної біоплівки. Руйнування біоплівок є значно ефективнішим за наявності кислого середовища [5].

Лікування бактеріальних вагінозів антибактеріальними препаратами дозволяє швидко усунути симптоми. Однак дисмікробіоценоз піхви посилюється, оскільки антибактеріальна терапія призводить до зниження колонізаційної резистентності вагінального біотопу та підвищення

чутливості до антибіотиків. Одночасно відбувається пригнічення пулу лактобацил, що веде до потенціювання загальних процесів дисбактеріозу (рецидиву) та підтримує лужне середовище. Лужне середовище пригнічує ріст лактобактерій, у результаті чого формується накопичення штамів, що не продукують пероксиди. При застосуванні антимікробних препаратів відсутнє відновлення кислого середовища піхви – найбільш важливого фактора протиінфекційного захисту [6, 7].

Відновлення адекватного стану мікроекології статевих шляхів базується на створенні оптимального рН для домінуючого впливу нормальних представників даного біотопу. Тому патогенетична терапія запальних станів статевих органів має бути спрямована на підтримку та відновлення нормального росту лактобацил. Переважання природних бактеріальних протекторних агентів не лише сприятиме відновленню колонізаційної резистентності вагінального біотопу, але й дозволить знизити частоту рецидивів порушень мікроценозу піхви [6, 8].

Доцільність використання пробіотиків у лікуванні дисбіозу піхви була обґрунтована канадським вченим A.W. Bruce ще в 70-х роках минулого сторіччя і в подальшому переконливо підтверджена численними дослідженнями як урологів, так і акушер-гінекологів [7-9].

Мета дослідження

Вивчення ефективності комплексного лікування пацієнток із бактеріальним вагінозом порівняно з традиційною антибактеріальною терапією.

Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням перебувало 56 жінок репродуктивного віку, які звернулися зі скаргами на дискомфорт у ділянці зовнішніх статевих органів, що проявлявся надмірною кількістю піхвових виділень та/або неприємним запахом і свербіжем у цій зоні.

До звернення в клініку 20 (35,7%) хворих отримували антибіотикотерапію з приводу екстрагенітальної патології. Дванадцять (21,4%) пацієнток спостерігалися з приводу безпліддя, до застосування допоміжних репродуктивних технологій готувалися 6 (10,7%) жінок. Середній вік пацієнток становив $28,7 \pm 7,2$ року. Історію лікування бактеріального вагінозу в анамнезі мали 18 (32,2 %) жінок, із них 5 (27,8%) пацієнток відзначали рецидивуючий перебіг захворювання з частотою 2-4 рецидиви на рік.

Відповідно до сучасних уявлень про клінічну діагностику БВ, його виявлення здійснювали з урахуванням скарг пацієнток та характеру піхвових виділень, а також шляхом застосування лабораторних методів: оцінки рівня рН вагінального вмісту, амінотесту з 10% розчином КОН і

мікроскопії мазка з піхви, яка мала першочергове значення. Бактеріоскопічну картину мазків оцінювали за класифікацією Е.Ф. Кира (1995). У дослідження включали жінок, у яких кількість лактобактерій була мінімальною або взагалі відсутня, з наявністю поліморфної грамнегативної та грампозитивної паличкової і кокової флори.

Мікробіологічне обстеження вагінальних виділень було проведено до призначення лікування. Мікробіоценоз урогенітального тракту оцінювали методом ПЛР у режимі реального часу за допомогою тест-системи «Фемофлор-16».

Під час дослідження у всіх жінок було виключено наявність специфічних генітальних інфекцій (трихомоніаз, хламідіоз, гонорея, мікоплазма геніталіум); пацієнтки також пройшли обстеження на сифіліс та ВІЛ.

Контингент обстежених жінок за віком, даними загального та акушерсько-гінекологічного анамнезу суттєво не відрізнявся. Порівняння проводили, керуючись принципами відбору пацієнток з однаковими нозологіями та соматичним фоном.

Залежно від анамнезу (лікування антибактеріальними препаратами) та обраної терапії БВ пацієнток було розділено на чотири групи.

До першої групи увійшло 10 жінок із БВ, які попередньо отримували антибактеріальну терапію з приводу екстрагенітальних захворювань. Жінкам призначали вагінальний крем із кліндаміцином і міконазолом із подальшим інтравагінальним використанням препарату Ревітакса та системного пробіотика Біфіформула.

Другу групу становили 10 жінок із БВ, які попередньо отримували антибактеріальну терапію з приводу екстрагенітальних захворювань. Пацієнткам призначали препарат Ревітакса та Біфіформула без використання антибактеріальних препаратів.

Третю групи сформовано із 23 жінок із БВ, які не отримували попередньо антибактеріальну терапію. Їм призначали комбіновану терапію, яка, окрім антибактеріального крему, включала інтравагінальний препарат Ревітакса та системний пробіотик Біфіформула.

Двадцять трьом жінкам четвертої групи призначали антибактеріальний крем із подальшим застосуванням препарату Ревітакса.

Як антибактеріальну терапію застосовували локальні форми кліндаміцину з міконазолом у вигляді вагінального крему протягом 3 днів. Кліндаміцин проявляє активність проти мікроорганізмів, які викликають бактеріальний вагіноз, зокрема *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus mulieris*, *Mobiluncus curtisii*, *Mycoplasma hominis*, та анаеробів (види *Peptostreptococcus* та *Bacteroides*). Міконазол – місцевий протигрибковий та

антибактеріальний препарат широкого спектра дії групи імідазолу.

Як другий етап терапії всім пацієнткам призначали комбінацію Ревітакса та Біфіформула.

Ревітакса – комбінація природних речовин із достатньо вираженою регенеративною, антисептичною, протизапальною, імуностимулюючою дією. Використовується для швидкого відновлення слизової оболонки піхви. Гіалуронова кислота (гіалуронат) – це природний полісахарид, який вкриває слизову оболонку піхви. Гіалуронат сприяє загоєнню, усуває запальні реакції, створює захисний бар'єр, зміцнює стінки піхви після діатермокоагуляції, лазерної терапії та кріотерапії шийки матки або піхви, а також забезпечує зволоження слизової в разі її сухості. Екстракт календули (*Calendula officinalis extract*) прискорює процеси відновлення, забезпечує протизапальний ефект, має антимікробну, протигрибкову, захисну, імуностимулюючу дію. Екстракт алое (*Aloe vera extract*) посилює локальний імунітет, стимулює обмін речовин у тканинах, завдяки чому чинить загоювальну, протимікробну й протизапальну дію, усуває запалення та подразнення, стимулює відновлення слизової оболонки піхви. Алое містить вітамін С, який пригнічує ріст патогенних бактерій, знижує рН піхви, сприяє відновленню показників рН та підтримці нормальної мікрофлори піхви. Екстракт олії чайного дерева (*Tea tree oil extract*) чинить потужну протизапальну, протигрибкову, бактерицидну дію. Біологічно активні речовини чайного дерева зволожують слизову оболонку піхви. Екстракт центелли азійської (*Centella asiatica extract*) чинить антиоксидантну, регенеративну та антисептичну дію, стимулює синтез колагену, сприяє епітелізації й зміцненню стінок піхви.

Біфіформула рекомендована як додаткове джерело пробіотиків (лактобактерії – *Lactobacillus acidophilus*, біфідобактерії – *Bifidobacterium longum*), що позитивно впливають на кількість і якість складу нормальної кишкової та вагінальної флори, засвоєння й всмоктування поживних речовин, перистальтику кишечника, імунологічну реактивність організму з метою створення оптимальних дієтологічних умов для підтримки нормального мікробіоценозу організму, функціонування травної, імунної системи та загального зміцнення організму.

Контроль за ефективністю лікування проводили за клініко-лабораторним перебігом захворювання на основі динаміки змін скарг пацієнток, оцінки даних рН-метрії (7-ма, 21-ша та 60-та доба спостереження від початку лікування); оцінку біоценозу проводили за допомогою тест-системи «Фемофлор-16» на 7-й і 21-й день від початку лікування.

Статистична обробка результатів досліджень проводилася за допомогою комп'ютерних програм Statistica 6.0 та Excel 5.0. Відмінності вважали вірогідними при значенні $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

При БВ траплялися такі скарги (рис. 1, табл. 1): збільшення кількості вагінальних виділень (28 жінок), неприємний запах (19 жінок), рідше – свербіж (10 жінок), печіння (11 жінок), больові відчуття при статевому акті (8 жінок). Тринадцять пацієнток відзначали скарги на порушення з боку шлунково-кишкового тракту: здуття кишечника та нерегулярні випорожнення. У 29 пацієнток виявлено поєднання двох і більше скарг. Водночас у 6 пацієнток за наявності достовірних критеріїв бактеріального вагінозу жодних суб'єктивних скарг не відзначалося.

Під час мікроскопічного дослідження спостерігалася незначна кількість або повна відсутність лактобактерій, рясна поліморфна грамнегативна

та грампозитивна паличкова і кокова мікрофлора, а також наявність «ключових клітин».

Кількість лейкоцитів була варіабельною і часто не відповідала ступеню важкості дисбіозу піхви.

Згідно з даними літератури, у 20-55% жінок, що страждають на бактеріальний вагіноз, діагностують дисбактеріоз кишечника, що свідчить про єдиний дисбіотичний процес в організмі з домінуючим проявом у генітальній або травній системі. У нашому дослідженні розлади шлунково-кишкового тракту відзначали 23% пацієнток.

Основними представниками облигатної мікрофлори піхви жінок репродуктивного віку є лактобактерії, що відіграють ключову роль у підтримці нормального біоценозу піхви за рахунок високої конкуренції та антагонізму до більшості патогенних і умовно-патогенних бактерій. Лактобактерії метаболізують глікоген у глюкозу, а зрештою – у молочну кислоту, яка підтримує кислу реакцію вагінального вмісту (рН 3,8-4,4), необхідну для зростання самих лактобактерій.

Відновлення адекватного стану мікроекології статевих шляхів у жінок із БВ базується на створенні оптимального рН для домінуючого впливу нормальних представників даного біотопу. Переважання природних бактеріальних протекторних агентів не лише сприятиме відновленню колонізаційної резистентності вагінального біотопу, але й дозволить знизити частоту рецидивів порушень мікроценозу піхви. Таким чином, нормалізація рН піхвового вмісту слугує додатковим критерієм визначення ефективності лікування БВ.

У всіх жінок на початку лікування діагностовано зсув рН до лужного середовища (середній показник рН – 5,8). Нормалізація піхвового середовища спостерігалася в жінок усіх груп вже на 7-му добу лікування (середній показник рН – 4,35). При подальшому спостереженні встановлено, що у двох пацієнток четвертої групи показник рН становив 4,9 та 5,1. Динаміку змін рН у пацієнток представлено на рис. 2.

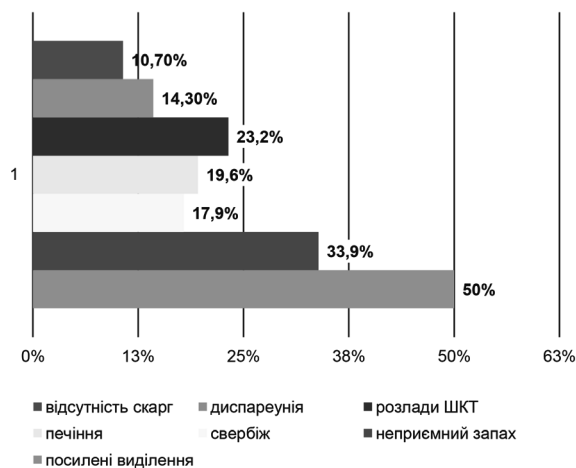


Рис. 1. Клінічні прояви бактеріального вагінозу

Таблиця 1. Динаміка скарг пацієнток

Скарги	До лікування (абс/%)				7-ма доба (абс/%)				21-ша доба (абс/%)				60-та доба (абс/%)			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Посилені виділення	4/40	4/40	9/39	11/48	1/10	2/20	2/9	2/9	-	1/10	-	3/13	-	1/10	1/4	2/9
Неприємний запах	2/20	2/20	7/30	8/35	-	-	-	1/4	-	-	-	-	-	-	-	-
Свербіж	1/10	1/10	5/22	3/13	-	-	1/4	1/4	-	-	-	1/4	-	-	-	1/4
Печіння	2/20	1/10	4/17	4/17	1/10	-	1/4	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Розлади ШКТ	3/30	3/30	4/17	3/13	1/10	1/10	1/4	1/4	-	-	-	-	-	-	-	-
Диспареунія	-	2/20	3/13	3/13	-	-	1/4	1/4	-	-	-	-	-	-	-	-
Відсутність скарг	-	1/10	3/13	2/9	7/70	7/70	17/74	17/74	10/100	9/90	23/100	19/83	10/100	9/90	22/96	20/87

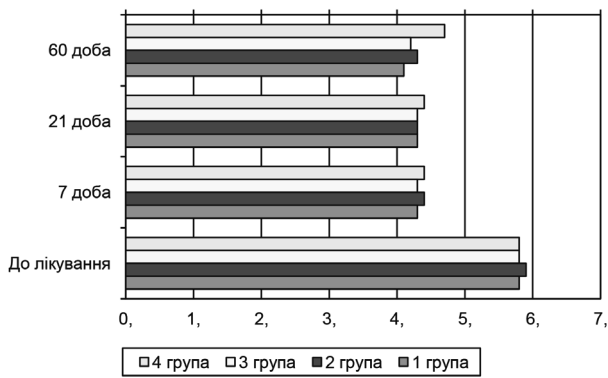


Рис. 2. Динаміка змін показників рН у лікованих жінок

Бактеріологічне обстеження проводилось до, під час та після лікування. Результати показали значне зменшення бактеріальної контамінації слизових статевих органів (табл. 2).

У більшості (84%) пацієнток при проведенні обстеження методом ПЛР виявлено виражений дисбіоз піхви. Порушення вагінального мікробіому полягало в значному переважанні аеробних та анаеробних умовно-патогенних мікроорганізмів при значному зменшенні (82%), а в деяких випадках (12%) і повній відсутності лактобацил. Помірний дисбіоз діагностовано в 9 (16%) обстежених жінок. Серед факультативно-аеробних мікроорганізмів найчастіше

Таблиця 2. Спектр мікроорганізмів біотопу піхви в жінок із бактеріальним вагінозом до, під час та після лікування

Мікроорганізми	До лікування				7-ма доба				21-ша доба			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Нормофлора												
<i>Lactobacillus spp.</i>	$10^{6,4}$	$10^{6,3}$	$10^{6,3}$	$10^{6,4}$	$10^{7,6}$	$10^{7,3}$	$10^{7,4}$	$10^{6,9}$	$10^{7,6}$	$10^{7,4}$	$10^{7,4}$	$10^{7,0}$
Факультативно-анаеробні мікроорганізми												
<i>Enterobacterium spp.</i>	$10^{5,2}$	$10^{5,1}$	$10^{5,1}$	$10^{5,1}$	$10^{4,8}$	$10^{5,1}$	$10^{4,6}$	$10^{4,6}$	н/в	н/в	н/в	$10^{4,6}$
<i>Streptococcus spp.</i>	$10^{4,7}$	$10^{4,8}$	$10^{4,6}$	$10^{4,7}$	н/в	$10^{3,7}$	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в
<i>Staphylococcus spp.</i>	$10^{3,3}$	н/в	$10^{3,2}$	$10^{3,2}$	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в
Облігатно-анаеробні мікроорганізми												
<i>Gardnerella vaginalis+Prevotella bivia+Porphyromonas spp.</i>	$10^{7,2}$	$10^{7,1}$	$10^{7,2}$	$10^{7,0}$	$10^{3,2}$	$10^{4,0}$	$10^{3,2}$	$10^{3,3}$	н/в	н/в	н/в	н/в
<i>Eubacterium spp.</i>	$10^{6,2}$	$10^{6,2}$	$10^{6,1}$	$10^{6,2}$	н/в	$10^{4,6}$	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в
<i>Sneathia spp.+Leptotrichia spp.+Fusobacterium spp.</i>	$10^{5,2}$	$10^{5,0}$	$10^{5,1}$	$10^{5,2}$	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в
<i>Megasphaera spp.+Veillonella spp.+Dialister spp.</i>	$10^{6,6}$	$10^{6,7}$	$10^{6,7}$	$10^{6,7}$	$10^{4,2}$	$10^{4,6}$	$10^{4,1}$	$10^{4,2}$	н/в	н/в	н/в	$10^{4,0}$
<i>Lachnobacterium spp.+Clostridium spp.</i>	$10^{7,4}$	$10^{7,3}$	$10^{7,2}$	$10^{7,3}$	$10^{4,8}$	$10^{4,8}$	$10^{4,6}$	$10^{4,6}$	$10^{4,2}$	$10^{4,3}$	$10^{4,2}$	$10^{4,2}$
<i>Mobiluncus spp.+Corinebacterium spp.</i>	$10^{6,8}$	$10^{6,9}$	$10^{6,7}$	$10^{6,8}$	$10^{4,1}$	$10^{4,4}$	$10^{4,0}$	$10^{4,1}$	$10^{3,2}$	$10^{3,3}$	$10^{3,2}$	$10^{3,2}$
<i>Peptostreptococcus spp.</i>	$10^{5,1}$	$10^{5,0}$	$10^{5,1}$	$10^{5,0}$	$10^{3,2}$	$10^{3,7}$	н/в	$10^{3,3}$	н/в	н/в	н/в	$10^{3,8}$
<i>Atopobium vaginae</i>	$10^{6,4}$	$10^{6,4}$	$10^{6,5}$	$10^{6,4}$	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в
Мікоплазми												
<i>Mycoplasma hominis</i>	$10^{6,0}$	$10^{5,9}$	$10^{6,1}$	$10^{6,0}$	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в
<i>Ureaplasma spp.</i>	$10^{4,4}$	$10^{4,3}$	$10^{4,3}$	$10^{4,2}$	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в
Дріжджоподібні гриби												
<i>Candida spp.</i>	$10^{4,5}$	$10^{4,5}$	$10^{4,6}$	$10^{4,5}$	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	н/в	$10^{4,6}$
Патогенні мікроорганізми												
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Не виявлено (н/в)											

виявляли *Enterobacterium spp.*, облигатно-анаеробні мікроорганізми найчастіше були представлені групами *Gardnerella vaginalis/Prevotella bivia/Porphyromonas spp.*, *Lachnobacterium spp./Clostridium spp.* та *Atopobium vaginae*.

Підвищення лактобацилярного компонента в 1,5-2 рази на 7-му та 21-шу добу дослідження відзначено у всіх жінок.

Значне зменшення кількості *Gardnerella vaginalis/Prevotella bivia/Porphyromonas spp.* на 7-му добу спостереження спостерігалось у всіх пацієнток, що отримували антибактеріальний гель на першому етапі лікування. Після завершення комплексної терапії зазначені мікроорганізми не були виявлені в жодній з жінок.

Відмічено, що в 13% жінок четвертої групи на 21-шу добу спостереження розвинувся генітальний кандидоз, що не встановлено в групах пацієнток, які отримували пробіотик Біфіформула.

У 5 (9%) з усіх обстежених жінок на 21-шу добу спостереження мікробіологічно зберігалися явища незначного дисбіозу (з них 3 пацієнтки з четвертої групи спостереження).

Загалом клінічна та мікробіологічна ефективність після завершення лікування БВ у першій

і третій групах була відмічена у всіх пацієнток, у другій групі – у 90%, у четвертій групі – у 83% жінок. При цьому клінічна ефективність (регресія скарг та нормалізація об'єктивних даних) у середньому відповідала 4,4 доби в першій групі, 5,8 доби – у другій групі, 4,2 доби – у третій та 4,4 доби – у четвертій групі.

Обстеження через 60 діб показало, що клінічно рецидив БВ мав місце у 4 (7%) пацієнток, дві з яких належали до четвертої групи спостереження.

Висновки

Комплексне лікування БВ із використанням антибактеріального вагінального гелю, Ревітакса та пробіотика Біфіформула ефективно й швидко відновлює вагінальне середовище, сприяє усуненню системного дисбіозу та нормалізації інтравагінальної мікрофлори.

У пацієнток із БВ, що виник на тлі застосування антибактеріальних препаратів, лікування можна проводити без застосування вагінального антибактеріального гелю.

Використання пробіотика Біфіформула дозволяє зменшити кількість рецидивів БВ.

Список використаної літератури

1. Янковский ДС. Микробиом и здоровье женщины (обзор литературы) / ДС Янковский, ВП Ширококов, ЮГ Антипкин, ТФ Татарчук, ГС Дымент. Репродуктивная эндокринология. 2015;24:13-28.
2. Swidsinski A, Mendling W, Loening-Baucke V, Ladnoff A, et al. Adherent biofilms in bacterial vaginosis. *Obstet Gynecol.* 2005;106:1013-1023.
3. Patterson JL, Girerd PH, Karjane NW, Jefferson KK. Effect of biofilm phenotype on resistance of *Gardnerella vaginalis* to hydrogen peroxide and lactic acid. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197:170.
4. McMillan A, Dell M, Zellar MP, Cribby S, Martz S, Hong E, et al. Disruption of urogenital biofilms by lactobacilli. *Colloids Surf B Biointerfaces.* 2011;86:58-64.
5. Anukam K, Osazuwa E, Ahonkhai I, Ngwu M, Osemene G, Bruce AW. Augmentation of antimicrobial metronidazole therapy of bacterial vaginosis with oral probiotic *Lactobacillus rhamnosus* GR-1 and *Lactobacillus reuteri* RC-14: randomized, double-blind, placebo controlled trial. *Microb Infect.* 2006;8:1450-1454.
6. Cadieux P, Burton JC, Gardiner I. *Lactobacillus* strains and vaginal ecology. *JAMA.* 2002;287:1940-2041.
7. Bodean O, Munteanu O, Cirstoiu C, et al. Probiotics a helpful additional therapy for bacterial vaginosis. *J Med Life.* 2013;6(4):434-436.
8. Abad CL, Safdar N. The role of *Lactobacillus* probiotics in the treatment or prevention of urogenital infection – a systematic review. *J Chemother.* 2009;21(3):243-252.
9. Ehrström S, Daroczy K, Rylander E, Samuelsson C, et al. Lactic acid bacteria colonization and clinical outcome after probiotic supplementation in conventionally treated bacterial vaginosis and vulvovaginal candidiasis. *Microbes Infect.* 2010;12:691-699.

COMBINED TREATMENT OF WOMEN WITH BACTERIAL VAGINOSIS

I.V. Kozlovskyy

Abstract. Under the supervision were 56 women of reproductive age with a diagnosis of bacterial vaginosis. Patients were divided into 4 groups. The first group included 10 women who previously received antibiotic therapy on extragenital diseases. Women are administered clindamycin vaginal cream of miconazole and followed by intravaginal drug use Revitaxa and probiotic system Bififormula. The second group consisted of 10 women who have previously received antibiotic therapy on extragenital diseases. Patients administered the drug Revitaxa and Bififormula without using antibiotics. The third group is formed of 23 women who did not receive pre-antibiotic therapy. Prescribed combination therapy that, in addition to antibacterial cream included intravaginal drug Revitaxa and probiotic system Bififormula. 23 women fourth group administered antibacterial cream and then using the drug Revitaxa. Monitoring the effectiveness of the treatment was carried out by clinical and laboratory course of the disease based on the dynamic changes of complaints of patients, assessment data pH measuring (7, 21 and 60 day observation of treatment), assessment of the ecological community conducted a test system Femoflor 16 at 7 and 21 days of early treatment.

The results showed that the combined treatment of bacterial vaginosis with the use of antibacterial vaginal gel, Revitaxa and probiotic Bififormula effectively and quickly restores the vaginal environment helps eliminate dysbiosis system and the rapid return of the normal microflora vaginally, reduces the number of recurrences of bacterial vaginosis

Keywords: bacterial vaginosis, treatment, intravaginal forms, probiotics.

Для цитування: Козловський ІВ. Комплексне лікування жінок із бактеріальним вагінозом. Практикуючий лікар, 2025, № 2, с. 48-54. DOI: 10.31793/2413-5461.2025.14-2.48.

Адреса для листування: Козловський Ігор Валерійович, kozlovskyyi@gmail.com; Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів, вул. Пекарська, 69, Україна, 79010.

Інформація про авторів: Козловський Ігор Валерійович, канд. мед. наук, доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології ФПДО Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького. ORCID: 0000-0003-1245-6091.

Особистий внесок: Козловський І.В. — написання статті.

Фінансування: Немає джерел фінансування.

Декларація: Немає конфлікту інтересів.

Проходження статті: Надійшла до редакції 11.06.2025 р., прийнята на друкування 20.06.2025 р., надрукована 30.06.2025 р.

For citation: Kozlovskyy IV. Combined treatment of women with bacterial vaginosis. The Practitioner, 2025, № 2, p. 48-54. DOI: 10.31793/2413-5461.2025.14-2.48.

Correspondence address: Kozlovskyy IV, kozlovskyyi@gmail.com; Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Pekarska str., 69, Ukraine, 79010.

Information about the authors: Kozlovskyy IV, MD, PhD, assistant professor of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Faculty of the Postgraduate Education, Danylo Halytsky Lviv National Medical University. ORCID: 0000-0003-1245-6091.

Personal contribution: Kozlovskyy IV — writing an article.

Funding: No sources of funding.

Declaration of Ethics: No conflict of interest.

Article: Received 11.06.2025, accepted 20.06.2025, published 30.06.2025.