

Н.М. Подзолкова, Л.Г. Созаева

ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ,
РЕАБИЛИТАЦИЯ



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2020

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	4
Введение	5
Бактериальный вагиноз	8
Вульвовагинальный кандидоз	43
Папилломавирусная инфекция в акушерстве и гинекологии	64
Генитальный герпес	104
Реабилитация (<i>Евстигнеева И.С., Лутошкина М.Г.</i>) . . .	130
Заключение	146
Список литературы	148

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- ♣ — торговое наименование лекарственного средства и/или фармацевтическая субстанция
- Ⓟ — лекарственное средство не зарегистрировано в Российской Федерации
- ⊗ — лекарственное средство аннулировано в Российской Федерации
- БВ — бактериальный вагиноз
- ВВК — вульвовагинальный кандидоз
- ВИЧ — вирус иммунодефицита человека
- ВПГ — вирус простого герпеса
- ВПЧ — вирус папилломы человека
- ГГ — генитальный герпес
- ДНК — дезоксирибонуклеиновая кислота
- ПВИ — папилломавирусная инфекция
- ПЦР — полимеразная цепная реакция
- РШМ — рак шейки матки
- CI (*confidence interval*) — доверительный интервал
- SIN (*cervical intraepithelial neoplasia*) — цервикальная интраэпителиальная неоплазия
- OR (*odds ratio*) — отношение шансов

ВВЕДЕНИЕ

Инфекции вульвовагинального тракта занимают первое место в структуре гинекологической заболеваемости женщин репродуктивного возраста. Несмотря на очевидный прогресс в разработке барьерных методов контрацепции, совершенствовании местной и системной антибактериальной терапии, внедрении образовательных программ, адресованных в первую очередь подросткам, к сожалению, снизить заболеваемость этими инфекциями не удается. Скорее, наоборот, неспецифические вагиниты становятся все более серьезной проблемой не только с точки зрения их раннего возрастного дебюта, распространенности, высокой вероятности рецидивирующего течения, но и очевидного влияния вагинальных инфекций на функциональное состояние женских половых органов, следовательно, на репродуктивный потенциал пациенток фертильного возраста.

За последние годы благодаря развитию молекулярных методов диагностики и *omiks*-технологий сформировалось четкое представление об индивидуальности и многокомпонентности микробиоты влагалища, причем не только по видовому составу, но и по количественной характеристике каждого из ассоциантов. Одни и те же условно-патогенные микроорганизмы могут быть в идентичных (схожих) условиях возбудителями «неспецифических» (оппортунистических) вагинитов, а в других — неотъемлемой составляющей нормальной микрофлоры. Не вызывает сомнения, что нарушение количественных соотношений в бактериальном сообществе влагалища приводит к развитию клинических проявлений дисбиоза или воспалительных процессов.

Согласно статистическим данным, не менее 80% женщин из числа гинекологических больных, обращающихся в поликлиники и консультативные центры с различными видами вульвовагинитов, цервицитов, уретритов, имеют смешанную бактериально-грибково-трихомонадную инфекцию (рис. 1).

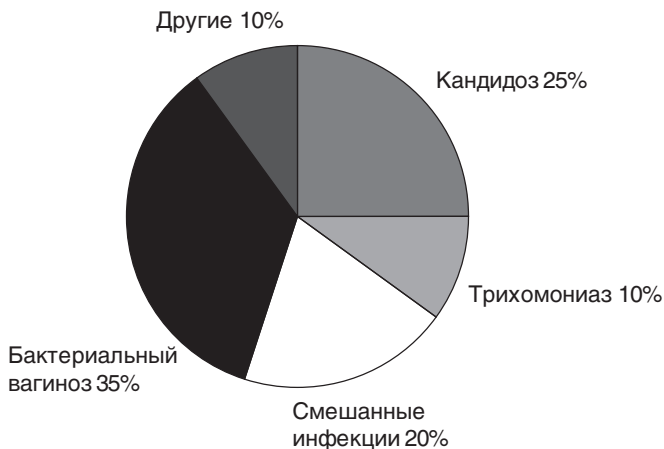


Рис. 1. Этиологическая структура вульвовагинальных инфекций

Параллельно с ростом заболеваемости и, к сожалению, широкого распространения бесконтрольного самолечения отмечается увеличение частоты антибиотик-ассоциированных осложнений, развития лекарственной устойчивости к большинству противомикробных, антимикотических и отчасти противовирусных препаратов на фоне изменения иммунологической реактивности организма и снижения его резистентности.

С этих позиций рациональная коррекция локального биоценоза должна проводиться не только антибактериальными и эубиотическими средствами, но и терапией, правильно учитывающей и влияющей на метаболизм всей микроэкосистемы влагалища.

Важнейшей составляющей комплекса мероприятий, направленных на восстановление микробиологического баланса вульвовагинального тракта, является коррекция микробно-тканевого комплекса кишечника, отвечающего за локальные эпителиальные и иммунопрофильные клеточные структуры. Вместе с клеточной составляющей важными элементами являются необходимые для микроорганизмов пробиотические комплексы перорального применения для потенцирования эубиотического эффекта интравагинально вводимых иммунобиологических препаратов.

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

Бактериальный вагиноз (БВ) — инфекционный, невоспалительный синдром, обусловленный дисбалансом вагинальной микрофлоры, вызванный резким снижением лактобактерий и повышением количества анаэробной условно-патогенной микрофлоры [3].

Синонимы: анаэробный вагиноз, аминокольпит, вагинальный дисбактериоз, «синдром дефицита лактобактерий». В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) эта нозология не зарегистрирована, так как термин «бактериальный вагиноз» появился после выхода указанной классификации в свет.

Эпидемиология — распространенность в различных популяциях женщин и в зависимости от расы, возраста, сопутствующих гинекологических и соматических заболеваний составляет от 17 до 80%. Столь высокие вариации статистических данных о заболеваемости БВ зависят от использования различных методов диагностики БВ, их неоднозначной трактовки, локальных особенностей женской популяции, социально-демографических факторов.

БВ — это патология экосистемы влагалища, вызванная усиленным ростом облигатно-анаэробных бактерий. Резкое снижение кислотности влагалища и концентрации лактобацилл осуществляется совокупностью нескольких инфекционных составляющих, вследствие чего БВ является полимикробным заболеванием.

Этиология. При данном заболевании, как правило, выявляют смешанную флору с явным доминированием **таких морфотипов микроорганизмов, как анаэробы, микроаэрофилы** (пептококки, пептострептококки, бактероиды, мобилункус, привателла, липтотрикс,

атопубис вагиналис, микоплазмы, гарднереллы), а также небольшого количества клеток вагинального эпителия. Массивное разрастание смешанной флоры связано с потерей «нормальных» лактобактерий, доминирующих в вагинальной экосистеме. Полезные лактобактерии (рис. 2, см. цв. вклейку):

- 1) воздействуют на эпителий влагалища;
- 2) продуцируют антибактериальные вещества и, вероятно,
- 3) влияют на регуляцию местного иммунитета влагалища.

В структуре инфекционных заболеваний женских половых органов репродуктивного возраста частота выявления БВ составляет 40–60%, у беременных — 20–25%.

БВ — это мультифакторный синдром. Основную роль в возникновении БВ отводят нарушению микробиоценоза влагалища, происходящему в результате воздействия экзогенных и эндогенных факторов.

Эндогенные факторы, способствующие нарушению микрофлоры влагалища:

- снижение количества H_2O_2 -продуцирующих лактобацилл;
- гормональные изменения;
- заболевания желудочно-кишечного тракта;
- воспалительные заболевания органов малого таза;
- снижение местного иммунитета.

Экзогенные факторы, способствующие нарушению микрофлоры влагалища:

- сопутствующее лечение антибиотиками, цитостатиками, глюкокортикоидами, противовирусными, противогрибковыми препаратами и др.;
- внутриматочные спирали, пессарии, диафрагмы, влагалищные тампоны и др.;
- погрешности гигиены половых органов;
- пороки развития или анатомические дефекты наружных половых органов и влагалища;

- применение спермицидов в качестве метода контрацепции;
- лучевая терапия.

Одним из основных факторов риска развития БВ является сексуальная активность, и большинство экспертов считают, что БВ не возникает у женщин, которые никогда не имели половых контактов [38]. Среди сексуально активных женщин дополнительными факторами риска являются наличие нескольких половых партнеров, проведение спринцеваний, курение, использование внутриматочной контрацепции, а также применение местных и/или системных антибактериальных препаратов [8].

Первичными возбудителями БВ считаются анаэробные бактерии — *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus spp.*, *Bacteroides spp.*, *Mycopla smahominis* и др. При этом, как правило, отсутствует выраженная воспалительная реакция со стороны влагалища, концентрация *Gardnerella vaginalis* повышается в 100 раз, а анаэробных микроорганизмов (*Bacteroides spp.*, *Peptococcus spp.*) — в 1000 раз и более. Параллельно увеличивается количество не продуцирующих H_2O_2 анаэробных лактобактерий, что способствует возникновению основного клинического симптома заболевания — белей. Происходит снижение концентрации факультативных лактобацилл, что приводит к уменьшению количества молочной кислоты, снижению кислотности влагалищного содержимого и росту анаэробов.

В сложной цепи патогенеза инфекционных заболеваний женских половых органов существенная роль отводится локальным и системным иммунным реакциям организма.

Местную иммунную защиту обеспечивают иммуноглобулины (sIgA, IgA, IgG, IgM, IgD, IgE), которые обуславливают антибактериальную активность слизи влагалища и канала шейки матки (рис. 3). Помимо этого, в составе влагалищного секрета присутствуют

антимикробные пептиды, уровень которых под действием циклических гормональных изменений, свойственных репродуктивному возрасту, претерпевает закономерные изменения: они снижаются и остаются на стабильно низком уровне на протяжении всей лютеиновой (секреторной) фазы. Кроме этого, в 2-ю фазу менструального цикла снижается активность клеточного звена иммунитета, в частности, подавляются созревание Т-клеток и натуральных киллеров, а также синтез фактора некроза опухоли- α [58].

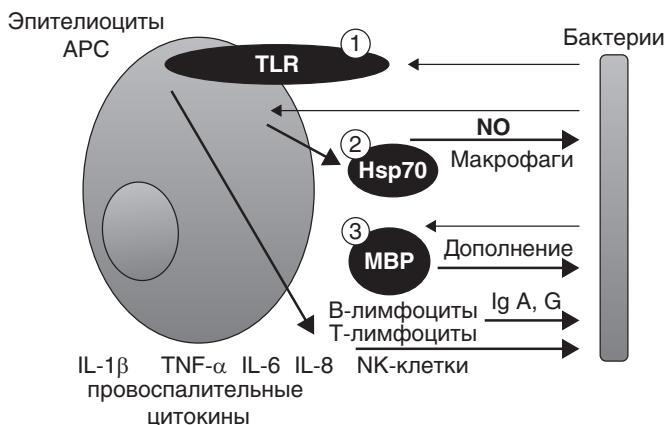


Рис. 3. Гипотеза изменения иммунитета при бактериальном вагинозе (Mirmonsef et al., 2010)

Вызванное микробами ингибирование активации Toll-Like Receptor может блокировать механизмы провоспалительного иммунного ответа и привести к пролиферации бактерий. Болезнь развивается в результате:

- ингибирования активации Toll-Like Receptor (сбороподобный рецептор);
- снижения продукции hsp70 (белок теплового шока 70 кДа);

- нарушения функции маннозосвязывающего лектина.

Снижение неспецифической резистентности у этих больных является одной из причин воспалительного процесса, рецидивирующего его течения, торможения регенерации и восстановления функции пораженных органов и тканей [5, 10].

В настоящее время установлено, что БВ является фактором риска не только рецидивирующего течения воспалительных заболеваний женских половых органов, но и осложнений беременности, родов и послеродового периода. Многочисленными исследованиями показано, что БВ в гинекологической практике может привести к плазмоцитоклеточному эндометриту, сальпингиту; воспалительным осложнениям после абортов, операций и инвазивных процедур, а в акушерстве — к хориоамниониту, послеродовому эндометриту, преждевременным родам, рождению детей с низкой массой тела (рис. 4) [2, 3, 6, 49].

В систематическом обзоре и метаанализах было доказано повышение риска развития интраэпителиальной неоплазии или плоскоклеточного интраэпителиального поражения у женщин с БВ (отношение шансов (odds ratio — OR) 1,15; 95% доверительный интервал (confidence interval — CI) 1,24–1,83). Кроме того, показано, что на фоне БВ сохраняется активная репликация вируса папилломы человека (ВПЧ), что также влияет на риск развития поражений шейки матки.

Резкое снижение уровня H_2O_2 -продуцирующих лактобактерий, вплоть до их полного уничтожения, является триггером многогранного комплекса последующих патологических изменений. К сожалению, до сих пор неизвестно, когда происходит исчезновение лактобактерий — до или после изменения флоры. Предстоит еще выяснить и глобальные причины уменьшения количества H_2O_2 -продуцирующих

Механизм воздействия инфекционного агента при бактериальном вагинозе

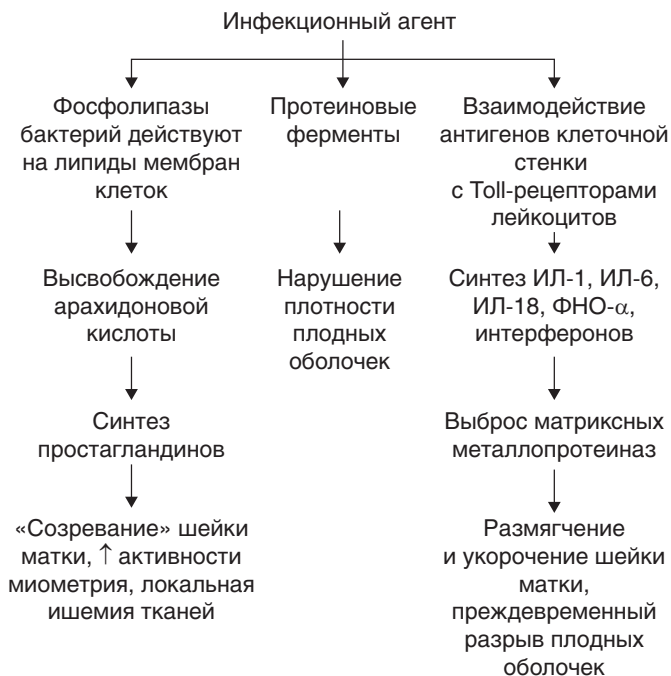


Рис. 4. Роль неспецифических урогенитальных инфекций в патогенезе самопроизвольных преждевременных родов (Кузьмин В.Н., Мурриева Г.А., 2013)

лактобактерий. Однако уже установлено, что прогрессирующее нарушение микроэкологии влагалища характеризуется ростом облигатных анаэробных бактерий, их уровень может увеличиваться в 1000 раз и более. Это приводит к еще большему угнетению роста и жизнедеятельности влагалищных лактобактерий. Анаэробные бактерии синтезируют ферменты-аминопептидазы, которые расщепляют пептиды до аминокислот, а затем до аминов, последние обуславливают

характерный для БВ «рыбный запах» — клинически значимый симптом данного заболевания. Амины способствуют еще большему сдвигу pH в сторону щелочной среды [19].

Таким образом, создаются условия для прикрепления бактерий, присутствующих во влагалище в большом количестве, к эпителиальным клеткам, которые слущиваются с поверхности слизистой оболочки влагалища. Зрелые эпителиальные клетки с адгезированными на них микроорганизмами, ассоциированными с БВ (гарднерелла, мобилункус, грамположительные кокки), носят название «ключевые» клетки (рис. 5).

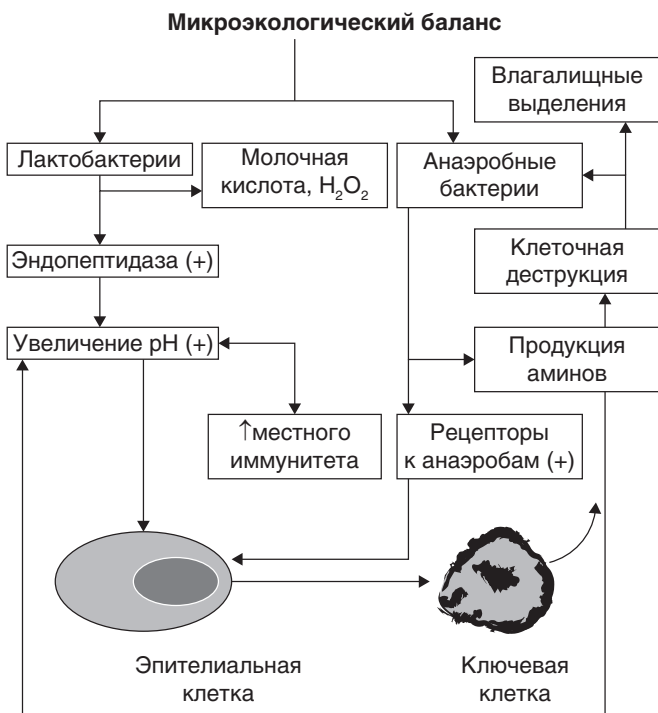


Рис. 5. Патогенез бактериального вагиноза

ДИАГНОСТИКА И ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Основными клиническими проявлениями БВ являются гомогенные выделения из влагалища, пенистые, слегка тягучие, белого или серого цвета с неприятным рыбным запахом. Продолжительность существования этих симптомов при отсутствии адекватного лечения может исчисляться годами. При длительно текущем процессе выделения приобретают желтовато-зеленоватую окраску, становятся более густыми, нередко напоминают творожистую массу, равномерно распределяются по стенкам влагалища без выраженного его воспаления. Количество белей варьирует от умеренных до весьма обильных, но в среднем составляет около 20 мл/сут.

В отношении специфичности таких клинических признаков, как зуд, диспареуния и дизурия, единого мнения нет. Большинство авторов справедливо считают, что эти симптомы неспецифичны для БВ, так как выявляются лишь у 15,9–22,9% пациенток и могут быть следствием иных гинекологических и экстрагенитальных заболеваний. Нередко женщины с БВ предъявляют жалобы на продолжительные и более обильные менструации, боли внизу живота, выделения из половых путей желтого цвета и др., однако данные симптомы также нельзя считать специфичными. Как правило, их появление требует тщательной дифференциальной диагностики с иными гинекологическими заболеваниями и прежде всего с воспалительными заболеваниями органов малого таза, вероятность которых выше у больных БВ [9, 10, 61].

Клинической особенностью БВ является отсутствие признаков воспаления (отека, гиперемии) стенок влагалища.

Кольпоскопическая картина характеризуется наличием дистрофических изменений (рис. 6,

см. цв. вклейку), которые нередко сочетаются с патологическими, как правило, доброкачественными, процессами шейки матки [37].

Описано и бессимптомное течение заболевания, при котором положительные лабораторные признаки БВ выявляются на фоне отсутствия каких-либо клинических проявлений заболевания.

В стандартный комплекс диагностических критериев БВ входят:

- *данные гинекологического исследования.* При наружном осмотре в области преддверия влагалища отмечаются типичные для БВ выделения. При этом обычно не наблюдаются покраснения и отечность наружных половых органов и стенок влагалища. Однако при наличии другой сопутствующей инфекции эти явления могут наблюдаться;
- *определение кислотности влагалищного отделяемого.* Величина pH влагалищного отделяемого также является одним из критериев диагностики БВ. Показатель pH влагалищного отделяемого у здоровых женщин репродуктивного возраста обычно менее 4,5. У пациенток с БВ этот показатель значительно выше, составляя обычно 5,0–6,0. Величина pH содержимого влагалища менее 4,5 фактически позволяет исключить наличие БВ. Для измерения pH используют специальные лакмусовые тестирующие полоски;
- *аминный тест.* Наличие неприятного рыбного запаха, который может быть подтвержден с помощью аминного теста. У здоровых пациенток под действием этого теста запах не появляется. Для проведения аминного теста на материал с содержимым влагалища воздействуют 10% раствором калия гидроксида (КОН 10%). Если при этом появляется рыбный запах, то

тест считается положительным. Аминный тест позволяет объективно поставить диагноз у 94% больных БВ;

- *микроскопическое исследование.* Одним из наиболее специфичных диагностических критериев БВ является обнаружение в отделяемом из влагалища ключевых клеток. Ключевые клетки (выявляются при микроскопическом исследовании) представляют собой зрелые клетки влагалищного эпителия с расположенными на них в большом количестве микроорганизмами. Среди женщин, у которых выявляются ключевые клетки, у 98,8% имеется БВ [47].

Положительный результат только одного из четырех приведенных тестов является недостаточным для постановки диагноза БВ, поэтому диагностически значимым следует считать наличие трех из четырех положительных признаков (критерии Амсея):

- выделения белого или серого цвета, покрывающие стенки влагалища;
- изменение кислотности влагалищного содержимого ($pH \geq 4,5$);
- положительный аминный тест;
- обнаружение ключевых клеток при нативной микроскопии вагинальных мазков (Bedside).

В настоящее время последний критерий рассматривается в качестве важнейшего и наиболее достоверного этапа диагностики БВ (рис. 7, см. цв. вклейку).

Чувствительность Амсель-критериев для постановки диагноза БВ составляет более 90%, а специфичность достигает 77%. Разработанные и предложенные в практику коммерческие экспресс-тесты (AffirmVPIII-тест, ОЗОМВВBluetest, FemExam и др.) для диагностики БВ широкого распространения не получили в связи с их дороговизной и высокой чувствительностью более простых и менее затратных критериев Амсея.

В 1991 г. R. Nugent предложил полуколичественный подсчет морфотипов бактерий в мазках вагинальной жидкости, окрашенных по Граму. В настоящее время 10-балльную шкалу используют в качестве золотого стандарта в диагностике БВ. Количество баллов в пределах 7–10 считается патогномоничным для БВ; от 4 до 6 — переходное состояние; от 0 до 3 — нормальный микробиоценоз (табл. 1).

Таблица 1

Определение морфотипа бактерий в мазках вагинальной жидкости (Nugent R., 1991)

Баллы*	Морфотипы <i>Lactobacillus spp.</i>	Морфотипы <i>G. vaginalis</i> , <i>Bacteroides spp.</i>	Изогнутые грамвариабельные палочки
0	4+	0	0
1	3+	1+	1+ или 2+
2	2+	2+	3+ или 4+
3	1+	3+	
4	0	4+	

* Баллы: 0 — отсутствие каких-либо морфотипов (бактериальных клеток) в поле зрения; 1+ — присутствует менее 1 морфотипа; 2+ — присутствует от 1 до 4 морфотипов; 3+ — присутствует от 5 до 30 морфотипов; 4+ — присутствует 30 морфотипов и более.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА

Следует подчеркнуть, что, согласно рекомендациям Центра по контролю и профилактике заболеваний США, а также данным российских исследователей, проводить лечение женщин с бессимптомным течением БВ не нужно, так как часто происходит спонтанное (без какого-либо лечебного вмешательства)

улучшение лабораторных показателей в течение нескольких месяцев. Терапия БВ необходима для купирования клинических проявлений у женщин с симптомами инфекции и профилактики послеоперационных осложнений у пациенток с бессимптомным течением заболевания.

Вместе с тем по-прежнему остаются актуальными проблемы, влияющие на эффективность стандартных схем терапии БВ. К ним относятся: снижение эффективности препаратов первой линии терапии и прежде всего производных нитроимидазола, высокая частота рецидивов заболевания (до 30–50%), связанная, в частности, с образованием бактериальной пленки.

Биопленка — это микробное сообщество, прикрепленное к субстрату и заключенное в матрикс синтезированных ими полимерных веществ. Биопленка как вирулентный механизм, усиливающий патогенность бактерий, формируется из колоний различных микробов. Впервые они были выявлены на клетках эпителия у пациенток с БВ, у которых доминировали виды *G. vaginalis* и *A. vaginae*. Наличие во влагалище биопленки обеспечивает значительное увеличение выживаемости микроорганизмов в присутствии агрессивных сред и реальное снижение эффективности антимикробных препаратов, способствует росту анаэробных бактерий и считается одной из вероятных причин частых рецидивов БВ.

Согласно современным клиническим стандартам, основанным на принципах доказательной медицины, при БВ в качестве первой линии терапии используется системное или местное применение препаратов группы нитроимидазола (метронидазола, тинидазола, секнидазола) и клиндамицина, а также антисептиков (деквалияния хлорида) [10–12, 19].

Клиническая эффективность метронидазола была доказана в рандомизированных плацебо-

контролируемых исследованиях и составила по критериям Амсея 90% [19]. Местная терапия БВ 0,75% гелем метронидазола (5 г × 1 раз в сутки в течение 5 дней) является столь же эффективной, как и пероральный прием препарата в течение 7 дней. При местной аппликации препарат вносится непосредственно во влагалище, где сосредоточено большое количество возбудителей заболевания, чем достигается высокая эффективность использования малых доз антимикробного препарата, с одной стороны, а с другой — практически исключается системное воздействие на здоровые ткани, снижается вероятность развития системных побочных реакций.

Вне зависимости от пути поступления лекарственного препарата в организм больной *основными задачами антибактериальной терапии БВ остаются: подавление условно-патогенной и патогенной флоры, восстановление роста лактобактерий, создание кислой среды.*

При стандартном лечении на первом этапе используются антибактериальные препараты (5-нитроимидазолы или клиндамицин) [33, 34]. Целью данного этапа лечения является эффективное подавление (эрадикация) патогенной и условно-патогенной флоры с обязательной профилактикой клинической манифестации суперинфекции, например кандидоза.

Эффективность клиндамицина была подтверждена в метаанализе сравнительных и плацебо-контролируемых рандомизированных исследований [8, 19]. Однако пероральный прием клиндамицина (300 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней) может сопровождаться развитием антибиотик-ассоциированных осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта. Учитывая это, при выборе тактики лечения больной нередко предпочтение отдается местному

(влагалищному) пути введения препаратов, который при БВ сопоставим по эффективности с системной антибактериальной терапией. Наиболее целесообразным является 7-дневный курс применения 2% крема вагинально. Возможно применение суппозиторий с клиндамицином по 100 мг интравагинально 1 раз в сутки в течение 3 дней. Вместе с тем следует подчеркнуть, что использование клиндамицина интравагинально привело к увеличению распространенности клиндамицин-устойчивых анаэробных бактерий почти в 3 раза (17% бактериальных штаммов до терапии, 53% — после терапии). При микробиологической оценке результатов лечения этот нежелательный эффект сохранялся у большинства пациенток, по крайней мере, в течение 90 дней после отмены терапии.

Тинидазол относится к II поколению нитроимидазолов. Он имеет более длительный период полураспада, чем метронидазол (12–14 ч по сравнению с 6–7 ч для метронидазола) и обладает меньшим спектром побочных эффектов [27]. Лечение рекомендовано назначать с 1 г тинидазола внутрь 1 раз в сутки в течение 5 дней. Возможна более короткая схема терапии (по 2 г/сут внутрь, 3 дня), однако она сопряжена с развитием большего количества побочных эффектов. Еще одним препаратом из группы 5-нитроимидазолов, рекомендованных для лечения БВ, является секнидазол. В рандомизированном двойном слепом исследовании было доказано, что однократный прием 2 г препарата внутрь так же эффективен, как и 7-дневный курс метронидазола по 500 мг 2 раза в сутки [8]. В отличие от метронидазола, есть данные об эффективности однократного применения 1 г секнидазола.

Альтернативой нитроимидазолам при лечении БВ являются антисептики для интравагинального использования. Наиболее изученным из препаратов

этой группы применительно к БВ является деквалиния хлорид (Флуомизин[®]).

Многоцентровое пострегистрационное рандомизированное исследование, проведенное на территории РФ (БИОС 1) 2-этапной схемы терапии БВ и неспецифического вульвовагинита с применением антисептика 10 мг деквалиния хлорида (Флуомизина[®]), показало не только высокую эффективность данного препарата, но и отсутствие серьезных нежелательных эффектов используемой местной терапии. Активная субстанция деквалиния хлорида (Флуомизина[®]) оказывает антисептическое и антибактериальное действия на большое количество грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, включая стрепто- и стафилококки, *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Proteus spp.*; анаэробы, грибы рода кандиды, трихомонады. При интравагинальном введении крайне незначительное количество деквалиния хлорида всасывается в системный кровоток и выводится в неконъюгированной форме через кишечник.

Динамика основных клинических проявлений БВ в процессе лечения деквалиния хлоридом представлена в табл. 2 и 3.

Непосредственно после окончания антибактериальной терапии в клинической практике обязательно не только проведение опроса больных относительно динамики основных симптомов заболевания, но и контрольной бактериоскопии. Клинико-лабораторными критериями эффективности лечения являются:

- купирование клинических симптомов заболевания;
- отсутствие ключевых клеток в мазках, окрашенных по Граму, или в нативном препарате;
- снижение рН влагалищного отделяемого $\leq 4,5$;
- отрицательный аминотест.