

<https://doi.org/10.34883/PI.2026.16.2.016>  
УДК 611.6:616-002:616-055.2:616-07



Можейко Л.Ф. ✉, Далидович В.С.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

## Комплексное лечение сочетанной инфекционно-воспалительной патологии урогенитального тракта у женщин в раннем репродуктивном периоде

**Конфликт интересов:** исследование проведено при поддержке ООО «ПиЭн БелРус»; компания не оказывала влияния на ход исследования и его результаты.

**Вклад авторов:** все авторы внесли существенный вклад в написание статьи.

Подана: 03.03.2026

Принята: 06.04.2026

Контакты: lfmozheiko@gmail.com

### Резюме

Одной из важнейших медико-социальных проблем в настоящее время является инфекционно-воспалительная патология урогенитального тракта, обусловленная условно-патогенными микроорганизмами, частота которых неуклонно растет. В большинстве исследований продемонстрирована роль условно-патогенных микроорганизмов как моновозбудителей воспалительных процессов урогенитального тракта, несмотря на тот факт, что многие заболевания носят полимикробный характер. Известно, что возникновению воспалительных процессов гениталий способствуют нарушения трофики тканей урогенитального тракта, вызванные эндогенными и экзогенными причинами. Ранний репродуктивный период характеризуется высокой частотой инфекционно-воспалительных заболеваний женских половых органов, что обусловлено поведенческими факторами (курение, ранняя сексуальная активность, частая смена половых партнеров и др.). При этом не только снижается качество жизни молодых женщин, но и нередко при отсутствии своевременного лечения могут развиваться воспалительные заболевания органов малого таза, аномальные маточные кровотечения, нарушения репродуктивной функции, невынашивание беременности. В последние годы наблюдается высокая частота рецидивирования указанной патологии, что диктует необходимость разработки новых подходов к ведению таких пациентов. Внедрение в клиническую практику комплексной терапии, включающей этиопатогенетическое лечение, с последующей прегравидарной метаболической подготовкой или, в случае отсутствия репродуктивных планов, назначение современных гормональных контрацептивов способствует увеличению длительности достигнутой ремиссии и сохранению репродуктивного здоровья молодых женщин.

**Ключевые слова:** вульвовагинит, цистит, ранний репродуктивный период, лечение, реабилитация

Mozejko L. ✉, Dalidovich V.  
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

## Comprehensive Treatment of Combined Infectious and Inflammatory Pathology of the Urogenital Tract in Women in the Early Reproductive Period

**Conflict of interest:** the study was conducted with the support of PN BelRus LLC; the company had no influence on the course of the study or its results.

**Authors' contribution:** all authors made a significant contribution to writing the article.

Submitted: 03.03.2026

Accepted: 06.04.2026

Contacts: lfmozheiko@gmail.com

### Abstract

---

One of the most important medical and social problems today is infectious and inflammatory pathology of the urogenital tract caused by opportunistic microorganisms, the incidence of which is steadily increasing. Most studies have demonstrated the role of opportunistic microorganisms as single pathogens in inflammatory processes of the urogenital tract, despite the fact that many diseases are polymicrobial in nature. It is known that the development of genital inflammatory processes is facilitated by impaired nutrition of the urogenital tract tissues, caused by endogenous and exogenous factors. The early reproductive period is characterized by a high incidence of infectious and inflammatory diseases of the female genital organs, which is due to behavioral factors (smoking, early sexual activity, frequent changes of sexual partners, etc.). Not only does the quality of life of young women decline, but often, in the absence of timely treatment, pelvic inflammatory disease, abnormal uterine bleeding, reproductive dysfunction, and miscarriage can develop. In recent years, a high recurrence rate of this pathology has been observed, necessitating the development of new approaches to the care of such patients. In recent years, a high recurrence rate of this pathology has been observed, necessitating the development of new approaches to managing these patients. The introduction of complex therapy into clinical practice, including etiopathogenetic treatment, followed by preconception metabolic preparation or, in the absence of reproductive plans, the administration of modern hormonal contraceptives, helps prolong the duration of remission and preserve the reproductive health of young women.

**Keywords:** vulvovaginitis, cystitis, early reproductive period, treatment, rehabilitation

---

### ■ ВВЕДЕНИЕ

Одной из важнейших медико-социальных проблем в настоящее время является инфекционно-воспалительная патология урогенитального тракта, обусловленная условно-патогенными микроорганизмами, частота которых неуклонно растет. В большинстве исследований продемонстрирована роль условно-патогенных микроорганизмов как моновозбудителей воспалительных процессов урогенитального тракта, несмотря на тот факт, что многие заболевания носят полимикробный характер [1, 2].

Ранний репродуктивный период характеризуется высокой частотой инфекционно-воспалительных заболеваний женских половых органов, что обусловлено поведенческими факторами (курение, ранняя сексуальная активность, частая смена половых партнеров и др.). При этом не только снижается качество жизни молодых женщин, но и нередко при отсутствии своевременного лечения могут развиваться воспалительные заболевания органов малого таза, аномальные маточные кровотечения, нарушения репродуктивной функции, невынашивание беременности [3]. Сочетанная инфекционно-воспалительная патология урогенитального тракта, обусловленная условно-патогенными микроорганизмами, занимает лидирующее место в структуре гинекологической заболеваемости у женщин раннего репродуктивного возраста. Среди различных форм вульвовагинитов значительное место занимают состояния, связанные с нарушением микробиоценоза влагалища, характеризующиеся резким снижением или отсутствием лактофлоры и ее замещением условно-патогенными микроорганизмами [4, 5]. По данным исследований отечественных и зарубежных авторов, нарушения вагинального микробиоценоза составляют от 30 до 50% всех вагинальных инфекций у молодых женщин [6, 7]. Причем ключевым моментом в патогенезе рецидивирующих форм вульвовагинитов является не только микробный дисбаланс, но и нарушение системы местного иммунитета. Исследования последних лет демонстрируют значительную роль дефектов врожденного иммунитета, в частности снижения продукции интерферонов и других цитокинов, в патогенезе рецидивирующих вагинальных инфекций [8, 9]. Наряду с ростом заболеваемости отмечаются развитие лекарственной устойчивости к большинству антибактериальных препаратов, изменение иммунологической реактивности организма и снижение его резистентности, что представляет трудность для выбора терапии. При лечении пациентов с инфекционно-воспалительными процессами гениталий огромное значение приобретает выбор метода терапии, особенно при смешанной инфекции. В клинической картине смешанных инфекций доминирующая роль принадлежит условно-патогенным микроорганизмам и анаэробам-бактероидам. В этой связи при инфекциях нижнего отдела гениталий в реальной клинической практике предпочтение отдается препаратам, способным воздействовать на широкий спектр возможных патогенных микроорганизмов. Большое значение при лечении вагинитов смешанной этиологии принадлежит применению комплексных препаратов с широким спектром действия (антимикотическим и антибактериальным), способных воздействовать на несколько видов микроорганизмов. Важным аспектом терапии является выбор способа введения лекарственных препаратов. Применение вагинальных и ректальных форм позволяет создать более высокую локальную концентрацию лекарственных препаратов в очаге инфекции при минимальном системном воздействии, что особенно актуально для женщин раннего репродуктивного возраста [10, 11]. Преимуществом локальной терапии является отсутствие системного действия на организм, минимальный риск побочных реакций, простота и удобство применения, быстрое проникновение в очаг инфекции и быстрое действие.

Отсутствие патогномичных специфических симптомов заболевания, превалирование стертой клинической симптоматики, многоочаговость инфицирования в значительной степени затрудняют диагностику заболеваний на ранней стадии, увеличивая вероятность формирования хронических форм и развития осложнений с нарушением репродуктивной функции, что относит данное заболевание к актуальным

проблемам, имеющим важное медико-социальное значение. В исследованиях последних лет установлена корреляционная связь между дисбактериозом кишечной и влагалищной микрофлоры. Это является интегральным показателем здоровья и общей реактивности организма. Кроме того, существенная роль отводится снижению иммунологической реактивности организма. Доказана иммуномодулирующая роль возбудителей генитальных инфекций в развитии бактериального цистита. Несмотря на то, что *E. coli* является наиболее частой причиной развития неосложненной инфекции мочеполовых путей (НИМП), особенно у молодых сексуально активных женщин, микрофлора влагалища является ключевым фактором в восприимчивости организма женщин к инфекциям [12, 13]. Патологические бактерии во влагалище могут как самостоятельно вызывать НИМП, так и благоприятствовать росту и развитию других уропатогенов [14]. Персистенция кишечной палочки в клетках уротелия создает бактериальные сообщества, что нередко ведет к персистенции возбудителей и частым рецидивам заболевания. Согласно последней классификации в клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов, рецидивирующий цистит может относиться как к неосложненной, так и осложненной инфекции нижних мочевых путей, характеризуется минимум двумя обострениями в течение полугода или тремя обострениями в течение года. Обострение рецидивирующего цистита характеризуется частыми и болезненными мочеиспусканиями, болью в надлобковой области без признаков/симптомов системной инфекции [15]. В этиологии неспецифических бактериальных вульвовагинитов немаловажная роль отводится половой трансмиссии условно-патогенных микроорганизмов. Цистит – наиболее часто регистрируемая форма НИМП. Острый цистит составляет 0,5–0,7 эпизода ИМП на одну женщину в год. В 10% случаев заболевание переходит в хроническую рецидивирующую форму. Однако эти данные занижены, так как до 50% пациенток с ИМП не обращаются за медицинской помощью, поскольку эпизод купируется самостоятельно. Согласно последним исследованиям, после впервые перенесенного острого неосложненного цистита в течение 6 мес. повторный эпизод развивается у 27% женщин, в течение 1 года – у 50%, при этом у 75% пациентов рецидивы возникают более 4 раз в год [16].

Важным фактором генеза воспалительных заболеваний нижних мочевых путей у женщин является сексуальная активность [17]. Установлена прямая зависимость между частотой половых контактов и рецидивами НИМП. Женщины, ежедневно занимающиеся сексом, подвергаются большему риску рецидивов НИМП – в 9 раз [18]. Сексуальная активность рядом авторов признается как самостоятельный фактор развития цистита и его рецидивов [16–18]. При этом указано, что посткоитальный цистит составляет 30–40% от всех видов хронических рецидивирующих циститов и возникает у 25–30% женщин репродуктивного возраста. В связи с распространенностью посткоитального цистита и чувствительностью его негативных последствий, приводящих к значительному снижению качества жизни женщин, сохраняет актуальность дальнейший поиск эффективных методов профилактики. Основные факторы развития цистита: нарушение нормальной микрофлоры половых путей, сексуальная активность, частая смена половых партнеров, воспалительные заболевания половых органов и др. Согласно клиническим рекомендациям, при рецидивирующей ИМП предлагается использовать для профилактики изменение поведения, затем неантибактериальную профилактику и только в случаях неэффективности – антибиотикопрофилактику [15–19]. Такая последовательность важна для

снижения антибиотикорезистентности, так как в настоящее время резистентность бактерий ко многим антимикробным препаратам диктует необходимость избирательности при использовании лекарственных средств. Результаты проведенного исследования «Дармис-2018» свидетельствуют о росте антибиотикорезистентности к большинству антибактериальных препаратов среди внебольничных штаммов Enterobacterales, в частности E. coli (основной возбудитель ИМП), в России, Беларуси и Казахстане [20].

Вместе с тем на сегодняшний день не существует единых подходов и рекомендаций по лечению сочетанных инфекционно-воспалительных заболеваний женских половых органов, вызванных условно-патогенными микроорганизмами в раннем репродуктивном возрасте. Одним из основных принципов лечения является назначение антибактериальной терапии, причем часто без учета этиологических факторов, что нередко приводит к рецидивам заболевания через непродолжительный промежуток времени и неуклонному росту резистентности условно-патогенных микроорганизмов к традиционно применяемым антибактериальным препаратам. Таким образом, на сегодняшний день не существует четких рекомендаций по ведению пациентов с сочетанной инфекционно-воспалительной патологией женских половых органов, вызванной условно-патогенными микроорганизмами, недостаточно изучены факторы риска в их развитии, остается открытым вопрос о выборе лекарственных препаратов для лечения молодых женщин с нереализованной репродуктивной функцией.

## ■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оптимизировать тактику ведения молодых женщин с нереализованной репродуктивной функцией, страдающих сочетанной инфекционно-воспалительной патологией женских половых органов, вызванной условно-патогенными микроорганизмами, оценить клиническую эффективность комплексного подхода к терапии смешанных вульвовагинитов на основании определения факторов риска возникновения заболевания, изучения состава вагинального микробиоценоза у женщин раннего репродуктивного возраста.

## ■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

### **Дизайн исследования**

Проспективное открытое сравнительное исследование. Критерии включения: женщины в возрасте 19–35 лет, смешанная инфекционно-воспалительная патология женских половых органов, подписанное информированное согласие пациентки. Критерии исключения: беременность и лактация, сахарный диабет 1-го и 2-го типа, тяжелая соматическая патология, прием иммуносупрессантов.

### **Методы исследования**

В исследование включено 48 пациенток, которые были разделены на 2 группы. Основная группа женщин (n=25) получала комплексную терапию, включающую таблетки метронидазола 100 мг и миконазола нитрата 100 мг интравагинально 1 раз в сутки в течение 10 дней и свечи интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного с антиоксидантами – витаминами E и C (свечи интерферон альфа-2b) в дозе 3 000 000 МЕ ректально 2 раза в сутки в течение 10 дней. Пациенты группы сравнения

(n=23) получали таблетки метронидазола 100 мг и миконазола нитрата 100 мг интравагинально 1 раз в сутки в течение 10 дней.

#### **Методы оценки эффективности**

Оценка клинических симптомов (зуд, жжение, характер выделений, дизурия) по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), микроскопия вагинального отделяемого, рН-метрия вагинального отделяемого, оценка характера менструальной функции, статистический анализ с использованием t-критерия Стьюдента и  $\chi^2$ .

### **■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

При первичном обращении все пациентки предъявляли жалобы на обильные выделения из половых путей с неприятным запахом, которые усиливались после полового акта и во время менструации. Выделения имели беловато-серый цвет, жидкую гомогенную консистенцию, равномерно покрывали стенки влагалища. У 66,7% пациенток обеих групп отмечались зуд и жжение в области вульвы и влагалища, у 79,1% – диспареуния, у 62,5% – дизурические явления. В основной группе на фоне применения вагинальной формы метронидазола 100 мг и миконазола нитрата 100 мг интравагинально в сочетании с ректальным введением интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного с антиоксидантами витаминами Е и С в дозе 3 000 000 МЕ 2 раза в сутки было отмечено более быстрое купирование клинических симптомов. Так, к 3–4-му дню терапии зуд и жжение полностью исчезли у большинства пациенток (88,0%), в то время как в группе сравнения аналогичный показатель наблюдался в 2 раза реже и составил 43,5% ( $p < 0,01$ ). К 5-му дню терапии у 92,0% пациенток основной группы влагалищные выделения стали скудными, светлыми и прозрачными, исчез неприятный запах. В группе сравнения аналогичная динамика отмечена лишь у 47,8% пациенток. На 10-й день лечения в основной группе полное купирование клинических симптомов наблюдалось у 24 (96,0%) пациенток, в группе сравнения – у 15 (65,2%) женщин ( $p < 0,01$ ). Следует также отметить, что у пациенток основной группы полностью восстановился нормальный характер выделений (скудные, молочного цвета, без запаха).

При микроскопии вагинального отделяемого до начала лечения у всех пациенток отмечались снижение количества лактобактерий, наличие ключевых клеток, обильная неспецифическая полиморфная бактериальная микрофлора. После проведенного лечения в основной группе нормализация микробиоценоза достигнута у 24 (96,0%) пациенток основной группы и у 17 (73,9%) женщин группы сравнения ( $p < 0,05$ ). Применение комплексной схемы лечения: таблетки метронидазола 100 мг и миконазола нитрата 100 мг интравагинально 1 раз в сутки в сочетании с ректальным введением свечи интерферон альфа-2b в дозе 3 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней способствовало более быстрому восстановлению рН влагалищной среды ( $\leq 4,5$ ) – к 5-му дню терапии у 92,0% пациенток основной группы против 60,9% у женщин группы сравнения, которые принимали монотерапию: таблетки метронидазола 100 мг и миконазола нитрата 100 мг интравагинально 1 раз в сутки в течение 10 дней.

У женщин основной группы при использовании сочетанной схемы лечения не зарегистрировано системных побочных эффектов. В то же время у 4 (17,4%) пациенток группы сравнения отмечались диспепсические явления на фоне вагинального введения таблеток метронидазола 100 мг и миконазола нитрата 100 мг 1 раз в день начиная с 5-х суток лечения.

### Отдаленные результаты и профилактика рецидивов

При наблюдении в течение 6 месяцев рецидив инфекционно-воспалительной патологии урогенитального тракта был зарегистрирован у 2 (8,0%) женщин основной группы и у 11 (47,8%) пациенток группы сравнения. Различия оказались статистически значимыми ( $p < 0,01$ ). При этом большинство женщин (84,6%) предъявляли жалобы на дизурические расстройства и учащенное мочеиспускание. В связи с чем всем пациенткам с рецидивами назначалось комплексное лечение, включающее пробиотический комплекс Lactoflorene® ЦИСТ, в составе которого содержится *Lactobacillus paracasei* LC11 –  $1 \times 10^9$  КОЕ, сухой экстракт клюквы 126,316 мг с проантоцианидинами 36 мг и D-манноза – 1000 мг по 1 саше 2 раза в сутки после опорожнения мочевого пузыря в течение 10 дней каждого месяца, курс – 3 месяца. Отмечена 100%-ная эффективность проведенного лечения. Наши данные согласуются с мнением других исследователей [4, 13–16]. Назначение комплексного препарата Lactoflorene® ЦИСТ, в состав которого включены пробиотики, растительные экстракты и D-манноза, способствует выраженному клиническому эффекту: уменьшению болей и резей при мочеиспускании, диспареунии, снижению риска рецидивов ИМП. Пробиотики в Lactoflorene® ЦИСТ воздействуют на причину возникновения ИМП – дисбактериоз, способствуют элиминации возбудителей инфекции, а живые молочнокислые бактерии с их пробиотическим действием восстанавливают баланс кишечной флоры. Экстракт клюквы, богатый проантоцианидинами, нормализует функционирование мочевыделительной системы. D-манноза – сахар, экстрагируемый из березы, медленно усваивается, за счет чего достигает мочевого пузыря, где связывает бактерии – возбудители инфекций *E. coli* и способствует их выведению с мочой. Доказано, что применение D-маннозы в течение 6 мес. снижает вероятность развития рецидива ИМП с 60% до 15% в сравнении с пациентами, не получавшими указанного противорецидивного лечения [14].

Особое внимание в проведенном исследовании нами уделялось дальнейшей тактике ведения молодых женщин с учетом частого рецидивирования смешанной инфекционно-воспалительной патологии урогенитального тракта. Установлено, что D-манноза с лактобактериями снижает способность уропатогенной *E. coli* связываться с эпителиальными клетками мочевого пузыря, предотвращая развитие воспалительного процесса. Европейскими клиническими рекомендациями по урологии и Национальным институтом здоровья и качества медицинской помощи Великобритании (NICE) рекомендуется применение D-маннозы при рецидивирующих ИМП. Отмечено, что при колонизации уроэпителия бактерии своими фимбриями прикрепляются к фрагментам полисахаридов, содержащих D-маннозу. Накапливаясь в моче, дополнительно избыточное количество D-маннозы способствует конкурентному «прикреплению» бактерий к D-маннозе, растворенной в моче, а не расположенной в мукополисахаридном слое слизистой оболочки мочевыводящих путей. Таким образом, комплекс Lactoflorene® ЦИСТ рекомендуется к использованию как при лечении заболеваний мочевыводящих путей, так и для профилактики снижения риска рецидивов. В рандомизированном плацебо-контролируемом клиническом исследовании установлено, что ежедневный прием D-маннозы с целью профилактики ИМП оказался эффективнее плацебо и был сопоставим по эффективности с приемом 50 мг нитрофурантоина. Однако сравнительная оценка безопасности применения D-маннозы и нитрофурантоина

показала, что для пациентов, получавших D-маннозу, был характерен в 3 раза более низкий риск побочных эффектов.

В дальнейшем, с учетом репродуктивных планов, среди обследованных нами женщин раннего репродуктивного возраста применялся дифференцированный подход к тактике ведения. При планировании беременности назначали мио-инозитол в сочетании с комплексным препаратом D-хиро-инозитолом (1 : 5), альфа-липоевой кислотой, фолиевой кислотой, витамином D3, селеном и цинком в течение 3 месяцев, что не только способствовало нормализации метаболических процессов и восстановлению овариальной функции, но и создавало оптимальные условия для наступления и развития беременности. Комплексный препарат корректирует нарушения углеводного обмена, которые нередко лежат в основе рецидивирующих вагинальных инфекций. Женщинам, не планирующим в ближайшее время беременность, с целью контрацепции назначали современный низкодозированный комбинированный оральные контрацептив (КОК), содержащий дроспиренон 3 мг и этинилэстрадиол 0,02 мг, что не только обеспечивало надежную контрацепцию, но и способствовало стабилизации гормонального фона, нормализации менструальной функции и созданию условий для восстановления нормального микробиоценоза влагалища. Доказано, что противовоспалительные свойства современных низкодозированных КОК с дроспиреноном дополнительно способствуют поддержанию нормального биоценоза влагалища.

Полученные результаты демонстрируют преимущества комплексной сочетанной терапии в лечении смешанной инфекционно-воспалительной патологии женских половых органов у женщин раннего репродуктивного возраста. Собственные исследования и результаты других авторов (Raba G. et al. (2024)) подтверждают, что местная комбинированная сочетанная терапия обеспечивает значительное превосходство в достижении высокой локальной концентрации лекарственных препаратов в сравнении с монотерапией, что подтверждает более быстрое купирование клинических проявлений и нормализацию лабораторных показателей [12, 20].

Таким образом, сочетанное комбинированное местное применение интравагинальной формы таблеток метронидазола 100 мг и миконазола нитрата 100 мг с иммунокорректирующей терапией свечами интерферон альфа-2b с антиоксидантами витаминами E и C ректально патогенетически обосновано ввиду нарушений местного иммунного ответа в патогенезе частых рецидивов смешанной инфекционно-воспалительной патологии урогенитального тракта. При возникновении рецидивов рекомендовано комплексное лечение, включающее пробиотический комплекс Lactoflorene® ЦИСТ, в составе которого содержится *Lactobacillus paracasei* LC11 –  $1 \times 10^9$  КОЕ, сухой экстракт клюквы 126,316 мг с проантоцианидинами 36 мг и D-манноза – 1000 мг по 1 саше 2 раза в сутки после опорожнения мочевого пузыря в течение 10 дней каждого месяца, курс – 3 месяца. Наши исследования подтверждаются данными российских авторов об эффективности указанной терапии. Дифференцированный подход к ведению пациентов раннего репродуктивного возраста с учетом их репродуктивных планов с назначением мио-инозитола с D-хиро-инозитолом (1 : 5), альфа-липоевой кислотой, фолиевой кислотой, витамином D3, селеном и цинком при планировании беременности или низкодозированного КОК с дроспиреноном в случаях необходимости контрацепции обеспечивает увеличение длительности достигнутой ремиссии и сохранение репродуктивного здоровья

молодых женщин. Считаем, что исследования в этом направлении должны быть продолжены.

## ■ ВЫВОДЫ

1. Применение комбинированной сочетанной местной терапии, включающей интравагинальные таблетки метронидазола 100 мг и миконазола нитрата 100 мг 1 раз в сутки в сочетании с ректальным введением суппозиториев интерферона альфа-2b человеческого рекомбинантного с антиоксидантами витаминами Е и С в дозе 3 000 000 МЕ 2 раза в сутки в течение 10 дней при лечении смешанной инфекционно-воспалительной патологии гениталий у женщин раннего репродуктивного возраста позволяет достичь более быстрого купирования клинических симптомов (к 3–4-му дню у 88,0% пациенток) и восстановления нормального характера вагинальной флоры в сравнении с монотерапией – таблетки метронидазола 100 мг и миконазола нитрата 100 мг интравагинально 1 раз в сутки в течение 10 дней.
2. Комплексная терапия с включением локальной антимикробной терапии с назначением таблеток метронидазола 100 мг и миконазола нитрата 100 мг интравагинально 1 раз в сутки и иммунокорригирующей терапии интерфероном альфа-2b человеческого рекомбинантного 3 000 000 МЕ с антиоксидантами витаминами Е и С ректально 2 раза в сутки позволяет снизить частоту рецидивов вульвовагинита в течение 6 месяцев наблюдения.
3. Для лечения и профилактики рецидивов смешанной инфекционно-воспалительной патологии урогенитального тракта у женщин раннего репродуктивного возраста эффективным является комплексное лечение с назначением пробиотика Lactoflorene® ЦИСТ, в котором содержится *Lactobacillus paracasei* LC11 –  $1 \times 10^9$  КОЕ, сухой экстракт клюквы 126,316 мг с проантоцианидинами 36 мг и D-манноза – 1000 мг по 1 саше 2 раза в сутки после опорожнения мочевого пузыря в течение 10 дней каждого месяца. Курс лечения – 3–6 месяцев.
4. Дифференцированный подход к ведению пациентов раннего репродуктивного возраста с учетом их репродуктивных планов, предусматривающий назначение лекарственного препарата (D-хиро-инозитол (1 : 5), альфа-липоевая кислота, фолиевая кислота, витамин D3, селен и цинк) при планировании беременности или низкодозированного КОК (дроспиренон 3 мг и этинилэстрадиол 0,02 мг) в случаях необходимости контрацепции обеспечивает увеличение длительности достигнутой ремиссии и сохранение репродуктивного здоровья молодых женщин, что важно для укрепления демографических показателей Республики Беларусь.

## ■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Peebles K., Vellozo J., Balkus J.E., et al. High Global Burden and Costs of Bacterial Vaginosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sexually Transmitted Diseases*. 2019;46(5):304–311.
2. Turpin R., Tuddenham S., He X., et al. Bacterial Vaginosis and Behavioral Factors Associated With Incident Pelvic Inflammatory Disease in the Longitudinal Study of Vaginal Flora. *The Journal of Infectious Diseases*, 2021;224(12 Suppl 2):S137–S144.
3. Yatkova N.P. Recurrent bacterial vaginosis. *Health and Ecology Problems*. 2024;21(2):7–14.
4. Muzny C.A., Sobel J.D. Understanding and preventing recurring bacterial vaginosis: important considerations for clinicians. *Int. J. Womens Health*. 2023;15:1317–25. <https://dx.doi.org/10.2147/IJWH.S383333>
5. Muzny C.A., Schwebke J.R. Asymptomatic bacterial vaginosis: to treat or not to treat? *Curr. Infect. Dis. Rep.* 2020;22(12):32. <https://dx.doi.org/10.1007/s11908-020-00740-z>

6. Shroff S. Infectious vaginitis, cervicitis, and pelvic inflammatory disease. *Med. Clin. North Am.* 2023;107(2):299–315. <https://dx.doi.org/10.1016/j.mcna.2022.10.009>
7. Khasanshina Z.R., Bogacheva N.V. Influence of the characteristics of the pelvic organs microbiome on women's reproductive health. *Bulletin of Perm University. Series: Biology.* 2025;1:59–68. <http://dx.doi.org/10.17072/1994-9952-2025-1-59-68>
8. Williams A., Ravel J., Armstrong E., et al. Temporal dynamics of the vaginal microbiome and host immune markers before, during, and after metronidazole treatment for bacterial vaginosis. *mSystems.* 2025;10(7):e0038025. doi: 10.1128/msystems.00380-25
9. Anahtar M.N., Byrne E.H., Doherty K.E., et al. Cervicovaginal bacteria are a major modulator of host inflammatory responses in the female genital tract. *Immunity.* 2015;42(5):965–976. <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2015.04.019>
10. Chavoustie S.E., Eder S.E., Koltun W.D., et al. Experts explore the state of bacterial vaginosis and the unmet needs facing women and providers. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2017;137(2):107–109. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12114>
11. Dikke G.B., Kozlov R.S., Tsarkov P.V., et al. *Bacterial vaginosis. Modern strategies for restoring and maintaining healthy vaginal microbiota. Study guide.* Moscow: ABV-press; 2024; 204 p.
12. Tsareva A.V. Ostryi i retsidiviruiushchii tsistit. Slozhnyi patsient. *RMZh. Meditsinskoe obozrenie.* 2021;5(3):130–33 (in Russian)
13. Scholes D., Hooton T.M., Roberts P.L., et al. Risk factors for recurrent urinary tract infection in young women. *J Infect Dis.* 2000;182(4):1177–82.
14. Kulchavenia E.V., Neimark A.I., Tsukanov A.Iu., Iarin G.Iu. Sovremennye podkhody k diagnostike ostrogo tsistita i otsenke kachestva ego lecheniia. *Urologiia.* 2020;3:22–5 (in Russian).
15. *Klinicheskie rekomendatsii. Tsistit u zhenshchin (ostryi, khronicheskii).* 2021. El. resurs. Available at: [disuria.ru](http://disuria.ru). Accessed: 21.05.2021 (in Russian).
16. Kuzmenko A.V., Kuzmenko V.V., Giaurgiev T.A. Primenenie D-mannozy v profilaktike retsidiviruiushchei infektsii nizhnikh mochevyvodiaschchikh putei u zhenshchin. *Urologiia.* 2020;3:128–32 (in Russian). doi: 10.18565/urology
17. Tsukanov A.Iu., Mirzakadiev A.A. Prekoital'naia profilaktika ostrogo tsistita, svyazannogo s polovym aktom. *Effektivnaia farmakoterapiia.* 2020;16(20):6–10 (in Russian).
18. Pavone M.A., Peralta A.A. Study and treatment of the couple in post-coital urinary tract infection in women. *Nefrologia.* 2017;37(6):648–688.
19. Raba G., Durkech A., Malik T., et al.; Fluomizin Study Group. Efficacy of dequalinium chloride vs metronidazole for the treatment of bacterial vaginosis: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open.* 2024;7(5):e248661. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2024.8661
20. Bayramova G.R., Andreev A.O., Kecherukova I.B. Modern possibilities of complex therapy of infectious and inflammatory diseases of the cervix and vagina in the practice of an obstetrician-gynecologist. *Obstetrics and Gynecology.* 2024;8:127–132.