

# с немецкой скрупулёзностью

Критический обзор гайдлайна DGGG, OEGGG и SGGG\*  
по бактериальному вагинозу



**Авторы:** Михаил Александрович **Гомбер**, докт. мед. наук, проф., президент Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путём (ЮСТИ.ру), главный научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии (Москва); Александр Владимирович **Свизинский**, главный врач гастроэнтерологической амбулатории, руководитель молекулярно-генетической лаборатории Берлинского университета им. Гумбольдта; Соня **Свизинская**, канд. мед. наук, врач-микробиолог молекулярно-генетической лаборатории того же университета (Берлин, Германия)

**Копирайтинг:** Мила Мартынова

Бактериальный вагиноз (БВ) интернационален — распространённость наиболее частой причины синдрома вагинальных выделений составляет 23–29% у сексуально активных женщин<sup>2</sup>. И россиянки, и немки, и австрийки, и жительницы других государств **страдают от одних и тех же** дискомфортных симптомов, и риски гинекологических инфекций (включая воспалительные заболевания малого таза) и неблагоприятных репродуктивных исходов повышены **одинаково** для пациенток на всех континентах.

Хотя существуют международные руководства, где приведены основные принципы диагностики и лечения этих состояний, тем не менее подходы к лечению в разных странах могут несколько отличаться. Недаром в России приняты свои клинические рекомендации — во многих других странах также существуют и постоянно обновляются в соответствии с новыми научными достижениями собственные гайдлайны и методические руководства, разработанные под эгидой наиболее авторитетных профессиональных организаций. Однако основные **цели акушеров-гинекологов всего мира едины:** элиминировать причину заболевания, снизить риск рецидивирования и в конечном итоге **сохранить репродуктивное здоровье** женщин. Какие способы решения этой задачи можно почерпнуть **из мировой клинической практики?** Попробуем разобраться.

**К**ритический обзор, представленный в этой статье, включает положения руководства, одобренного представителями ведущих **медицинских профессиональных сообществ немецкоязычных стран**<sup>1</sup>. Со всей **обстоятельностью, педантичностью и ответственностью, традиционно свойственными учёным**

Германии, Австрии и Швейцарии, авторы опубликованного в 2023 году обновлённого гайдлайна подошли к **систематизации знаний** по одному из самых сложных вопросов акушерско-гинекологической практики. О масштабности проделанной группой специалистов работы и глубине аналитики свидетельствует и достаточно

\* Немецкое общество гинекологии и акушерства (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, DGGG); Австрийское общество гинекологии и акушерства (Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, OEGGG); Швейцарское общество гинекологии и акушерства (Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, SGGG).

длительная расчётная продолжительность действия опубликованных рекомендаций: с 2023 по 2027 год.

Цель обзора — проанализировать экспертный документ, достичь консенсуса по вопросам **диагностики, терапии и профилактики БВ** и использовать полученную информацию для оказания специализированной помощи и **эффективного консультирования** пациенток с этим патологическим состоянием. Очевидно, что для достижения оптимального эффекта важно предотвращать любые неадекватные методы ведения пациенток. Терапия БВ должна быть целенаправленной и зависеть от симптомов — так можно не только обеспечить скорейшее выздоровление пациентки, но и сделать каждый этап лечения **комфортным и безопасным**.

## Микробиология: бактериальная матрица

**Рекомендация.** Для БВ характерно чрезмерное увеличение количества бактерий, особенно различных видов гарднерелл, высокое микробное разнообразие видов анаэробных бактерий, а также вытеснение потенциально защитных лактобацилл из влажной среды.

БВ считают формой дисбиоза влагалища, при которой микробный пейзаж половых путей значительно отличается от такового у здоровых женщин. Для него характерно **значительное** количество бактерий, выраженное **микробное разнообразие** и **вытеснение** из вагинальной микробиоты **полезных лактобацилл**, обладающих протективным действием.

**Разнообразие** бактерий, ассоциированных с БВ, **огромно**. Помимо наиболее распространённых видов *Gardnerella spp.*, *Fannyhessea vaginalis* (ранее известная как *Atopobium vaginalis*), *Fusobacterium nucleatum*, *Mobiluncus mulieris*, *Mycoplasma hominis*, *Prevotella bivia* и *Ureaplasma urealyticum*, в него также входят даже некоторые лактобациллы (*Lactobacillus iners*)<sup>5</sup>.

**Рекомендация.** Гарднереллы — преобладающий род бактерий, обнаруживаемых при БВ и включающий виды с самым высоким потенциалом вирулентности. Они образуют матрицу биоплёнки, в которую интегрировано большое разнообразие бактерий, ассоциированных с БВ. По-видимому, именно биоплёнки — причина частого провала терапии и рецидивирующего течения.

[ Терапия БВ должна быть целенаправленной и зависеть от симптомов — только так можно обеспечить скорейшее выздоровление пациентки. ]

*Gardnerella* — преобладающий у 95–100% пациенток с БВ **род бактерий** с самым высоким потенциалом **вирулентности**. Он включает 16 видов — шесть уже получили названия (*G. vaginalis*, *G. piotii*, *G. leopoldii*, *G. swidsinskii*, *G. pickettii* и *G. greenwoodii*), а остальные пока ещё безымянны<sup>3,49</sup>.

Особенность гарднерелл — в их специфических вирулентных свойствах: они способны прилипать к вагинальным эпителиальным клеткам и **образовывать биоплёнки** совместно с другими патогенами<sup>4</sup>. Объединение влажных «недругов» в такие сообщества и обеспечивает **неудачи в лечении БВ**. Именно эту форму существования считают основной причиной высокой частоты **неудач стандартной антибактериальной терапии** и рецидивов БВ<sup>6</sup>.

**Рекомендация.** Хронический рецидивирующий БВ определяется частотой заболевания не менее трёх эпизодов в год и может свидетельствовать о связанном с биоплёнкой происхождении БВ.

Представители рода *Gardnerella* **доминируют** в полимикробной биоплёнке при БВ — можно сказать, что она состоит в основном из **плотно прилегающих друг к другу** коккобацилл. В её матрицу также встроено множество **иных бактерий**, ассоциированных с БВ. Их концентрация значительно выше, чем в нормальной вагинальной микробиоте, но всё же ниже, чем у *Gardnerella spp.*, за важным исключением: *F. vaginalis* присутствует более чем в 60% биоплёнок при БВ.

Возбудители инфекций, передаваемых половым путём (ИППП), также извлекают выгоду из взаимодействий с БВ-биоплёнкой. Риск заражения такими инфекциями значительно выше у пациенток с БВ по сравнению с представительницами с нормальной микробиотой влагалища<sup>7</sup>. Женщины с БВ также более восприимчивы к другим генитальным инфекциям<sup>8</sup>.

## Организм, вирулентность и факторы риска

**Рекомендация.** БВ связан с определёнными факторами риска, и им следует уделять особое внимание при диагностике. Необходимо по возможности устранить предрасполагающие факторы.

При ведении пациенток с БВ важно уделять особое внимание постановке диагноза и устранять специфические **предрасполагающие факторы риска**. Выявлена связь с **этнической принадлежностью** женщин: например, заболеваемость БВ выше у жительниц Южной и Восточной Африки, чем Западной Африки, Европы и Австралии. В Северной Америке распространённость БВ составила 51% у афроамериканок, 32% — у женщин латиноиспанской когорты, 23% — у белых американок и 33% — у представительниц коренного населения<sup>10</sup>. При этом следует учитывать, что в мире суще-



[ Представители рода *Gardnerella* доминируют в полимикробной биоплёнке при БВ — можно сказать, что она состоит в основном из плотно прилегающих друг к другу коккобацилл. Впрочем, в биоплёночный матрикс также встроено множество иных бактерий, ассоциированных с БВ — в первую очередь *f. vaginae*. ]

ствует семь различных морфотипов вагинального микробиома, которые считаются нормальными для данных этнических групп<sup>10</sup>.

К экзогенным факторам риска БВ относят курение, чрезмерную гигиену влагалища, хронический стресс и приближающиеся менструации<sup>11,12</sup>. По некоторым данным, заболевание чаще встречаются у женщин с **высоким индексом массы тела**<sup>13</sup>.

Имеются убедительные доказательства передачи БВ половым путём: возникновение после первого полового контакта, при частой смене партнёров. Пролеченные женщины имеют более высокий риск рецидива, если они снова вступают в сексуальную связь — даже с тем же партнёром — без использования презерватива<sup>14</sup>. Пациентки, практикующие оральный секс, также подвержены высокому риску БВ<sup>15</sup>.

По некоторым данным, приём комбинированных оральных контрацептивов связан с более низкой распространённостью БВ — возможно, вследствие наличия в их составе эстрадиола<sup>16</sup>. В то же время, как подчёркивают авторы обзора, использование медьсодержащих внутриматочных средств контрацепции ассоциировано с ростом вероятности этого инфекционного заболевания<sup>17</sup>.

## Репродукция под угрозой

Описана **связь между БВ и бесплодием**, хотя точный патогенез этого явления не ясен. С одной стороны, женщины с БВ подвержены более высокому риску восходящих инфекций половых путей — цервицита, эндометрита и воспалительных заболеваний органов малого таза<sup>44</sup>. Нередко хронический эндометрит годами протекает латентно, что может **препятствовать имплантации** оплодотворённой яйцеклетки и привести к трубному бесплодию<sup>45,46</sup>.

По всей видимости, **БВ-биоплёнки** также играют определённую роль в **ухудшении фертильности**. Авторы некоторых работ сообщали о неблагоприятных результатах экстракорпорального оплодотворения у женщин с низким вагинальным микробным разнообразием и у пациенток с аномальной микробиотой влагалища<sup>47</sup>. Антибактериальная терапия доксициклином после гистероскопии и выскабливания эндометрия повышает вероятность наступления беременности<sup>48</sup>.

## Симптомы: пристальное внимание к деталям

**Рекомендация.** Женщины с вульвовагинальными симптомами, особенно с обильными однородными сероватыми выделениями (с рыбным запахом или без него) и щелочным рН влагалища должны быть обследованы на БВ.

Характерный симптом БВ — увеличение количества выделений из влагалища<sup>18,19</sup>. Другие жалобы при БВ включают зуд, жжение гениталий, диспареунию и дизурию. БВ значительно повышает риск многочисленных осложнений беременности, включая преждевременные роды и преждевременный разрыв плодных оболочек<sup>20</sup>.

Другие вагинальные инфекции и ИППП могут **маскировать симптомы БВ**, затрудняя диагностику заболевания<sup>21–23</sup>. В частности, это касается тех состояний, которые также могут сопровождаться патологическими выделениями из половых путей с неприятным запахом, зудом и диспареунией — например, кандидозный вульвовагинит, трихомониаз, хламидийная или гонококковая инфекция, инфицирование *M. genitalium*.

## Диагностика:

### важна педантичность

**Рекомендация.** При диагностике БВ необходимо руководствоваться анамнезом болезни пациентки, клиническими данными и микроскопическими признаками (наличие ключевых клеток в нативном вагинальном мазке), а также при возможности использовать оценку на основе критериев Амсея.

Правильная диагностика БВ имеет особое клиническое значение для женщин: с рецидивирующим течением заболевания; при неэффективности терапии первой линии; планирующих деторождение; обследуемых по поводу преждевременных родов в анамнезе<sup>24–26</sup>.

## Критерии Амсея

Для выявления БВ согласно критериям Амсея нужны не менее трёх из четырёх нижеследующих характеристик: однородные серовато-белые выделения из влагалища; рН влагалища более 4,5; рыбный запах выделений из влагалища после добавления 10% раствора гидроксида калия; наличие ключевых клеток в нативном препарате.

[ БВ значимо повышает риск многочисленных осложнений беременности, включая преждевременные роды и преждевременный разрыв плодных оболочек. ]

Диагностические исследования рекомендовано выполнять с учётом анамнеза, клинических данных и микроскопических признаков — наличия **ключевых клеток** в вагинальном мазке. При необходимости используют оценку на основе критериев Амсея — не менее трёх из четырёх.

**Рекомендация.** После первичного диагностического обследования лабораторная диагностика БВ должна включать микроскопию (окрашивание по Граму) и количественное сравнение различных морфотипов с использованием балльной системы Ньюджента.

Микроскопические методы включают **окрашивание по Граму** с последующим использованием балльной системы Ньюджента<sup>24,25</sup>. Однако они могут идентифицировать только морфотипы и, следовательно, позволяют сделать лишь **общие выводы** о существующих изменениях в микробиоте влагалища.

**Рекомендация.** Лабораторная диагностика БВ, основанная на молекулярно-биологических методах, пока, к сожалению, широкого распространения в клинической практике не получила.

**Молекулярно-генетические методы** (в частности, **флуоресцентная гибридизация in situ** — fluorescence in situ hybridization, FISH; секвенирование следующего поколения — next generation sequencing, NGS и др.) дают более подробную информацию о таксономической идентификации микроорганизмов, изменениях микробного вагинального пейзажа и позволяют уточнить диагноз<sup>29,30</sup>. Методика FISH **сочетает** в себе преимущества классических цитологических, цитогенетических и молекулярных методов, обеспечивающих оптимальную и быструю визуализацию микробных сообществ непосредственно в биологическом материале. Метод рибосомальной гибридизации на месте (РиГинаМ) — единственный метод, который позволяет различить биоплёночный БВ и другие дисбиотические изменения влагалищной микробиоты. Тем не менее в обычной клинической практике в России он, к сожалению, пока не везде доступен.

Количественная мультиплексная полимеразная цепная реакция (кПЦР) обладает наиболее высокой чувствительностью и специфичностью. Рекомендовано использовать именно этот метод у находящихся в **группе риска** ИППП пациенток, планирующих **беременность**, в период гестации — или у участниц программ вспомогательных репродуктивных технологий.

# РАЗУМНАЯ ПРЕДУСМОТРИТЕЛЬНОСТЬ



## БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ: РЕКОМЕНДАЦИИ МЕЖДУНАРОДНЫХ ЭКСПЕРТОВ\*

DGGG | OEGGG | SGGG

БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ

### МИКРОБИОЛОГИЯ

- ⚡ *Gardnerella spp.*
- *Fannyhessea vaginiae*
- *Fusobacterium nucleatum*
- *Mobiluncus mulieris*
- *Mycoplasma hominis*
- *Prevotella bivia*
- *Ureaplasma urealyticum*
- *Lactobacillus iners*

### ДИАГНОСТИКА

- ✓ Ключевые клетки в мазке
- ✓ Критерии Амселя
- ✓ Молекулярно-генетические методы
- ✓ Технология FISH

### ЛЕЧЕНИЕ

#### 1 Метронидазол

*Gardnerella spp.* обладает резистентностью к препарату. Высокий риск рецидива

#### 2 Клиндамицин

#### 3 Альтернативная терапия

Местные антисептики:

- деквалиния хлорид разрушает биоплёнку, препятствует формированию устойчивых штаммов
- октенидин не зарегистрирован в РФ
- йодосодержащие препараты противопоказаны во время беременности

#### 4 В некоторых ситуациях

секнидазол, тинидазол противопоказан во время беременности

#### 5 Второй этап терапии

вагинальные пробиотики

### РЕЦИДИВЫ

Биоплёнки + Антибиотикорезистентность = Слабая эффективность первой линии терапии = 80% рецидивов

**Решение:** местные антисептики

- деквалиния хлорид 6 сут
- метронидазол местно 2 раза в неделю в течение 16 нед

Рассмотреть целесообразность лечения полового партнёра

**Вывод:** Проблема рецидивов бактериального вагиноза — одна из самых актуальных в акушерстве и гинекологии. Для её решения медицинские сообщества разных стран ведут напряжённую научную и клиническую работу. Эксперты Германии, Австрии и Швейцарии предлагают обратить пристальное внимание на альтернативные схемы терапии в условиях растущей антибиотикорезистентности.

\* Farr A., Swidsinski S., Surbek D. et al. Bacterial Vaginosis: Guideline of the DGGG, OEGGG and SGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/028, June 2023) // Geburtshilfe Frauenheilkd. 2023. Vol. 83. № 11. P. 1331–1349. [PMID: 37928409]

DGGG Немецкое общество гинекологии и акушерства (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe)

OEGGG Австрийское общество гинекологии и акушерства (Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe)

SGGG Швейцарское общество гинекологии и акушерства (Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe)

## Лечение: фокус на безопасности

**Рекомендация.** Женщины с вульвовагинальными симптомами и подтверждённым диагнозом БВ должны получать лечение в соответствии с гайдлайнами.

Лечение БВ показано всем пациенткам с соответствующими симптомами<sup>24</sup>. Его можно начинать только после полного обследования женщины, изучения истории её болезни и медицинского подтверждения диагноза<sup>28</sup>. Терапию назначают в соответствии с утверждёнными клиническими рекомендациями.

**Рекомендация.** Лечение БВ включает пероральное или местное назначение клиндамицина или метронидазола. В качестве альтернативы можно использовать местные антисептики.

В гайдлайне DGCG, OEGGG и SGGG представлено несколько схем терапии БВ.

- **Первая линия терапии.**
  - **Метронидазол:** по 500 мг *per os* 2 раза в день в течение 7 дней или по 2 г *per os* 1–2 раза в течение 48 ч.
  - **Клиндамицин:** по 300 мг *per os* 2–3 раза в день в течение 7 дней.
  - **Допустимые схемы назначения препаратов первой линии:** *per vaginam* метронидазол или клиндамицин 2% крем 1 раз в день в течение 7 дней, а также клиндамицин вагинальные суппозитории в течение 3 дней.
- **Альтернативная терапия:** местные антисептики — деквалиния хлорид в дозе 10 мг один раз в день в течение 6 дней; вагинальный спрей октенидин; йодосодержащие\* препараты.
- **В некоторых ситуациях** терапия может включать секнидазол (2 г внутрь однократно), тинидазол (2 г внутрь в течение 2 дней или 1 г внутрь в течение 5 дней).

При назначении пациентке средств первой линии следует учитывать **прогрессивно растущую** устойчивость *Gardnerella spp.* к метронидазолу, особенно если бактерии присутствуют в «корпоративной» форме — в виде полимикробной биоплёнки, что часто приводит к неэффективности лечения<sup>31</sup>. В связи с этим возможно использование **альтернативных схем** с местными антисептическими средствами<sup>32,33</sup>. В гайдлайне DGCG, OEGGG и SGGG упомянут октенидин, однако на отечественном рынке он не представлен, что ограничивает возможности российских клиницистов в его выборе в качестве средства местного воздействия. Отрадно, что рекомендуемый

[ Микроскопия способна идентифицировать только морфотипы бактерий, позволяя сделать лишь общие выводы о изменениях в микробиоте влагалища. ]

в этом гайдлайне и имеющийся в арсенале отечественных врачей деквалиния хлорид успешно **разрушает биоплёнки, устойчивые** к средствам первой линии.

**Рекомендация.** Использование антисептиков в качестве альтернативы первой линии терапии представляется целесообразным, особенно с учётом того факта, что **метронидазол часто неэффективен против БВ-биоплёнок**, а также растущей устойчивости патогенов к антибиотикам.

Деквалиния хлорид (в РФ зарегистрирован под торговым наименованием «Флуомизин») обладает высокой антимикробной активностью практически **против всех** вагинальных патогенов<sup>100</sup>. В основе его эффекта лежит способность связываться с цитоплазматической мембраной и проникать внутрь патогена с последующей его гибелью и **разрушением структуры биоплёнки**. Кроме того, широкий спектр механизмов антибактериального действия деквалиния хлорида **препятствует** формированию устойчивых штаммов микроорганизмов<sup>101</sup>.

## Рецидивы: преодоление проблем резистентности

**Рекомендация.** Лечение хронического рецидивирующего БВ должно включать местные антисептики или супрессивную поддерживающую терапию с использованием местных форм метронидазола и последующим приёмом вагинальных пробиотиков для снижения вероятности рецидива после завершения лечения.

Тактика лечения несколько меняется в случае **рецидивирующего БВ**. Известно, что после завершения терапии первой линии БВ высок риск повторного появления симптомов. У 60% женщин отмечают рецидив заболевания в течение 3–12 мес после лечения<sup>34</sup>. В этой ситуации показано назначение местных антисептиков как альтернативы **поддерживающей терапии препаратами метронидазола** для местного использования (2 раза в неделю в течение 16 нед)<sup>35</sup> с последующим дополнительным назначением **вагинальных пробиотиков**. Эти средства способствуют повышению эффективности лечения, поскольку позволяют восстановить пул лактобацилл во влагалище и снизить вероятность рецидива. Однако только препаратами молочной кислоты или пробиотиками с лактобактериями излечить хронический рецидивирующий БВ невозможно.

**Рекомендация.** Если женщина страдает хроническим рецидивирующим БВ, может быть рассмотрен вопрос о лечении её партнёра, хотя доказательства этого ограничены.

\* Ограниченная эффективность, не разрешены при беременности.

Авторы нового гайдлайна **впервые** акцентируют внимание клиницистов на том, что при хроническом рецидивирующем течении БВ стоит учитывать возможность **лечения партнёра** пациентки, хотя это утверждение по-прежнему **контраверсионно** и достоверных доказательств к настоящему времени нет — или они или они ограничены. Впрочем, при наличии клинических проявлений у партнёра становится очевидной целесообразность назначения лечения и ему.

## Гестационные нюансы: эффект предвидения

**Рекомендация.** Беременные с симптомами БВ должны проходить лечение для облегчения симптомов и снижения вероятности осложнений во время гестации и послеродового периода.

Лечение БВ антибактериальными препаратами рекомендовано **всем будущим матерям** с симптомами, поскольку это способствует **снижению риска** преждевременных родов, преждевременного разрыва плодных оболочек, хориоамнионита и послеродового эндометрита<sup>37</sup>. По некоторым данным, диагностика и терапия бессимптомного БВ до 23-й недели беременности могут уменьшить частоту преждевременных родов<sup>38</sup>.

**Рекомендация.** Терапия симптоматического БВ во время беременности должна состоять в основном из лечения клиндамицином. В качестве альтернативы можно использовать вагинальные антисептики.

Беременным назначают преимущественно **вагинальные формы** клиндамицина или антисептические препараты. Клиндамицин благодаря противовоспалительному действию и широкому спектру действия больше подходит для назначения при гестации, чем метронидазол<sup>24</sup>. В гравидарном периоде следует **избегать** использования тинидазола.

Авторы обзора с присущей им педантичностью отнеслись к **описанию возможных** терапевтических стратегий в период гестации, акцентируя внимание не только на эффективности предпринимаемых мер, но и на безопасности для здоровья матери и ребёнка. Средства из **группы антисептиков** (в частности, деквалиния хлорид) можно считать достойной альтернативой антибиотикам<sup>33</sup>. Важно также помнить, что **повидон-йод** не следует назначать во время беременности.

**Рекомендация.** Женщинам с БВ, которые планируют забеременеть в ближайшее время, следует пройти курс лечения, даже если у них нет симптомов. То же самое относится к пациенткам с аэробным или десквамативным воспалительным вагинитом.

Биоплёнки БВ, по-видимому, также играют определённую роль в фертильности. Например, полимикробные сообщества при БВ чаще обнаруживались в материале эндометрия женщин с неразвивающейся беременностью, чем у небеременных женщин. Превентивная терапия, **элиминация** БВ-ассоциированного микробного разнообразия и **восстановление** на догестационном этапе помогает снизить риск осложнений беременности.

## Стандарт второго этапа: нужна пунктуальность

**Рекомендация.** Молочная кислота и пробиотики, по-видимому, оказывают положительное влияние во время терапии и в качестве профилактики рецидивов; их можно использовать в качестве дополнительного подхода.

Тем не менее использование и молочной кислоты, и пробиотиков (в том числе вагинальных и пероральных лактобактерий) для профилактики и лечения БВ по-прежнему вызывает споры<sup>39–41</sup>. Однако есть ряд исследований, показавших **значительные преимущества** назначения пробиотиков в рамках терапии БВ<sup>42</sup>. Пероральные пробиотики обнаруживают во влагалище только через 1–2 нед — они остаются там до тех пор, пока их продолжают принимать перорально<sup>43</sup>.



Наши зарубежные коллеги проделали большую исследовательскую работу, результатом которой стали **аргументированные рекомендации** по ведению пациенток с БВ. Стоит отметить, что, несмотря на дискуссионность по отдельным позициям, в целом положения гайдлайна применимы и в российских реалиях.

Возвращение симптомов БВ после лечения может происходить по ряду причин, прежде всего с повторным инфицированием при сексуальном контакте. Возможность передачи ключевых клеток при половом контакте представляется очевидной. В любом случае профилактика БВ, предотвращение хронического рецидивирующего БВ и резистентности патогенов к лекарственным средствам — **приоритетные направления** будущих исследований.

Эффективность альтернативных методов лечения и существующий план терапии должны быть **расширены и скорректированы** на основе результатов новых клинических исследований. Возможно, прорывом могут оказаться новые препараты или всё-таки лечение пациенток совместно с их партнёрами. Частоту рецидивов БВ также можно снизить, **воздействуя на предрасполагающие факторы риска**, например, избегая стрессов, ведя здоровый образ жизни и поддерживая нормальную массу тела. **SP**

Библиографию см. на с. 84–87.