

ПОКРАЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ СЕНІЛЬНИХ КОЛЬПІТІВ

СУХАНОВА А.А., СУМЕНКО В.В., ТКАЧУК Р.Р.

Кафедра акушерства, гінекології та репродуктології, Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини, м. Київ, Україна

Вступ

Клімактеричний період є перехідним фізіологічним періодом життя жінки, під час якого на тлі вікових змін організму домінують інволютивні процеси в репродуктивній системі.

При фізіологічному перебігу клімактеричного періоду порушення циклічних процесів у репродуктивній системі відбуваються поступово, і організм встигає адаптуватися до цих змін. Незважаючи на те, що клімактеричний період є закономірним процесом старіння, його перебіг у 50–70 % жінок супроводжується патологічними симптомами [1].

Прогресуюче збільшення з віком частоти розвитку уrogenітальної атрофії пов'язують зі змінами, що розвиваються на тлі естрогенного дефіциту, необоротними віковими метаболічними змінами в м'язах, слизовій оболонці, судинних сплетеннях піхви, сечового міхура й сечовидільного каналу, в м'язах і зв'язках малого таза. У результаті відбувається різке стоншення слизової оболонки піхви, припинення проліферативних процесів у вагінальному епітелії, зменшення продукції глікогену епітеліальними клітинами, зниження кількості або повне зникнення лактобацил, підвищення вагінального рН [2].

Численні дослідження показали, що до основних проявів уrogenітального старіння відносяться симптоми вагінальної дистрофії: сухість і свербіж в піхві, дизуричні розлади, рецидивуючі вагінальні виділення, опущення стінок піхви, кровоточивість слизової оболонки піхви, сексуальні порушення. Ці патологічні симптоми є результатом атрофічного процесу у тканинах піхви.

Атрофічний кольпіт (АК) — найбільш поширений вид гінекологічної патології в пацієнок віком 55–60 років. Підвищений інтерес до цієї проблеми пояснюється тим, що атрофічний процес у піхві істотно знижує якість життя жінок перехідного віку, професійно й творчо активних, і його лікування є актуальним і складним завданням сучасної медицини [1].

Патогенез АК найчастіше пов'язують з естрогенним дефіцитом. Естрогенні рецептори піхви розташовані в епітелії, стромі й міофібрилах гладкої мускулатури. Оскільки в клітинах стромі піхви містяться естрогенові рецептори, то колаген, що входить до складу сполучної тканини вагінальної стінки, є естроген-чутливою структурою й забезпечує еластичність вагінальної стінки. У результаті естрогенний дефіцит у пременопаузі супроводжується зниженням кровообігу в піхві до рівня ішемії різного ступеня, унаслідок чого формуються процеси, що можуть бути предикторами атрофічних змін тканини піхви [3].

Функціональність естрогенових рецепторів, що знаходяться в мембрані клітин тканини піхви, залежить від її фізико-хімічних властивостей. На ці властивості впливають процеси перекисного окислення ліпідів, що викликають зміни властивостей і функцій мембрани [1].

Серед обмінних процесів, що перебігають у вагінальній тканині, вуглеводно-енергетичний обмін перебуває під складним нейрогуморальним контролем, а перетворення глікогену в молочну кислоту залежить від стану мікрофлори піхви. Тканина піхви має ферментну систему, що регулює розпад глюкози й подальшу утилізацію продуктів розщеплення для забезпечення енергетичних потреб гладком'язової тканини й багаточарового плоского епітелію, а також використання їх для синтезу речовин неуглеводного характеру. На роботу транспортних систем впливає кількість аденозинтрифосфату, що синтезується клітиною. Біологічні функції білків та інших макромолекул можуть фактично полягати в утворенні й руйнуванні водної структури. У кінцевому підсумку ступінь гідратації макромолекул значною мірою визначає їх структуру й функціональну активність [3].

Проблема лікування уrogenітальних розладів неоднозначна. Акцент ставиться на замісній гормонотерапії (ЗГТ). Вибір типу ЗГТ для лікування уrogenітальних розладів є індивідуальним і залежить від віку пацієнтки, тривалості постменопаузи, провідних скарг, абсолютних і відносних протипоказань.

Однак досить часто для призначення ЗГТ є протипоказання з боку як екстрагенітальної, так і генітальної патології, що свідчить про необхідність застосування альтернативного лікування уrogenітальних розладів, що, у свою чергу, приведе до збереження працездатності та гідної якості життя жінок пери- і постменопаузального віку [2].

У зв'язку з цим актуальним є аналіз змін метаболічної перебудови обмінних процесів у тканинах піхви жінок з АК і внеску цих змін у процес формування атрофії на різному гормональному фоні. Тому розгляд патогенезу атрофічного вагініту на клітинному рівні дозволить вибрати найбільш правильні шляхи вирішення проблем здоров'я жінок цієї вікової групи.

Гель Інтінова містить компоненти природного походження, що комплексно впливають на стан піхви:

— екстракт алое сприяє регенерації слизової оболонки піхви, підвищує її пружність, зволожує, знімає подразнення та усуває свербіж піхви. Крім того, біологічно активні речовини алое мають протизапальні, антибактеріальні й протигрибкові властивості;

— екстракт мигдалю за рахунок наявності у його складі поліненасичених жирних кислот, вітамінів А, Е,

групи В (В₁, В₂, В₅, В₆, В₉, В₁₂), Н, РР, мікроелементів, амінокислот підвищує трофіку тканин піхви, покращує кровообіг статевих органів, а також сприяє синтезу колагену, що призводить до підвищення зволоженості та еластичності слизової оболонки піхви, зміцненню вагінальної стінки;

— екстракт гамамелісу є джерелом дубильних речовин, які проявляють в'язучі та судинозміцнюючі властивості, а також ущільнюють слизову оболонку, підвищуючи тонус піхви. За рахунок антимікробних, противірусних та протигрибкових властивостей гамамелісу сприяє профілактиці вагінальних інфекцій;

— екстракт пуерарії за рахунок виражених фітоестрогенних властивостей відновлює слизову оболонку піхви, усуває вагінальну атрофію завдяки підвищенню синтетичних процесів у слизовій оболонці, сприяє покращенню кровообігу в статевих органах;

— екстракт женьшеню завдяки біостимулюючим, імуностимулюючим та адаптогенним властивостям підвищує стійкість слизової оболонки піхви до патогенних мікроорганізмів та інших подразнюючих факторів, підвищує тонус судин, покращує кровообіг у статевих органах;

— екстракт гранатового дерева має виражені антиоксидантні та репаративні властивості, активує синтетичні процеси в слизовій оболонці, перш за все синтез білків еластину та колагену. За рахунок цього значно підвищуються пружність та еластичність піхви. Завдяки наявності органічних кислот екстракт гранатового дерева підтримує рН на оптимальному рівні й усуває вагінальний дисбіоз;

— гіалуронова кислота є природним полісахаридом, що покриває слизову оболонку піхви та створює захисний бар'єр на її поверхні, сприяючи відновленню слизової оболонки, зміцненню вагінальної стінки. Крім того, гіалуронова кислота добре зволожує слизову оболонку при її сухості.

Отже, завдяки багатому складу біологічно-активних речовин природного походження гелю Інтінова посилює синтетичні процеси в слизовій оболонці піхви, сприяє покращенню кровообігу в статевих органах, усуненню сухості та профілактиці атрофії слизової оболонки піхви в жінок менопаузального віку.

Мета дослідження: оцінити клінічну ефективність вагінального гелю Інтінова в лікуванні жінок із сенільним кольпітом, визначити ефективність лікування та частоту рецидивів при призначенні розробленої терапевтичної схеми.

Матеріали та методи

Дослідження проводилося в Київському міському центрі репродуктивної та перинатальної медицини, що є клінічною базою кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Було обстежено 60 жінок віком від 50 до 65 років. У 22 (36,7 %) пацієнток діагноз встановлений вперше, у 38 (63,3 %) уже застосовувались попередні курси лікування атрофічного кольпіту, що підтверджує досить високу частоту рецидивів і тимчасовий терапевтичний ефект існуючих методів лікування.

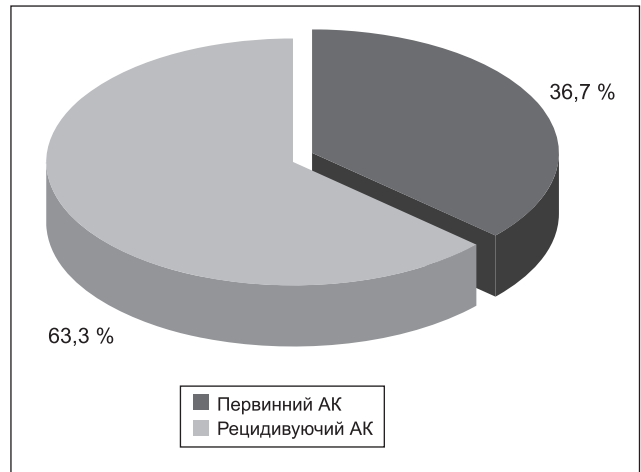


Рисунок 1. Співвідношення частоти виявлення первинного й рецидивуючого сенільного кольпіту

При традиційному гінекологічному огляді проводилось опитування жінок з метою виявлення загальних анамнестичних даних та анамнезу захворювання зі з'ясуванням скарг, частоти, тяжкості, клінічних проявів та тривалості захворювання, застосовувались лабораторні методи дослідження.

Просту та розширену кольпоцервікоскопію проводили із застосуванням діагностичного розчину (3% acidi aceticі) та використовували пробу Шиллера. Цитологічні, гормональні кольпоцитологічні, бактеріоскопічні, бактеріологічні препарати фарбувались за методиками Папаніколау, Паппенгейма, Романовського — Гімзи.

Для визначення патогенного мікробіоценозу в жінок з атрофічним кольпітом, викликаного анаеробною флорою, ми користувались критерієм Ньюджента. Критерії (бали) Ньюджента ґрунтуються на результатах мікроскопії мазка, пофарбованого за Грамом, і визначенні співвідношення 3 основних морфотипів бактерій: морфотипу *Lactobacillus* (великі грампозитивні бактерії), морфотипу *G.vaginalis* і інших невеликих грамнегативних і грамваріабельних бактерій і морфотипу *Mobiluncus* та інших вигнутих грамнегативних і грамваріабельних бактерій. Відповідь видається у вигляді числа балів від 0 до 10. Нормальний стан біоценозу піхви відповідає 0–3 балам (домінує морфотип *Lactobacillus* spp.), 4–6 балів — проміжний стан, понад 6 балів — бактеріальний вагіноз (домінують морфотипи *G.vaginalis* і *Mobiluncus* spp.).

Діагноз сенільного (атрофічного) кольпіту встановлювався на основі клінічних даних (сухість, свербіж, дискомфорт у піхві, біль при статевому акті, рецидивуючі вагінальні й контактні кров'яністі виділення), виявленні кольпоскопічних ознак атрофічного процесу (нерівний рельєф, червоний колір слизової оболонки з гіпертрофією запалених судин, що легко кровоточать при найменшому дотику, субатрофічні крововиливи, вторинне інфікування з дифузною або осередковою гіперемією піхви, сірим нальотом і гнійними виділеннями).

Для перименопаузального періоду, у якому вироблення естрогену значно знижується, клітинний склад піхви й шийки матки змінюється: в цитологічних і

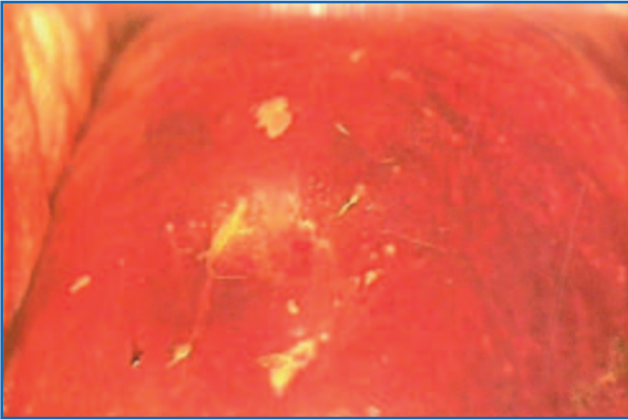


Рисунок 2. Кольпоскопія. Атрофічний кольпіт. Візуалізується нерівний рельєф, червоний колір обумовлений гіпертрофією запалених судин, що реагують на діагностичний розчин, субатрофічні крововиливи; $\times 12$

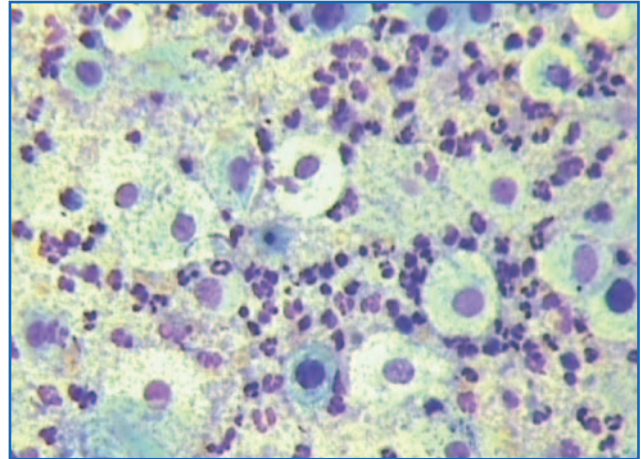


Рисунок 3. Цитограма. I група. Атрофічний кольпіт. Епітелій: базально-парабазальний тип із дистрофічними змінами. Велика кількість лейкоцитів та змішаної мікрофлори. Фарбування за Паппенгеймом; $\times 400$

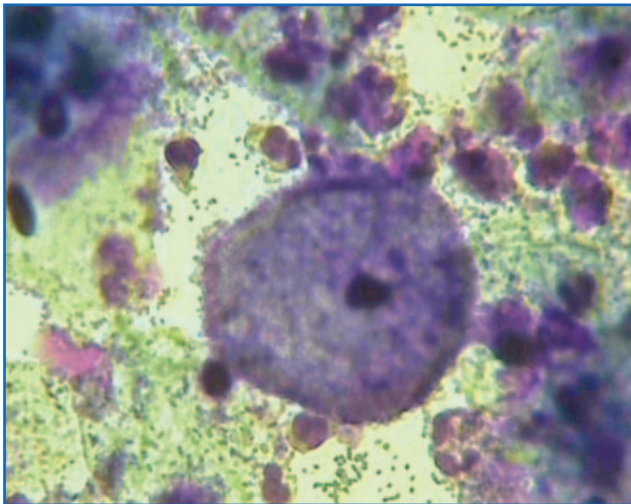


Рисунок 4. Цитограма. II група. Атрофічний кольпіт. Епітелій із дистрофічними змінами. Велика кількість лейкоцитів та кокобактерій, адгезивно прикріплених на поверхні цитоплазми («ключова» клітина). Фарбування за Паппенгеймом; $\times 900$

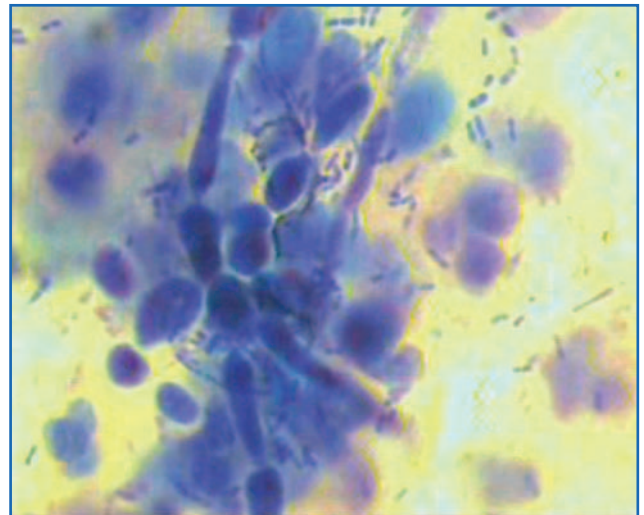


Рисунок 5. Цитограма. II група. Атрофічний кольпіт. Епітелій із дистрофічними змінами. Велика кількість лейкоцитів та наявність елементів гриба *Candida* spp. Фарбування за Паппенгеймом; $\times 900$

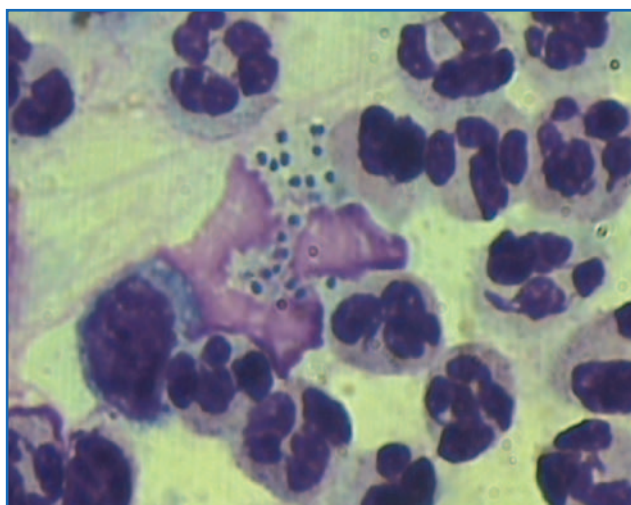


Рисунок 6. Цитограма. I група. Атрофічний кольпіт. Епітелій із дистрофічними змінами. Велика кількість лейкоцитів та диплококової мікрофлори. Фарбування за Паппенгеймом; $\times 600$

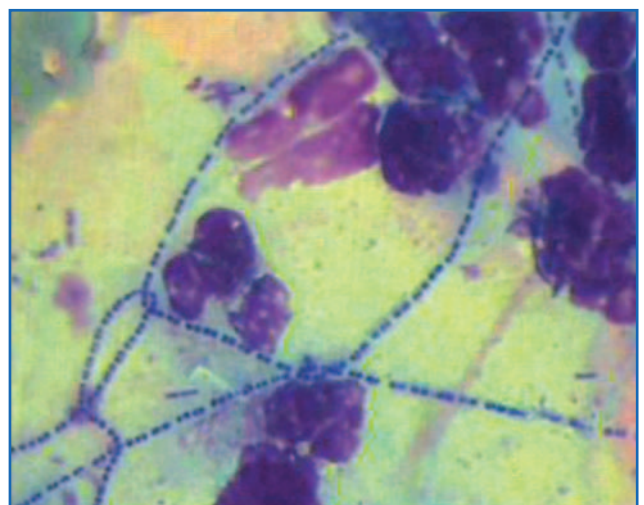


Рисунок 7. Цитограма. II група. Атрофічний кольпіт. Епітелій із дистрофічними змінами. Велика кількість лейкоцитів та стрептококів (коки розташовані ланцюжками). Фарбування за Паппенгеймом; $\times 900$

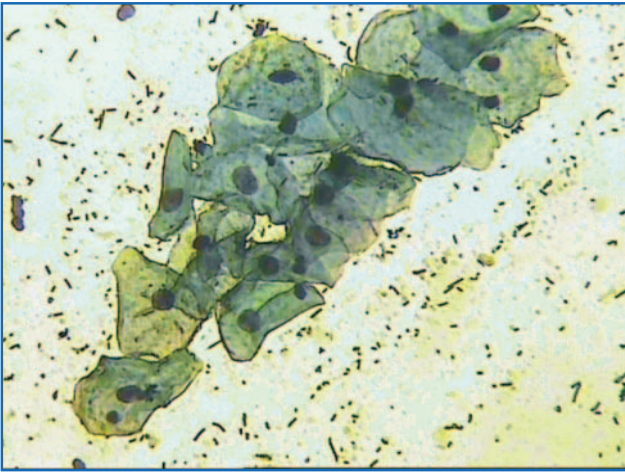


Рисунок 8. Цитограма. I група. Естатрофічний тип мазка. Епітелій: проміжні базофільні клітини. Лейкоцити та патогенні мікроорганізми відсутні. Невелика кількість лактобактерій. Фарбування за Паппенгеймом; $\times 600$

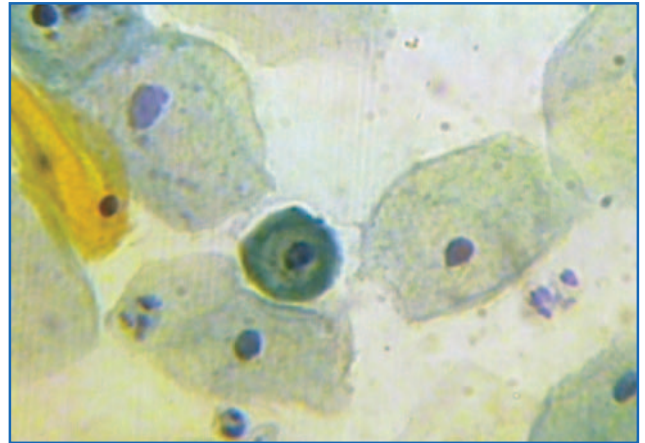


Рисунок 9. Цитограма. I група. Естатрофічний тип мазка. Епітелій: переважно проміжні базофільні клітини з поодинокими парабазальними та еозинофільними поверхневими клітинами. Лейкоцити та патогенні мікроорганізми відсутні. Фарбування за Паппенгеймом; $\times 600$

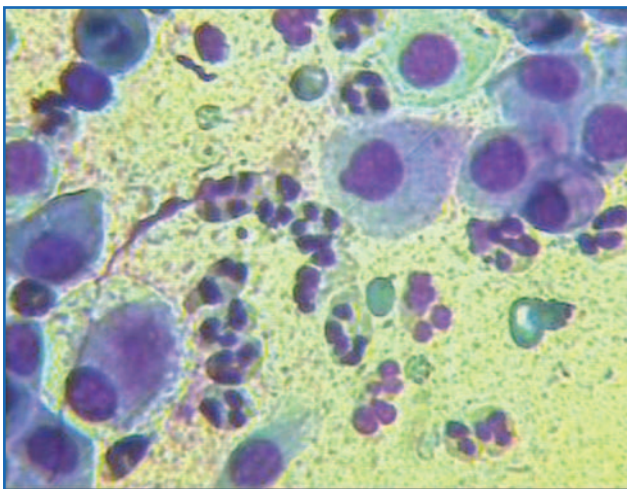


Рисунок 10. Цитограма. II група. Атрофічний кольпіт у процесі лікування. Епітелій: базально-парабазальний тип клітин. Помірна кількість лейкоцитів та змішаної мікрофлори. Фарбування за Паппенгеймом; $\times 400$

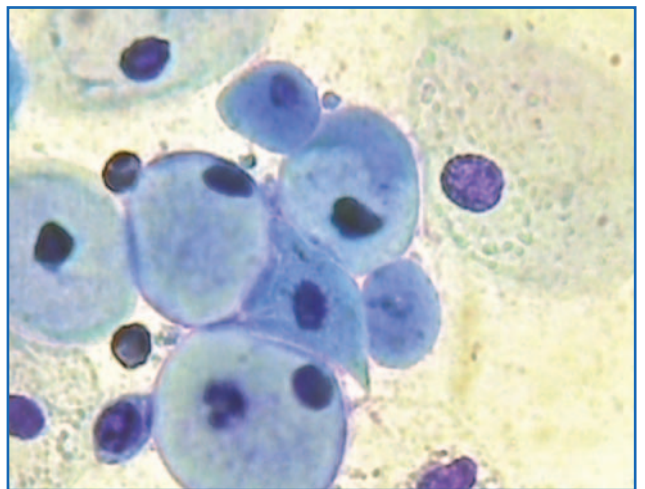


Рисунок 11. Цитограма. II група. Телеатрофічний тип мазка. Епітелій: переважно парабазальні клітини. Фарбування за Паппенгеймом; $\times 600$



Рисунок 12. Кольпоскопія. I група. Нормальна репарація епітелію шийки матки, рівномірний рельєф і колір потовщеної слизової оболонки, без ознак атрофії, шийка матки вкрита товстим проміжним епітелієм. Субатрофічні крововиливи й запалені судини відсутні; $\times 12$

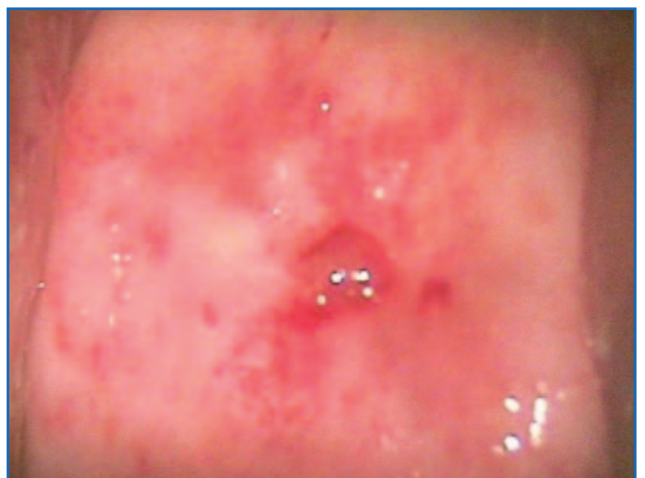


Рисунок 13. Кольпоскопія. II група. Неповна репарація субатрофічного епітелію шийки матки, нерівномірний колір епітелію шийки матки, ділянки білого потовщеного епітелію та червоного атрофічного епітелію, поодинокі субатрофічні судини; $\times 20$

кольпоцитологічних мазках зникають поверхневі шари епітелію. При цьому каріопікноз і еозинофілія відсутні. Для цього періоду характерний **естатрофічний тип мазка** [4], при якому слизова оболонка складається виключно з проміжних клітин. Цей тип дуже сприятливий для жінок у даному періоді: товстий шар проміжного епітелію характеризується захисною функцією щодо запалення та сприяє забезпеченню комфорту. Слід відзначити, що даний тип мазка — з проліферацією проміжних клітин — є сприятливим і при вагітності.

При більшому зниженні естрогенів проліферативний (естатрофічний) тип перетворюється в термінальний стан атрофії — **телеатрофія**. Даний стан дуже чутливий до запалення з розвитком менопаузального атрофічного кольпіту.

Проміжний тип. У мазках переважають проміжні клітини (до 90 %), розташовані шарами, групами й окремо, без закручених країв клітин. Поверхневі клітини поодинокі, фарбуються в базофільні тони. Індекс дозрівання становить 0/100/0; 0/90/10; 0/85/15.

Атрофічний тип. Основну масу клітин становлять парабазальні клітини. При більш вираженій атрофії відмічається більша кількість парабазальних клітин малої величини з нижніх шарів вагінального епітелію. Відповідно до ступеня атрофії збільшується величина ядер клітин. Лейкоцитів багато, палички Додерлейна відсутні. У випадках нерізно вираженої атрофії в мазках зустрічається до 50 % проміжних клітин. Мазки такого типу частіше зустрічаються після 5 років менопаузи й свідчать про різко знижену продукцію естрогенів яєчниками.

Цитологічна характеристика атрофії вагінального епітелію проявлялась трьома ступенями атрофічних змін.

Перший ступінь атрофії (А-I). У мазках переважають проміжні клітини за наявності окремих поверхневих і до 10 % — парабазальних. Такі мазки найчастіше зустрічаються в перші роки після настання менопаузи й при вторинній аменореї.

Другий ступінь атрофії (А-II). Переважають парабазальні клітини, клітини поверхневого шару відсутні. Проміжні — від 0 до 50 %. Є лейкоцити в різних кількостях.

Третій ступінь атрофії (А-III). У мазках виявляється тільки велика кількість парабазальних клітин нижніх шарів і лейкоцити. Мазки типу А-III зустрічаються через багато років після настання менопаузи. Лейкоцити завжди присутні.

У дослідження були включені жінки з телеатрофією із запальним фоном.

При проведенні терапії всіх обстежених пацієнток було розподілено на 2 групи:

— I група — 30 жінок, які отримували вагінальний гель Інтінова для лікування АК за схемою: по 5 г двічі на добу протягом 14 днів.

— II група — 30 пацієнток, які отримували загальноприйнятну терапію протягом 14 днів.

Оцінка ефективності лікування здійснювалась за швидкістю нормалізації клінічної та кольпоскопічної картини та на підставі відсутності клінічних симптомів захворювання протягом періоду спостереження. Після

закінчення курсу лікування протягом 2 місяців проводилось спостереження за жінками обох груп з метою визначення тривалості періоду ремісії.

Ступінь регенерації ектоцервіксу та ефективність лікування оцінювались кольпоскопічно, бактеріоскопічно та кольпоцитологічно через 14 днів та через 2 місяці після лікування. Критерієм успішного вилікування були: кольпоскопічно — повна репарація епітелію шийки матки, відсутність деформацій епітелію шийки матки, відсутність запалених судин [5], цитологічно — нормальне відновлення структури клітин, нормальний вагінальний біоценоз, кольпоцитологічно — естатрофічний тип мазка.

Також до показників ефективності лікування входили дані контролю переносимості призначеної терапії, тобто відсоток токсико-алергічних реакцій на основі об'єктивних та суб'єктивних ознак.

Результати та обговорення

При первинному зверненні в усіх жінок кольпоскопічно відмічалась яскраво виражена клінічна симптоматика сенільного кольпіту, а саме: спостерігався нерівний рельєф слизової оболонки шийки матки, червоний колір якої обумовлений гіпертрофією запалених судин, що реагують на діагностичний розчин, субатрофічні крововиливи (рис. 2).

Цитологічно та кольпоцитологічно в усіх жінок, включених у дослідження, відмічались запальний тип та виражена атрофія епітелію з дистрофічними змінами (рис. 3).

Бактеріоскопічно виявлялись інфекції, характерні для *Gardnerella* spp. (рис. 4), *Candida* spp. (рис. 5), диплококової (рис. 6), стрептококової (рис. 7) мікрофлори.

Серед виділених бактеріологічним методом інфекційних агентів знайдені умовно-патогенні, патогенні аеробні та анаеробні бактерії (табл. 1).

Клінічна та лабораторна ремісія після проведеного лікування відмічена в 30 (100 %) жінок I групи та 19 ($63,3 \pm 8,8$ %) пацієнток II групи ($p < 0,05$). При цьому в основній групі клінічний ефект відмічений раніше — на 5–6-й день лікування, на той час як у жінок контрольної групи — на 12–14-й день. Отже, у пацієнток I групи відмічався виражений протизапальний ефект та прискорення регенеративних процесів порівняно з групою контролю (табл. 2).

Як свідчать дані табл. 2, наявність естатрофічного типу мазка після отриманої терапії виявлена у 26 ($86,7 \pm 6,2$ %) жінок основної групи (рис. 8). У 3 ($10,0 \pm 5,5$ %) пацієнток діагностований телеатрофічний тип мазка з переважанням проміжних клітин, у 1 ($3,3 \pm 3,3$ %) жінки виявлений змішаний поверхнево-проміжний тип (рис. 9).

Ці дані свідчать про добру відновлювальну, протизапальну та дозріваючу функцію слизової оболонки у жінок на фоні прийому вагінального гелю Інтінова.

У 14 ($46,7 \pm 9,1$ %) жінок контрольної групи відмічався переважно телеатрофічний тип мазка зі слабим запальним фоном (рис. 10, 11), проміжний тип виявлений у 16 ($53,3 \pm 9,1$ %) пацієнток.

При бактеріоскопічному дослідженні після лікування у хворих I групи з естатрофією виявлені лактобак-

терії, поодинокі коки, а в пацієток з телеатрофією лактобактерії були відсутні, виділялась невелика кількість кокової мікрофлори. У жінок контрольної групи виявлена більш варіабельна кокова й диплококова мікрофлора, лактобактерії були відсутні.

Діапазон балів Ньюджента після проведеного лікування в усіх жінок основної групи коливався 0 до 3 балів. У контрольній групі нормальний стан біоценозу діагностований у 16 (53,3 ± 9,1 %) жінок, проміжний — у 6 (20,0 ± 7,3 %) пацієток. У 8 (26,7 ± 8,1 %) жінок критерії Ньюджента коливались у діапазоні від 6 до 8 балів, переважали анаеробні мікроорганізми, перш за все бактеріодоформні мобілюнкусподібні. «Ключові» клітини визначались у малої кількості хворих — 12 (40,0 ± 8,9 %) осіб, тому що в більшій частині були атрофічні типи мазків, а в меншій частині спостерігався проліферативний проміжний тип.

Наявність мікроорганізмів, що залишились після санації в контрольній групі жінок, у відновлюваному періоді обумовила патологічний репаративний процес та зміни, характерні для персистуючого запалення.

За даними кольпоскопії, у всіх жінок основної групи та 19 (63,3 ± 8,8 %) пацієток групи контролю відмічено повне відновлення епітелію шийки матки після отриманого лікування ($p < 0,05$). Основними кольпоскопічними критеріями якісної репарації шийки матки були: наявність багатошарового плоского епітелію рівномірної та нормальної товщини, рожевого забарвлення слизової оболонки, що свідчить про її адекватне гормональне насичення й відсутність атрофії (рис. 12).

В 11 (36,7 ± 8,8 %) пацієток контрольної групи ефект від призначеної терапії був недостатнім, що проявлялось неповною репарацією ектоцервіксу з наявністю рельєфної, нерівномірної слизової оболонки з вогнищами атрофії, субатрофії епітелію (рис. 13).

Контрольні обстеження через 2 місяці після закінчення терапії визначили виражену ефективність проведеного лікування у 26 (86,7 ± 6,2 %) пацієток I групи та 16 (53,3 ± 9,1 %) жінок II групи ($p < 0,05$).

У 14 (46,7 ± 9,1 %) жінок II групи відмічено появу рецидивів захворювання, що диктувало необхідність

Таблиця 1. Інфекції, що найчастіше асоціюються з атрофічним кольпітом I та II групи

Мікроорганізми	Кількість жінок	%
<i>Staphylococcus</i>	47	78,3
<i>Streptococcus</i>	28	46,7
<i>Enterococcus</i>	34	56,7
<i>Gardnerella</i>	25	41,7
<i>Candida</i>	31	51,7
<i>E.coli</i>	52	86,7
<i>Proteus</i>	19	31,7
Анаеробні бактерії	39	65,0

Таблиця 2. Цитологічна й кольпоцитологічна картина обстежених груп жінок після лікування

Групи		Кольпоцитологічна характеристика					
		Парабазально-базальні клітини (телеатрофія), n (%)	Індекс дозрівання	Проміжний тип (естатрофія), n (%)	Індекс дозрівання	Поверхнево-проміжний тип, n (%)	Індекс дозрівання
I (n = 30)	До лікування	30 (100)	100/0/0	0	–	0	–
	Після лікування	3 (10,0 ± 5,5)	40/60/0	26 (86,7 ± 6,2)	20/80/0	1 (3,3 ± 3,3)	15/60/25
II (n = 30)	До лікування	30 (100)	100/0/0	0	–	0	–
	Після лікування	14 (46,7 ± 9,1)	80/20/0	16 (53,3 ± 9,1)	45/55/0	0	–
p		< 0,05		< 0,05		< 0,05	

Таблиця 3. Стан біоценозу в обстежених групах жінок після лікування (за критеріями Ньюджента), n (%)

Група	Нормальний стан (0–3 бали)	Проміжний стан (4–6 балів)	Патологічний стан (6–8 балів)
Основна	30 (100)	–	–
Контрольна	16 (53,3)	6 (20)	8 (26,7)

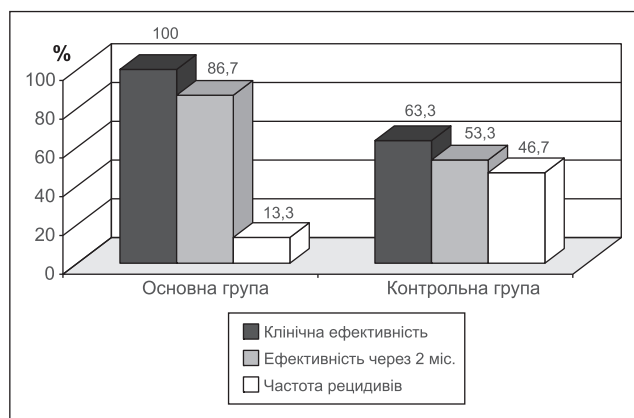


Рисунок 14. Порівняння клінічної ефективності лікування та частоти виникнення рецидивів в обох групах

призначення повторного курсу терапії. У хворих I групи прояви сенільного кольпіту спостерігались лише в 4 ($13,3 \pm 6,2$ %) пацієнток, він перебігав з меншою вираженістю клінічних ознак ($p < 0,05$).

Слід зазначити, що серед обстежених пацієнток обох груп лікування не супроводжувалось виникненням будь-яких терапевтичних ускладнень, місцевих та загальних алергічних реакцій.

Висновки

Проведене дослідження доводить високу ефективність гелю Інтінова в лікуванні сенільного кольпіту в жінок менопаузального віку. Отримані дані свідчать про сприятливий вплив вагінального гелю Інтінова на відновлювальну, протизапальну та дозріваючу функцію слизової оболонки.

Застосування вагінального гелю Інтінова веде до швидкого усунення суб'єктивних і клінічних проявів захворювання та сприяє профілактиці вагінальних інфекцій.

Застосування вагінального гелю Інтінова запобігає рецидивуванню проявів сенільного кольпіту, максимально подовжує міжрецидивний період та зменшує вираженість клінічної симптоматики рецидивів захворювання.

Список літератури

1. Микашинович З.И., Саркисян О.Г., Масленникова Т.С., Кулаковская Н.С., Личаева Е.И. Состояние антиоксидантной защиты ткани влагалища при атрофическом кольпите у женщин в пострепродуктивном периоде // Здоровье и образование в XXI веке: Мат-лы XI международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке», РУДН, Москва: Сб. науч. тезисов и статей. — 2010. — Т. 12, № 4. — С. 459.
2. Товстановская В.А. Новый подход в лечении женщин с атрофическим кольпитом / В.А. Товстановская, А.Б. Прилуцкая, А.И. Прилуцкий, Е.В. Коваль // Здоровье женщины. — 2013. — № 8. — С. 137-139.
3. Микашинович З.И., Саркисян О.Г. Метаболическая перестройка в ткани влагалища женщин, больных атрофическим кольпитом, в перименопаузальном периоде // Геронтология. — 2014. — Т. 2, № 3. — С. 273-285.
4. Frost J.K. Gynecologic and obstetric cytopathology // Novak E.R., Woodruff J.D. (Eds.): Novak's Gynecologic and Obstetric Pathology. — 7th ed. — Philadelphia: WB Saunders Company, 1974. — P. 634-728.
5. Коханевич Е.В. и др. Патология шейки и тела матки: Руководство для врачей / Под ред. проф. Коханевич Е.В. — Нежин: Гидромакс, 2009. — 352 с. ■