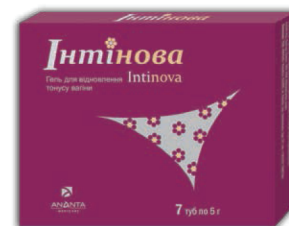


Інтінова

Гель для піхви
7 туб по 5 г



*Відновлюючи і зберігаючи
Надихаючи і перетворюючи*



 7 компонентів
для відновлення і збереження


ANANTA
MEDICARE

ПОКРАЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ СЕНІЛЬНИХ КОЛЬПІТІВ

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

*Кафедра акушерства, гінекології та репродуктології НМАПО імені П.Л.Шупика
Київський міський центр репродуктивної та перинатальної медицини*

РЕЗЮМЕ

Мета. Метою дослідження було оцінити клінічну ефективність вагінального гелю «Інтинова» в лікуванні жінок з сенильним кольпітом, визначити ефективність лікування та частоту рецидивів при призначенні розробленої терапевтичної схеми.

Матеріали та методи. Проведені клінічні, цитологічні та кольпоцервікоскопічні дослідження для аналізу стану вагінального епітелію, вагінального мікробіоценозу та тканин піхви. В дослідження включені 60 жінок менопаузального віку. Усім жінкам призначене симптоматичне місцеве лікування, спрямоване на нормалізацію мікробного пейзажу піхви, покращення репаративних процесів. Жінки основної групи для місцевого лікування застосовували лікарський засіб «Інтинова», контрольна група – традиційні засоби.

Результати. Клінічна та лабораторна ремісія після проведеного лікування відмічена у всіх жінок основної групи та у 80% пацієнток контрольної групи. Повторні обстеження протягом 6 місяців після закінчення терапії визначили відсутність рецидивів атрофічного кольпіту у 86,7% пацієнток основної групи та у 53,3% жінок групи контролю.

Висновок. Встановлено, що призначення вагінального гелю «Інтинова» сприяє покращенню регенеративно-репаративних процесів слизової оболонки піхви, надає протизапальну дію та покращує якість життя у жінок менопаузального віку, порівняно з традиційними схемами лікування.

Ключові слова: сенильний кольпіт, атрофічний кольпіт, менопауза, репаративні процеси, Інтинова.

УЛУЧШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СЕНИЛЬНЫХ КОЛЬПИТОВ

Суханова А.А., Суменко В.В., Ткачук Р.Р.

*Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии
НМАПО имени П.Л.Шупика*

Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины

РЕЗЮМЕ.

Цель. Целью исследования было оценить клиническую эффективность вагинального геля «Интинова» в лечении женщин с сенильным кольпитом, определить эффективность лечения и частоту рецидивов при назначении разработанной терапевтической схемы.

Материалы и методы. Проведены клинические, цитологические и кольпоцервикоскопические исследования для анализа состояния вагинального эпителия, вагинального микробиоценоза и тканей влагалища. В исследование включены 60 женщин менопаузального возраста. Всем женщи-

нам назначено симптоматическое местное лечение, направленное на нормализацию микробного пейзажа влагалища и улучшение репаративных процессов. Женщины основной группы для местного лечения применяли препарат «Интинова», контрольная группа – традиционные средства.

Результаты. Клиническая и лабораторная ремиссия после проведенного лечения отмечена у всех женщин основной группы и у 80% пациенток контрольной группы. Повторные обследования в течение 6 месяцев после окончания терапии определили отсутствие рецидивов атрофического кольпита в 86,7% пациенток основной группы и у 53,3% женщин группы контроля.

Выводы. Установлено, что назначение вагинального геля «Интинова» способствует улучшению регенеративно-репаративных процессов в слизистой оболочке влагалища, владеет противовоспалительным действием и улучшает качество жизни у женщин менопаузального возраста по сравнению с традиционными схемами лечения.

Ключевые слова: сенильный кольпит, атрофический кольпит, менопауза, репаративные процессы, Интинова.

IMPROVING THE EFFICIENCY OF SENILE VAGINITIS TREATMENT

Sukhanova AA, Sumenko VV, Tkachuk RR

*Department of Obstetrics, Gynecology and Reproduction
NMAPE named P.L.Shupyk*

Kyiv City Center for Reproductive and Perinatal Medicine

RESUME.

The aim of the study - to evaluate the clinical efficacy of a vaginal gel "Intinova" in senile vaginitis treatment and remission duration after gel administration.

Materials and methods. Clinical, cytological and colpocervicoscopic examinations for analysis of the vaginal epithelium, vaginal microbiocenosis and the vaginal tissue condition were conducted. The study included 60 women of menopausal age. All women appointed local symptomatic treatment aimed to normalize the vaginal microbiocenosis and improve the reparative processes in vagina. Women of the main group used the vaginal gel "Intinova" for local therapy, control group - traditional medicine.

Results. Clinical and laboratory remission after treatment was noted in all women of the main group and in 80% of the control group patients. Re-examination within 6 months after therapy identified no recurrence of atrophic vaginitis in 86.7% of patients of the main group and in 53.3% of women of the control group.

Conclusions. The administration of vaginal gel "Intinova" improves regenerative and reparative processes of vaginal mucosa, have an anti-inflammatory effects and improves the quality of life in women of menopausal age, compared with conventional treatment regimens.

Keywords: *senile vaginitis, atrophic vaginitis, menopause, reparative processes, Intinova.*

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 в 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 урогенітальної атрофії пов'язують зі змінами, що розвиваються на тлі естрогенного дефіциту, незворотними віковими метаболічними змінами в м'язах, слизовій оболонці, судинних сплетеннях піхви, сечового міхура і сечовидільного каналу, в м'язах і зв'язках малого таза. В 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 урогенітального 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 виникають в результаті атрофічного процесу в тканинах піхви.

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

Патогенез АК найчастіше пов'язують з естрогенним дефіцитом. Естрогенні рецептори піхви розташовані в епітелії, стромі і в 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 і забезпечує еластичність вагінальної стінки. В результаті естрогенний дефіцит в перименопаузі супроводжується зниженням кровообігу в піхві до рівня ішемії різного ступеня, внаслідок чого формуються процеси, які 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, які викликають зміни властивостей і функцій мембрани. [1]

Серед обмінних процесів, що протікають у вагінальній тканині, вуглеводно-енергетичний обмін знаходиться під складним нейрогуморальним контролем, а перетворення

глікогену в молочну кислоту залежить від стану мікрофлори піхви. Тканина піхви має ферментну систему, яка регулює розпад глікози і подальшу утилізацію продуктів розщеплення енергетичних потреб гладком'язової тканини і багатошарового плоского епітелію, а також використання їх для синтезу речовин неуглеводного характеру. На роботу транспортних систем впливає кількість аденозинтрифосфату (АТФ), яка синтезується клітиною. Біологічні функції білків і інших макромолекул можуть фактично полягати в утворенні і руйнуванні водної структури. В кінцевому підсумку ступінь гідратації макромолекул в значній мірі визначає їх структуру і функціональну активність. [3]

Проблема лікування урогенітальних розладів неоднозначна. Акцент ставиться на замісній гормонотерапії (ЗГТ). Вибір типу ЗГТ для лікування урогенітальних 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 урогенітальних розладів, що в свою чергу приведе до збереження працездатності та гідної якості життя жінок пері- і постменопаузального віку. [2]

У зв'язку з цим актуальним є аналіз змін метаболічної перебудови обмінних процесів в тканинах піхви жінок з АК і внесок цих змін в 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, які 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 володіють протизапальними, антибактеріальними та протигрибковими властивостями;
- екстракт мигдалю за рахунок наявності у 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 гаммелісу є джерелом дубильних речовин, які проявляють в'язучі та судинно-зміцнюючі властивості, а також ущільнюють слизову оболонку, підвищуючи тонус піхви. За рахунок антимікробних, протівірусних та протигрибкових властивостей гаммелісу 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 у слизовій оболонці, перш за все, білків еластину та колагену. За рахунок цього значно підвищуються пружність та еластичність піхви. Завдяки наявності органічних кислот екстракт гранатового дерева підтримує рівень рН на оптимальному рівні та усуває вагінальний дисбіоз;
- гіалуронова кислота є природним полісахаридом, який покращує 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.

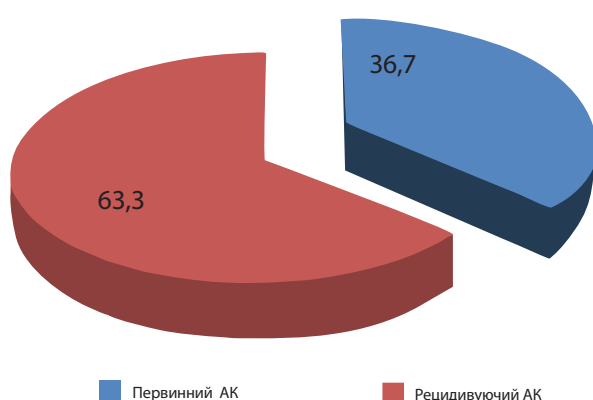
Таким чином, завдяки багатому складу біологічно-активних речовин природного походження гель «Інтінова» підвищує синтетичні процеси у слизовій оболонці піхви, сприяє покращенню кровообігу у статевих органах, усуненню сухості та профілактиці атрофії слизової оболонки піхви у жінок менопаузального віку.

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

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Дослідження проводилось в Київському міському центрі репродуктивної та перинатальної медицини, який 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.

Діаграма 1. Співвідношення частоти виявлення первинного і рецидивуючого сенільного кольпіту.



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

Просту та розширену кольпоцервікоскопію проводили із застосуванням діагностичного розчину (3% acidi acetic)

та використовували пробу Шиллера. Цитологічні, гормональні кольпоцитологічні, бактеріоскопічні, бактеріологічні препарати фарбувались за методиками Папаніколау, Паппенгейма, Романовського-Гімзи.

Для визначення патогенного мікробіоценозу у жінок з атрофічним кольпітом, викликаного анаеробною флорою, ми користувались визначенням критерію Ньюджента. Критерії (бали) Ньюджента засновані на результатах мікроскопії мазка, пофарбованого по Граму і визначенні співвідношення 3-х основних морфотипів бактерій: морфотипу *Lactobacillus* (великі грам-позитивні бактерії), морфотипу *G.vaginalis* і інших невеликих грам-негативних і грам-варіабельних бактерій і морфо типу *Mobiluncus* та інших вигнутих грам-негативних і грамваріабельних бактерій. Відповідь видається у вигляді балів від 0 до 10. Нормальний стан біоценозу піхви відповідає 0-3 балам (домінує морфо тип *Lactobacillus* spp.), 4-6 балів - проміжний стан, більше 6 балів - бактеріальний вагіноз (домінують морфо типи *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 і контактні кров'яністі виділення), виявленні кольпоскопічних ознак атрофічного процесу (нерівний рельєф, червоний колір слизової оболонки з гіпертрофією запальних судин, які легко кровоточать при найменшому дотику, субатрофічні крововиливи, вторинне інфікування з дифузною або осередковою гіперемією піхви, сірими налетами і гнійними виділеннями).

Для перименопаузального періоду, коли естрогенна дія значно знижується, клітинний склад піхви і шийки матки змінюється таким чином, що в цитологічних і кольпоцитологічних мазках зникають поверхневі шари епітелію. При цьому каріопікноз і еозинофілія відсутні. Для цього періоду характерні **естатрофічний тип мазка** [4], при якому слизова оболонка складається виключно з проміжних клітин. Цей тип дуже сприятливий для жінок цього періоду – товстий шар проміжного епітелію характеризується захисною функцією щодо запалення та сприяє комфорту. Слід відзначити, що даний тип з проліферацією проміжних клітин характерний для сприятливого мазку 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. В мазках переважають проміжні клітини (до 90%), розташовані шарами, групами і 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 складають парабазальні клітини. При більш вираженій атрофії відмічається більша кількість парабазальних клітин малої величини з нижніх шарів вагінального епітелію. Відповідно до ступеню 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 і свідчать про різко знижену продукцію естрогенів яєчниками.

Цитологічна характеристика атрофії вагінального епітелію проявлялась трьома ступенями атрофічних змін:

Перша ступінь атрофії (А-I). В мазках переважають про-

міжні клітини при наявності окремих поверхневих і до 10% парабазальних. Такі мазки найчастіше зустрічаються в перші роки після настання менопаузи і при вторинній аменореї.

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

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

В дослідження включені жінки з телеатрофією з запальним фоном.

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

- I група – 30 жінок, які отримували вагінальний гель «Інтінова» для лікування АК за схемою: по 5г двічі на добу протягом 14 днів.
- II група – 30 пацієнток, які отримували загальноприйнятту терапію протягом 14 днів.

Оцінка ефективності лікування здійснювалась за швидкістю нормалізації клінічної та кольпоскопічної картини та на підставі відсутності клінічних симптомів захворювання протягом 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 запальних судин [5], цитологічно - нормальне відновлення структури клітин, нормальний вагінальний біоценоз, кольпоцитологічно – естатрофічний тип мазка.

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

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При первинному зверненні у всіх жінок кольпоскопічно відмічалась яскраво виражена клінічна симптоматика сенільного кольпіту, а саме: спостерігався нерівний рельєф слизової оболонки шийки матки, червоний колір якої обумовлений гіпертрофією запальних судин, які реагують на діагностичний розчин, субатрофічні крововиливи.(рис.1).



Рис.1. Кольпоскопія. Атрофічний кольпіт. Візуалізується нерівний рельєф, червоний колір обумовлений гіпертрофією запальних судин, які реагують на діагностичний розчин, субатрофічні крововиливи. X12.

Цитологічно та кольпоцитологічно у всіх жінок, включених в дослідження відмічався запальний тип та виражена атрофія епітелію з дистрофічними змінами. (рис.2)

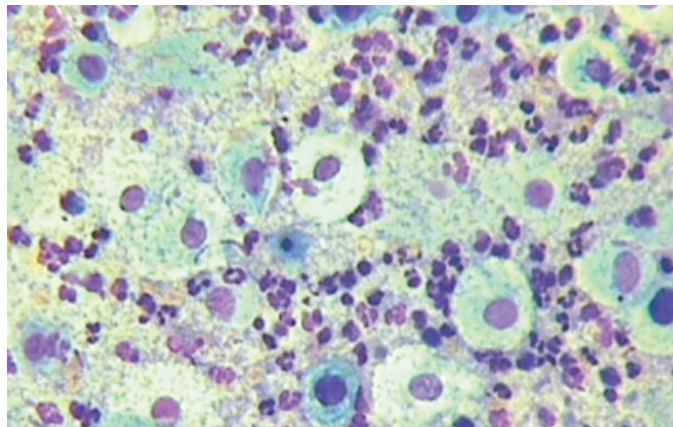


Рис.2. Цитограма. I група. Атрофічний кольпіт. Епітелій представлений базально-парабазальним типом з дистрофічними змінами. Велика кількість лейкоцитів та змішаної мікрофлори. Фарбування за Паппенгеймом. X400.

Бактеріоскопічно виявлялись інфекції, характерні для *Gardnerella* spp. (рис.3), *Candida* spp. (рис.4), диплококової (рис.5), стрептококової (рис.6) мікрофлори.

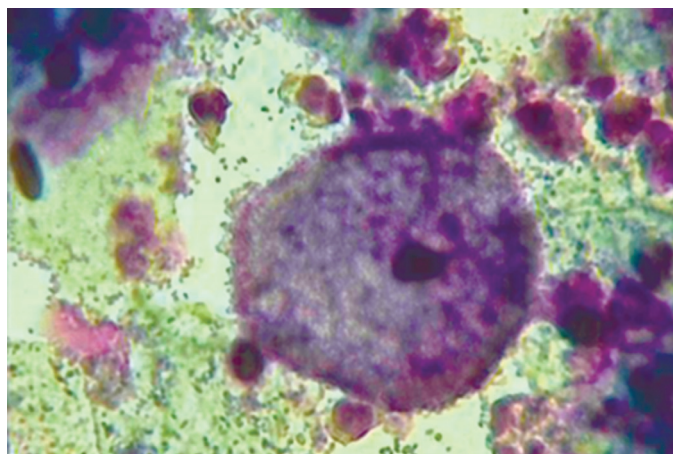


Рис.3. Цитограма. II група. Атрофічний кольпіт. Епітелій з дистрофічними змінами. Велика кількість лейкоцитів та кокобактерій, адгезивно прикріплених на поверхні цитоплазми («ключова» клітина). Фарбування за Паппенгеймом. X900.

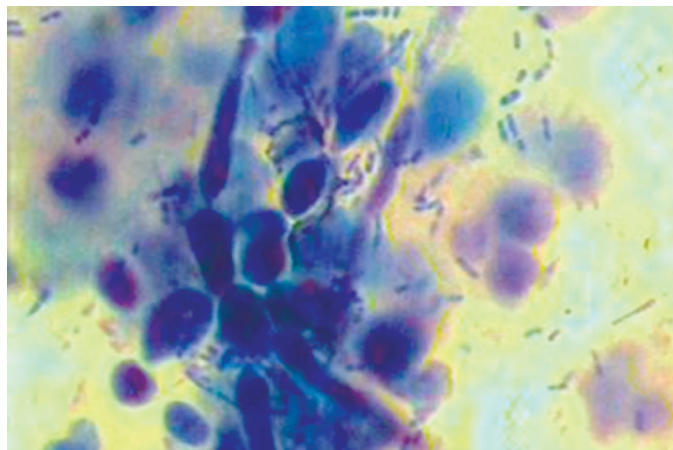


Рис.4. Цитограма. II група. Атрофічний кольпіт. Епітелій з дистрофічними змінами. Велика кількість лейкоцитів та наявність елементів гриба *Candida* spp. Фарбування за Паппенгеймом. X900.

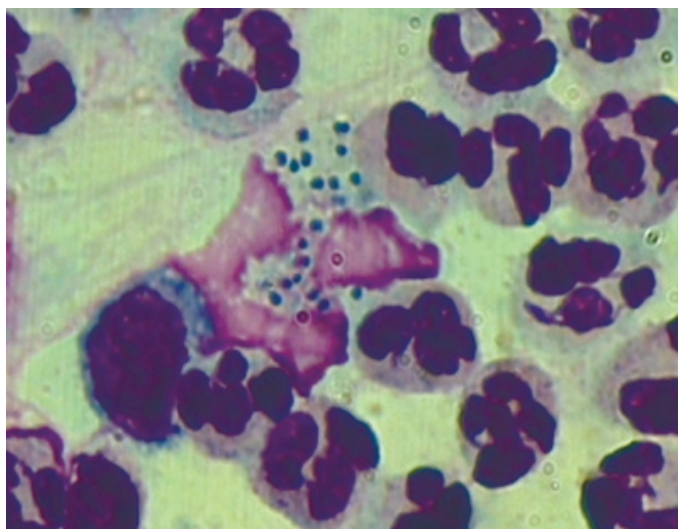


Рис.5. Цитограма. I група. Атрофічний кольпіт. Епітелій з дистрофічними змінами. Велика кількість лейкоцитів та диплокової мікрофлори. Фарбування за Паппенгеймом. Х600.

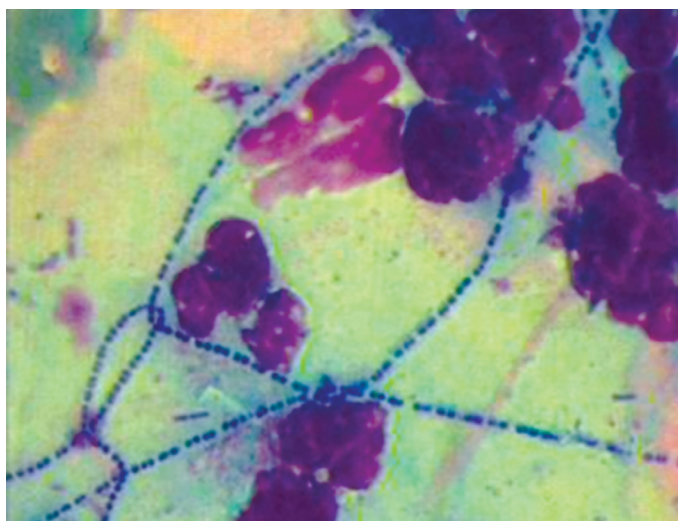


Рис.6. Цитограма. II група. Атрофічний кольпіт. Епітелій з дистрофічними змінами. Велика кількість лейкоцитів та стрептококами (коки розташовані ланцюжками). Фарбування за Паппенгеймом. Х900.

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

Таблиця №1. Найчастіші інфекції, що асоціюються з атрофічним кольпітом I та II групи.

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

Клінічна та лабораторна ремісія після проведеного лікування відмічена у 30 (100%) жінок I групи та у 19 (63,3±8,8%) пацієнток II групи ($p<0,05$). При цьому в основній групі клінічний ефект відмічений раніше - на 5-6 день лікування, в той час як у жінок контрольної групи

- на 12-14 день. Отже, у пацієнток I групи відмічався виражений протизапальний ефект та пришвидшення регенеративних процесів в порівнянні з групою контролю. (таб.2)

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

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

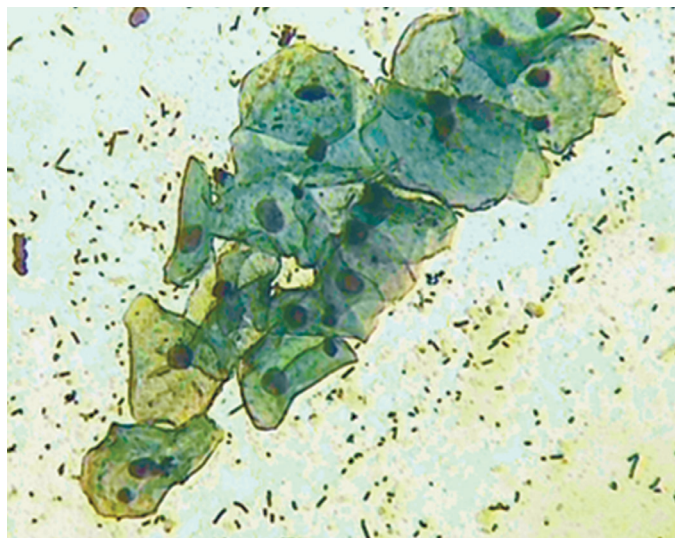


Рис.9. Цитограма. I група. Естатрофічний тип мазка. Епітелій представлений проміжними базофільними клітинами. Лейкоцити та патогенні мікроорганізми відсутні. Невелика кількість лактобактерій. Фарбування за Паппенгеймом. Х600.

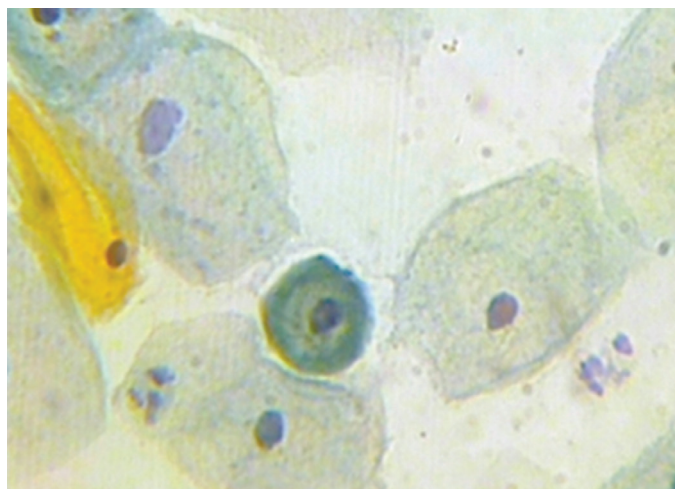


Рис.10. Цитограма. I група. Естатрофічний тип мазка. Епітелій представлений переважно проміжними базофільними клітинами з поодинокими парабазальними та еозинофільними поверхневими клітинами. Лейкоцити та патогенні мікроорганізми відсутні. Фарбування за Паппенгеймом. Х600.

У 14 (46,7±9,1%) жінок контрольної групи відмічався, переважно, телеатрофічний тип мазка із слабим запальним фоном (рис.11,12), проміжний тип виявлений 16 (53,3±9,1%) пацієнток.

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

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

Групи	Кольпоцитологічна характеристика						
		Пара-базально-базальні (телеатрофія)	Індекс дозрівання	Проміжні (естатрофія)	Індекс дозрівання	Поверхнево-проміжний	Індекс дозрівання
I група (30 жінок)	До лікування	30	100-0-0	0	-	0	-
	Після лікування	3(10±5,5%)	40-60-0	26(86,7±6,2%)	20-80-0	1(3,3±3,3%)	15-60-25
II група (30 жінок)	До лікування	30	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		(p<0,05)		(p<0,05)		(p<0,05)	

Таблиця 3. Стан біоценозу у обстежених групах жінок після лікування (за критеріями Ньюджента).

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

рії, поодинокі коки, а у пацієнок з телеатрофією лактобактерії були відсутні, виділялась невелика кількість кокової мікрофлори. У жінок контрольної групи виявлена більш варіабельна кокова і диплококова мікрофлора, лактобактерії були відсутні.

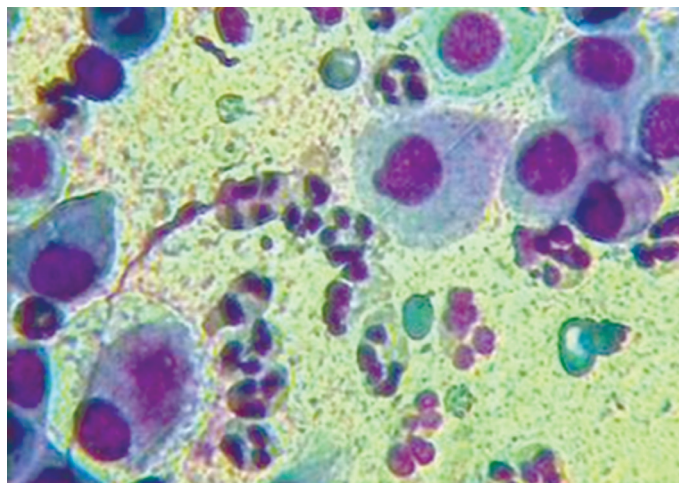


Рис.11. Цитограма. II група. Атрофічний кольпіт в процесі лікування. Епітелій представлений базально-парабазальним типом клітин. Помірна кількість лейкоцитів та змішаної мікрофлори. Фарбування за Паппенгеймом. Х400.

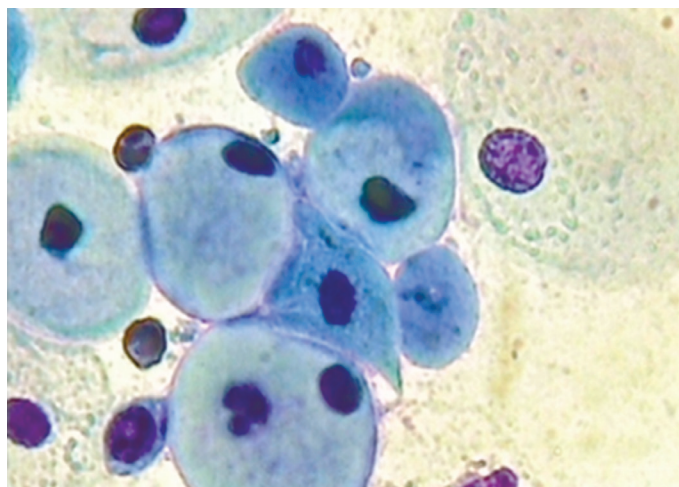


Рис.12. Цитограма. II група. Телеатрофічний тип мазка. Епітелій представлений, переважно, парабазальними клітинами. Фарбування за Паппенгеймом. Х600.

Діапазон балів Ньюджента після проведеного лікування у всіх жінок основної групи коливався 0 до 3 балів. В контрольній групі нормальний стан біоценозу діагностований у 16 (53,3±9,1%) жінок, проміжний – у 6 (20±7,3%) пацієнок. У 8 (26,7±8,1%) жінок критерії Ньюджента коливались в діапазоні від 6 до 8 балів - переважали анаеробні мікроорганізми, представлені переважно бактеріодиформними мобілюючосподібними мікроорганізмами. «Ключові» клітини визначались у малої кількості хворих - 12 (40±8,9%), так як основна група була представлена атрофічними типами мазків, а менша група була представлена проліферативним проміжним типом.

Наявність мікроорганізмів, які залишились після санації у 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 у 19 (63,3±8,8%) пацієнок групи контролю відмічена 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 і відсутність атрофії (рис.13).

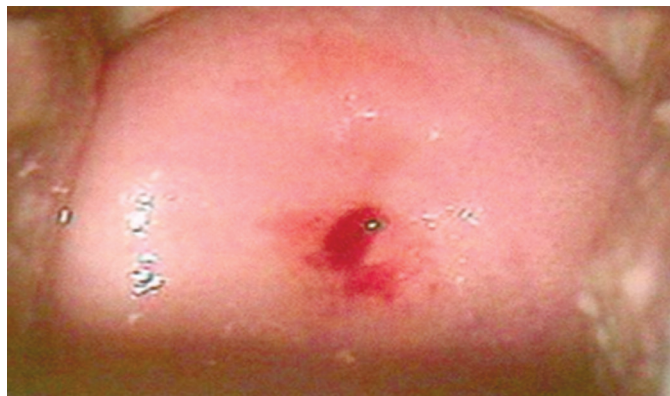


Рис. 13. Кольпоскопія. I група. Нормальна репарація епітелію шийки матки, рівномірний рельєф і колір потовщеної слизової оболонки, без ознак атрофії, шийка матки вкрита товстим проміжним епітелієм. Субатрофічні крововиливи і судини відсутні. Х12.

У 11 (36,7±8,8%) пацієнок контрольної групи ефект від призначеної терапії був недостатній, що проявлялось

неповною репарацією ектоцервікусу з наявністю рельєфного, нерівномірного характеру слизової оболонки з вогнищами атрофії, субатрофії епітелію.(рис.14).

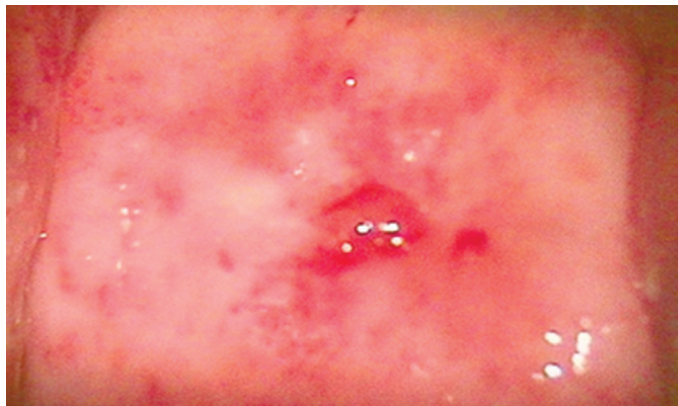
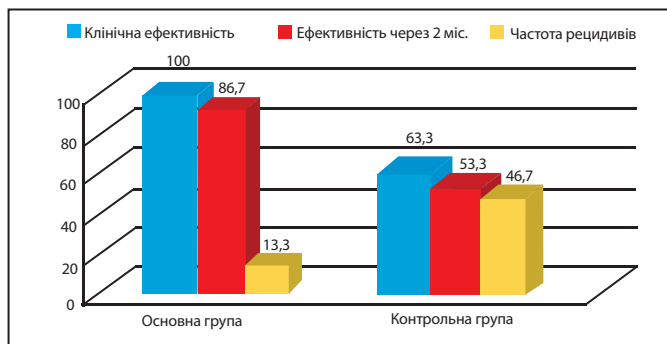


Рис.14. Кольпоскопія. II група. Неповна репарація субатрофічного епітелію шийки матки, нерівномірний колір епітелію шийки матки, ділянки білого потовщеного епітелію та червоного атрофічного епітелію, поодинокі субатрофічні судини. X20.

Контрольні обстеження через 2місяці після закінчення терапії визначили виражену ефективність проведеного лікування у 26(86,7±6,2%) пацієнок I групи та у 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 призначення повторного курсу терапії. У хворих I групи прояви сенільного кольпіту спостерігались лише у 4 (13,3±6,2%)пацієнок, які перебігали з меншою вираженістю клінічних ознак.($p<0,05$).

Діаграма 2. Порівняння клінічної ефективності лікування та частоти виникнення рецидивів в обох групах.



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

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження доводить високу ефективність гелю «Інтінова» у лікуванні сенільного кольпіту у 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 та клінічних проявів захворювання та сприяє профілактиці вагінальних інфекцій.

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

ЛІТЕРАТУРА

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/Сборник научных тезисов и статей «Здоровье и образование в XXI веке». - Т.12., №4, 2010/Материалы XI международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке» РУДН, Москва, 2010. - стр. 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. - Т.2., №3, 2014. - С. 273-285.
4. Frost JK: Gynecologic and obstetric cytopathology. Novak ER, and Woodruff JD (Eds.): Novak's Gynecologic and Obstetric Pathology, 7th ed. Pp. 634-728. Philadelphia, WB Saunders Company, 1974.
5. Коханевич Е.В. и соавт. Патология шейки и тела матки. Руководство для врачей/Под ред. проф. Коханевич Е.В. – Нежин: Гидромаркс, 2009. – 352с.