

ОСІННІЙ НОКТЮРН

ВСТУП

Барвиста осінь жінки: золота, багряна, оксамитова... Заможна родина, дорослі діти, бажані онуки, впевнена хода, гідна постать... Попереду десятиріччя, тому одне з головних завдань медичної спільноти – підтримка якості життя жінки в менопаузальний період.

Жінки менопаузального віку складають майже 10% світової жіночої популяції. В Україні понад 50% жінок (13,4 млн.) нині перебувають у пери- та постменопаузальному періодах [1], і якість їхнього життя напряму пов'язана зі станом здоров'я.

Одним із найчастіших патологічних станів постменопаузального періоду є **атрофічний вульвовагініт**. Частота даного захворювання та вираженість патологічних змін дуже залежать від тривалості постменопаузи. Через 7–10 років після припинення менструацій атрофічні зміни слизової оболонки піхви спостерігаються майже у половини жінок, а в подальшому їх частота сягає 70–75% [2, 3].

Велике значення у розвитку патологічного процесу має колонізаційна резистентність слизової піхви – органу, який безпосередньо межує із зовнішнім середовищем і через те формує своєрідну «екологічну нішу». Піхва є місцем постійної присутності мікрофлори, 90–95% якої складають класичні представники – лактобактерії [4, 5]. Для нормального біоценозу піхви (нормоценозу) характерна також відсутність грамнегативної флори, спор, міцелію грибів, наявність поодиноких лейкоцитів та незмінних епітеліальних клітин.

Лактобактерії – найтипівіші представники мікрофлори статевих шляхів здорових жінок. Вони відповідають за захисний механізм шляхом конкуренції з патогенними мікроор-

ганізмами та підтримують кисле середовище у піхві, що створює несприятливі умови для розвитку патологічної мікрофлори [4]. Особливе значення у підтримці нормального біоценозу піхви має *Lactobacterius acidoflus*, що виробляє перекис водню й особливу бактеріоскопічну рідину – бактеріоцин, який інгібує ріст *Gardnerella vaginalis*.

У підтримці фізіологічної вагінальної мікрофлори беруть участь специфічні бар'єри жіночого організму:

- ❖ зімкнута статева щілина та волосяний покрив у ділянці промежини та лобка (механічна перешкода потраплянню до піхви чужорідних тіл та інфекційних агентів);
- ❖ домінування лактобактерій із вираженими протективними властивостями, що забезпечують природне закислення середовища, вироблення перекису водню (у дорослої здорової жінки вагінальний секрет має доволі агресивний рівень рН – 4,0–4,5, бактерицидний для 90% інфектів);
- ❖ анатомічна цілісність шийки матки, висока концентрація факторів місцевого імунітету в густому цервікальному слизі (дозволяє попередити проникнення у верхній відділ статевих шляхів до 70% інфектів);
- ❖ захисний вплив естрогенів, які регулюють функціональний стан епітелію піхви та забезпечують накоплення глікогену.

АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ ТА ПОСТАНОВКА ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Провідною причиною атрофічного вульвовагініту є вікове зниження рівня естрогенів, що виникає внаслідок згасання функції яєчників. Фізіологічний рівень естрогенів у жінок репродуктивного віку підтримує синтез глікогену в

О.П. ТАНЬКО

д. мед. н., професор, заступник головного лікаря з медичної частини Харківського міського клінічного пологового будинку № 7
ORCID: 0000-0001-6928-3211

М.В. САМОЙЛОВА

к. мед. н., асистент кафедри акушерства і гінекології № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця

С.В. КОРОВАЙ

к. мед. н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології Харківської медичної академії післядипломної освіти

О.Л. ЧЕРНЯК

к. мед. н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології Харківської медичної академії післядипломної освіти

І.С. ОСТАПОВА

завідувачка відділенням гінекології Харківського міського клінічного пологового будинку № 7

Контакти:

Танько Ольга Петрівна
КЗОЗ «ХМКПБ № 7»
61023, Харків, Шота Руставелі, 12
тел.: +38 (067) 253 50 17;
+38 (095) 440 88 68
e-mail: olga_tanko@mail.ru



Лікування жінок із атрофічним вагінітом препаратом депантол сприяє покращенню стану піхви і нормалізації її мікробного пейзажу та створює умови для усунення імунодефіцитних станів

проміжних клітинах та проліферацію вагінального епітелію, сприяє утворенню достатньої кількості молочної кислоти, пригнічує ріст патогенних та умовно патогенних мікроорганізмів, підтримує кислотну та мікробіологічну рівновагу у вагінальному біопаті. Під впливом естрогенів покращується кровопостачання вагінального епітелію, відновлюється трансудативна функція слизової оболонки та її еластичні властивості. Естрогени стимулюють секрецію імуноглобулінів, що суттєво впливає на локальний імунітет – відбувається протидія розвитку рецидивної інфекції нижніх відділів генітального тракту та висхідної інфекції сечовивідних шляхів [6, 7].

Обумовлені дефіцитом гормонів атрофічні зміни характеризуються зниженням кровообігу та кровопостачання слизової оболонки піхви, руйнуванням та гіалінозом еластичних і колагенових волокон. Крім того, у вагінальному епітелії та підлеглій сполучній тканині відбуваються зміни клітинного складу. Зокрема, в клітинах епітелію зменшується продукція та вміст глікогену, що призводить до послаблення захисних властивостей і полегшує інфікування слизових оболонок. Знижується колонізація піхви лактобацилами, суттєво зменшується кількість молочної кислоти та підвищується лужність піхвового секрету до рН 5,5–6,8. Зміни піхвового біопату створюють умови для колонізації слизової оболонки піхви різноманітною флорою, суттєво збільшуючи ризик розвитку бактеріального вагінозу, інфекційних захворювань піхви та інших органів сечостатевої системи. Довготривалий перебіг захворювання часто призводить до сексуальних та емоціональних розладів і значного зниження якості життя жінки.

Атрофічний вагініт не належить до захворювань інфекційного ґенезу. Тому необґрунтоване призначення антибактеріальної терапії не приносить полегшення пацієнткам, натомість часто завдає їм суттєвої шкоди, поглиблюючи перебіг патологічного процесу та негативно впливаючи на фактори загального та місцевого імунітету.

Менопаузальні зміни призводять до зменшення глибини та просвіту піхви внаслідок втрати еластичності, слабкості та атрофії м'язів тазового дна, згладжування вагінальних складок, витончення вагінального епітелію з наступною інфільтрацією лімфоцитами.

Незважаючи на проблему атрофічного вульвовагініту в жінок менопаузального віку, раніше медики не пропонували лікування, якщо жінка не була сексуально активною. Однак нині більшість жінок впевнено покращує якість життя і не вважає, що біологічний вік

та незначна сексуальна активність можуть стримувати прагнення до комфортної життєдіяльності.

Атрофічні зміни вагінального епітелію, які виникають у ранньому менопаузальному віці та прогресують протягом усього життя жінки, досить ефективно усувають естрогени. Водночас значна кількість жінок не може чи не бажає приймати естрогени у зв'язку з медичними проблемами або особистими переконаннями. Слід також зауважити, що замісна гормональна терапія не завжди є ефективною стосовно усунення симптомів атрофічного вульвовагініту. І, на додаток, у деяких жінок через певні причини відбувається транзиторне вимушене зниження рівня естрогенів, а тому їм потрібні ліки, що відновлюють поверхневий епітелій піхви та відтворюють його тривале зволоження і захист.

Метою нашого дослідження стало визначення клінічної ефективності препарату депантол при атрофічних вагінітах. Для досягнення поставленої мети було проведено порівняльний аналіз результатів терапії депантолом, препаратом ревітакса та метилурацилом у супозиторіях.

Депантоленол – комбінований репаративний, протизапальний та протимікробний препарат, що містить хлоргексидину біглюконат та декспантенол.

Хлоргексидину біглюконат – антисептична речовина, активна щодо більшості грамнегативних та грампозитивних бактерій, простіших, дерматофітів, дріжджових грибів, вірусу герпесу. До дії хлоргексидину чутливі штами *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*, *Treponema pallidum*, *Ureaplasma spp.*, *Chlamydia spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Streptococcus spp.*, *Bacteroides fragilis*, *Neisseria gonorrhoeae*.

Декспантенол входить до складу коензиму А, бере участь у ліпідному та вуглеводному обміні, процесах ацетилювання, синтезі ацетилхоліну, глюкокортикостероїдних гормонів та порфіринів. Декспантенол стимулює регенеративні процеси, нормалізує клітинний обмін, підсилює мітоз та підвищує щільність колагенових волокон, не порушує активність лактобацил.

До складу супозиторіїв ревітакса входять гіалуронова кислота, екстракт календули, екстракт алое, екстракт масла чайного дерева, екстракт центели азіатської. Даній комбінації речовин притаманні регенеративні, протизапальні та імуностимулюючі властивості.

Метилурацил у свічках – стимулюючий регенерацію препарат із анаболічною активністю, який чинить імуностимулюючу, протизапальну та гемопоетичну дію.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Нами проведено дослідження 79 жінок менопаузального віку, яким було встановлено діагноз «атрофічний вагініт». Діагностика останнього ґрунтувалася на гінекологічному огляді, бактеріоскопічному та бактеріологічному дослідженні, цитологічному дослідженні вагінальних мазків (Пап-тест), за необхідності проводився аналіз на інфекції, які передаються статевим шляхом.

27 пацієнток проходили лікування з використанням депантолу (підгрупа D); 27 – супозиторіїв ревітакса (підгрупа P); 25 – супозиторіїв метилурацилу (підгрупа M). Депантол призначали по 1 супозиторію двічі на добу протягом двох тижнів; ревітаксу – за інструкцією, тобто 1 супозиторій на добу, також упродовж двох тижнів; метилурацил – двічі на добу з таким самим терміном лікування.

На початку терапії, після її закінчення та через 2, 4 і 6 місяців після проведеного лікування пацієнтки заповнювали таблиці з показниками індексу стану піхви [2], який характеризує її еластичність, об'єм рідини у піхві, рівень рН, цілісність вагінального епітелію та його зволоження (табл. 1).

З метою оцінки регенеративних та імуностимулюючих властивостей запропонованих лікарських засобів нами проведено визначення ступеня та характеру апоптичних процесів в імункомпетентних клітинах периферичної крові у пацієнток із атрофічним вагінітом.

Досліджено стан рецепторних структур CD95, які ідентифікують ступінь експресії рецептора до ліганда – індуктора апоптозу, зокрема, фактора некрозу пухлини.

Одним із зовнішніх факторів, що запускають у клітині процес апоптозу, є Fas – ліганд (FasL), що разом зі своїм рецептором Fas/Аро складає Fas-систему, яка здатна вбити клітину протягом кількох годин. Fas належить до індукторів рецептор-опосередкованого апоптозу та є інтегральним білком плазматичної мембрани ефекторних Т-клітин. Концентрацію розчиненого sFas Ligand визначали за допомогою імуноферментної тест-системи для кількісного визначення sFas у сироватці крові людини (Bender MedSystems, Австрія).

У визначенні біохімічних змін в апоптичних клітинах важливе місце посідає флуориметричний аналіз для виявлення каспази-3. Відомо, що каспази є головними медіаторами апоптозу. Слід зазначити, що активація каспаз відбувається на ранніх етапах апоптичної смерті, які важко реєструвати. Тому визначення ензиматичної активності каспаз може бути важливим показником ініціації апоптозу. Нами проведено дослідження каспази-3 у лімфоцитах сироватки крові.

Серед 79 досліджуваних жінок, середній вік яких склав 57 років, 54 (68,3%) жінки були заміжні, більшість пацієнток (78,5%) мали статеві стосунки. Жодна з пацієнток не вийшла з дослідження внаслідок негативних побічних ефектів лікування.

Групу контролю склали 25 жінок менопаузального віку без ознак атрофічного вульвовагініту.

Результати досліджень оброблялися за допомогою програми статистичного аналізу Microsoft Excel 2011 для медичних досліджень.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Жінки з виявленим атрофічним вагінітом скаржились на сухість, свербіж, біль у піхві, неприємні відчуття в уретрі та піхві, пов'язані з актом сечовипускання і статевим актом (84,8% пацієнток). Майже половина (49,4%) хворих констатувала наявність виділень із піхви різного характеру: жовтих, кров'янистих, із неприємним запахом. У 46 (58,2%) пацієнток мало місце порушення сечовипускання (дишуричні явища, часте сечовипускання, дискомфорт у ділянці уретри).

При проведенні кольпоскопії у 78,5% жінок із атрофічним вульвовагінітом були відсутні типові ознаки запального процесу: не візуалізувалися набряк та гіперемія слизових оболонок на відміну від аналогічних змін у репродуктивному віці. Звертала на себе увагу витонченість слизової оболонки піхви, легка її травматизація при проведенні дослідження.

Аналіз виділень із піхви хворих на атрофічний вульвовагініт продемонстрував наступні результати: лейкоцити, що покривали все поле зору, визначались у 15,2% жінок; *C. albicans* – у 11,4%, гарднерели – у 15,2% пацієнток. В аналізах виділень із піхви контрольної групи результати вищезазначеного дослідження знаходилися у межах фізіологічної норми.

При проведенні бактеріологічного дослідження майже у третини жінок із клінічними проявами атрофічного вульвовагініту встановлено наявність асоціацій мікроорганізмів, до складу яких входили кишкові палички, кокова флора з додатковим інфікуванням вірусами герпесу, цитомегаловірусом, а у 7,6% жінок – мікоплазмами.

Зауважимо, що провідну роль у попередженні розвитку атрофічних вульвовагінітів відіграють ендокринно-імунні взаємозв'язки. Гіпоестрогенемія та поєднаний із нею вторинний імунodefіцит [8, 9] призводять до порушення мікроекології слизових оболонок, сприяють колонізації не тільки патогенними бактеріями, але й умовно-патогенною флорою та ураженню вірусами.

ТАБЛИЦЯ 1. ІНДЕКС СТАНУ ПІХВИ

	1 бал	2 бали	3 бали	4 бали	5 балів
Еластичність	Відсутня	Слабка	Середня	Добра	Відмінна
Об'єм рідини	Відсутній	Незначна кількість, задне склепіння піхви не повністю покрите	Незначна кількість, задне склепіння піхви повністю покрите	Помірна кількість зон сухості (маленькі сухі ділянки на ватному тампоні)	Достатня кількість (повністю просочує ватний тампон)
рН	6,1 та вище	5,6–6,0	5,1–5,5	4,7–5,0	4,6 та нижче
Цілісність епітелію	Петехії, помітні до контакту	Кровотеча при легкому контакті	Кровотеча при дослідженні	Не травмується – тонкий епітелій	Достатня
Зволоження	Відсутнє, поверхня запалена	Відсутнє, поверхня не запалена	Мінімальне	Помірне	Достатнє

МЕНЕДЖМЕНТ КЛІМАКТЕРІЮ

До початку лікування у жінок із атрофічним вульвовагінітом виявлено статистично значуще зниження індексу стану піхви до 14,2 балів (сумарний показник балів у жінок контрольної групи склав 18,6 балів).

Після проведеного лікування у більшості жінок із групи дослідження відбувалося відновлення фізіологічного біоптату піхви, але в підгрупах Р та М, де використовувалися препарати ревітакса та метилурацил, встановлено наявність патологічних асоціацій мікроорганізмів у 3,8% та 5% жінок відповідно.

При проведенні порівняльного аналізу клінічної ефективності препаратів депантол, ревітакса та метилурацил відзначено покращення індексу стану піхви та підтримання його протягом двох місяців після прийому препарату. При цьому слід зауважити, що найкращі результати у відновленні параметрів даного показника досягнуто при використанні депантолу (рис. 1): у пацієток підгрупи D після проведеного лікування індекс стану піхви склав 18,1 бали і майже не змінився через 2, 4 та 6 місяців після лікування. У жодної жінки не було побічних ефектів, усі пацієнтки відзначили суттєве тривале покращення попереднього стану зі зникненням первинних симптомів сухості у піхві, подразнення, печії, свербіння та болю при статевому акті.

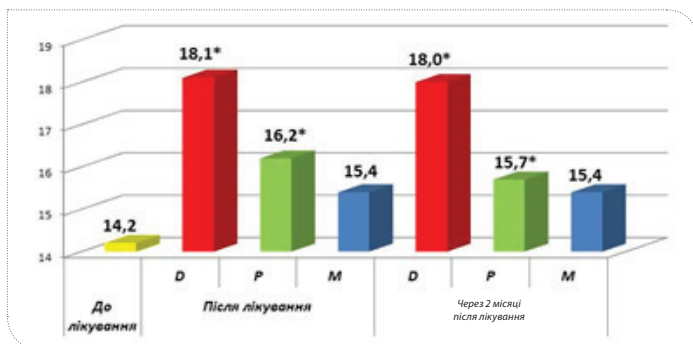


РИСУНОК 1. ІНДЕКС СТАНУ ПІХВИ (БАЛИ)

* різниця достовірна в порівнянні з початковим показником, $p < 0,05$

Рівень вагінального рН відіграє важливу роль в попередженні колонізації піхви патогенними та умовно-патогенними мікроорганізмами. В динаміці лікування відбулося статистично значуще покращення даного показника при використанні досліджених препаратів, але найефективнішим виявився депантол – рівень рН при його застосуванні суттєво знизився, створивши сприятливі умови для формування фізіологічного мікробного пейзажу (рис. 2).

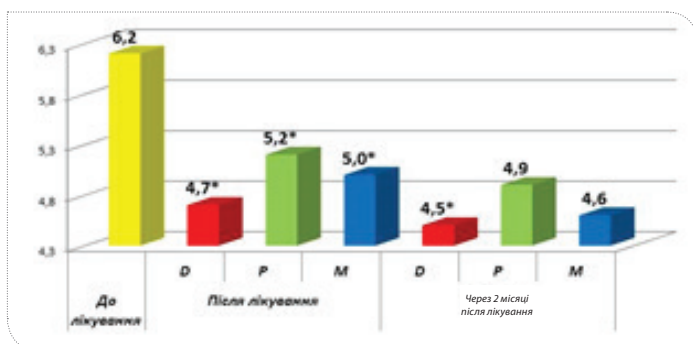


РИСУНОК 2. РІВЕНЬ ВАГІНАЛЬНОГО РН В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ

* різниця достовірна в порівнянні з початковим показником, $p < 0,05$

Безперечно, вдале поєднання в препараті депантол двох складових – антисептичної речовини, активної щодо більшості грамнегативних та грампозитивних бактерій, простіших, дерматофітів, дріжджових грибів, вірусу герпесу, а також речовини, що відновлює клітинний метаболізм, із протизапальними та імуностимулюючими властивостями препарату продемонструвало найкращий результат стосовно відновлення цілісності епітелію піхви та його зволоження (рис. 3, 4).

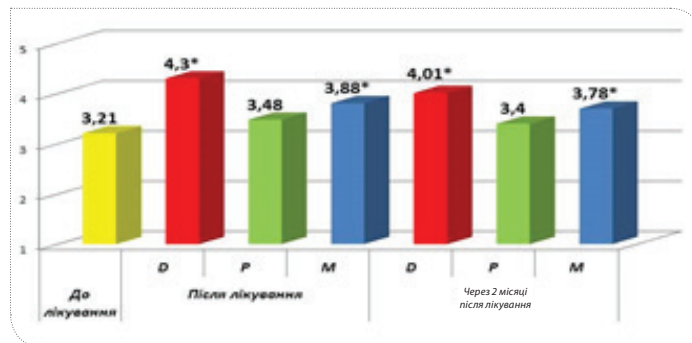


РИСУНОК 3. ЦІЛІСНІСТЬ ЕПІТЕЛІЮ ПІХВИ (БАЛИ)

* різниця достовірна в порівнянні з початковим показником, $p < 0,05$

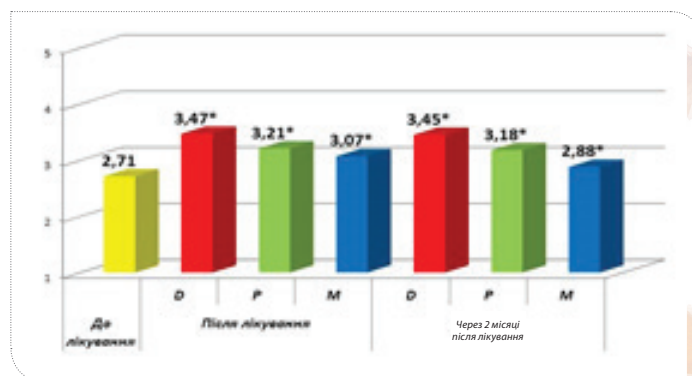


РИСУНОК 4. ЗВОЛОЖЕННЯ ПІХВИ (БАЛИ)

* різниця достовірна в порівнянні з початковим показником, $p < 0,05$

Доведено, що гіпоестрогенемія відіграє не останню роль у формуванні вторинних імунодефіцитних станів і в зниженні адаптаційних резервів жіночого організму, що має принципове значення для розвитку атрофічних вульвовагінітів [7]. При вторинних імунодефіцитних станах збільшується кількість імунокомпетентних клітин, здатних реалізувати запрограмовану клітинну загибель – апоптоз [10]. Тому при лікуванні атрофічних вагінітів, які прогресують на фоні гормонально-імуноного дефіциту, надзвичайно важливим є завдання щодо сповільнення процесів апоптозу імунокомпетентних клітин.

Під час оцінювання фенотипічних характеристик мононуклеарних клітин за допомогою моноклональних антитіл до антигенної детермінанти Fas/Apo-1/CD95 у жінок із атрофічним вагінітом концентрація клітин, що експресують цей маркер, була вдвічі більшою, ніж у групі контролю ($29,4 \pm 2,4\%$ і $13,7 \pm 0,9\%$ відповідно; $p < 0,05$) (рис. 5). Відомо, що CD95 є маркером, який свідчить про готовність клітин вступити до апоптозу, тобто акцентувати індуктор апоптозу Fas-ліганд [11].

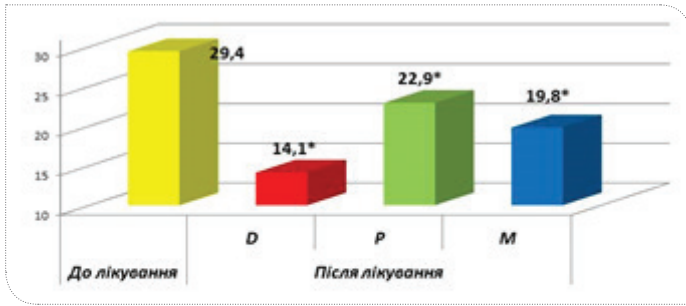


РИСУНОК 5. ПОКАЗНИКИ CD95 У ДИНАМІЦІ ТЕРАПІЇ (%)

* різниця достовірна в порівнянні з початковим показником, $p < 0,05$

Найвідомішими «рецепторами смерті» є Fas та рецептор фактору некрозу пухлин. Апоптоз клітин ініціюється поєднанням ендogenous (клітинного) FasL із рецептором Fas. В ході дослідження нами отримано дані про статистично значуще підвищення вмісту sFasL у сироватці крові пацієнток із атрофічним вульвовагінітом ($4,23 \pm 0,34$ нг/мл у порівнянні з групою контролю $1,11 \pm 0,25$ нг/мл; $p < 0,05$) (рис. 6). Таким чином, при вказаній патології відбувається підвищення експресії клітинами sFasL, що в свою чергу викликає активацію апоптичних процесів в імункомпетентних клітинах.

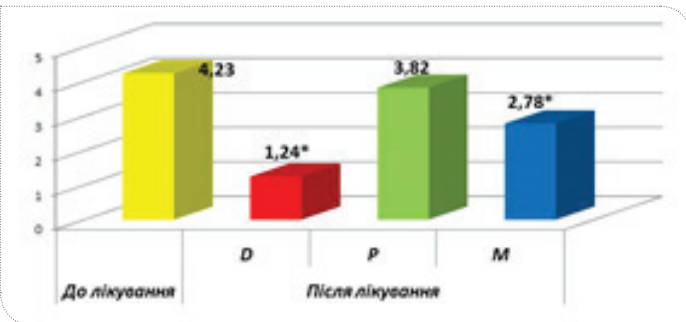


РИСУНОК 6. РІВЕНЬ sFasL У ДИНАМІЦІ ТЕРАПІЇ (НГ/МЛ)

* різниця достовірна в порівнянні з початковим показником, $p < 0,05$

Зростання показників активності каспази-3, головного медіатора апоптозу, в основній групі досліджуваних свідчило про початок першої незворотної стадії апоптозу (рис. 7). Враховуючи цю ланку патогенезу атрофічного вульвовагініту, слід зауважити, що при використанні препаратів ревітакса та метилурацил (рис. 5–7) нами не досягнуто значних успіхів у зниженні апоптичних процесів імункомпетентних клітин. Застосування препарату депантол зумовило статистично значуще зменшення показників апоптозу, визначених за допомогою різноманітних тест-систем, що підвищувало достовірність дослідження.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Кравченко, О.В. Корекція ранніх менопаузальних розладів у жінок із міомою матки в анамнезі // О.В. Кравченко / Репродуктивна ендокринологія. — 2014. — № 6 (20). — С. 45–47. Kravchenko, O.V. "Correction of early menopausal disorders in women with a history of uterine cancer." Reproductive Endocrinology, 6(20) (2014): 45–47.
2. Bachman, G.A., Notelovitz, M., Gonzalez, S.I. "Vaginal dryness in menopausal women: clinical characteristics and nonhormonal treatment." Clin Prac Sexual, 7(1991): 25–32.
3. Leiblum, S., Bachmann, G., Kemmann, E. "Vaginal atrophy in the postmenopausal woman, the importance of sexual activity and hormones." JAMA, 249(2007): 2195–2198.

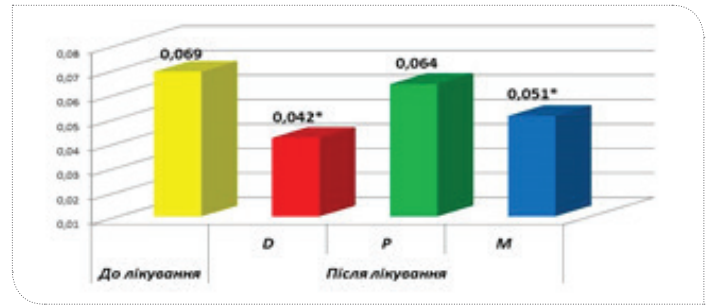


РИСУНОК 7. РІВЕНЬ КАСПАЗИ-3 В ДИНАМІЦІ ТЕРАПІЇ (%)

* різниця достовірна в порівнянні з початковим показником, $p < 0,05$

Не применшуючи важливу роль гіпоестрогенемії у виникненні атрофічних вагінітів, під час нашого дослідження встановлено, що використання препарату депантол є ефективним методом лікування, яке добре переноситься пацієнтками та, у відповідності до визначеного сумарного індексу стану піхви, покращує її загальний стан на тривалий час. Депантол сприяє усуненню імунodefіцитного стану за рахунок зниження процесів апоптозу імункомпетентних клітин, що позитивно впливає на відновлення здорового мікробного пейзажу піхви.

На нашу думку, результати виконаного дослідження є дуже важливими для жінок менопаузального віку з атрофічними вагінітами та пацієнток із посткастраційним синдромом, які через різноманітні причини мають протипоказання до терапії естрогенами чи не бажають її застосовувати.

ВИСНОВКИ

1. У жінок із атрофічним вульвовагінітом відзначається суттєве погіршення сумарного показника стану піхви, до якого входить оцінка її еластичності, зволоження, цілісності епітелію, рівня рН.
2. При атрофічних вульвовагінітах відбувається активація процесів апоптозу імункомпетентних клітин, що створює умови для розвитку вторинного імунodefіциту.
3. Використання препаратів ревітакса і метилурацил за деякого покращення сумарного індексу стану піхви не викликає достовірно значущого сповільнення апоптичних процесів при дослідженій патології.
4. Лікування жінок із атрофічним вульвовагінітом препаратом депантол сприяє покращенню стану піхви та нормалізації її мікробного пейзажу, а також створює умови для усунення імунodefіцитних станів.

4. Кира, Е.Ф. Инфекции и репродуктивное здоровье / Е.Ф. Кира // Современные методы диагностики, терапии и профилактики урогенитальных инфекций. — М.: 2000. — С. 22–25. Kira, E.F. Infections and Reproductive Health // Modern methods of diagnosis, therapy and prevention of urogenital infections. Moscow (2000): 22–25.
5. Lang, W.R., Aponto, G.F. "Gross and microscopic anatomy of the aged female reproductive organs." Clin Obstet Gynecol, 10(2007): 454–456.
6. Semmens, I.P., Semmens, E.C., et al. "Effects of estrogen therapy on vaginal physiology during menopause." Obstet Gynecol, 67(2008): 15–24.

7. Semmens, I.P., Wagner, G.

"Estrogen deprivation and vaginal function in postmenopausal women." JAMA, 248(2004): 445–447.

8. Гадиева, Ф.Г.

Взаимосвязь иммунной и эндокринной систем у женщин репродуктивного возраста / Ф.Г. Гадиева // Акушерство и гинекология. — 2001. — № 1. — С. 11–13.

Gadiev, F.G.

"Relationship immune and endocrine systems in women of reproductive age." Obstetrics and Gynecology, 1(2001): 11–13.

9. Wi Wond, I., Hoist, I., Kazberg, L.A.

"A new methodological approach to the evaluation of quality of life in postmenopausal women." Maturitas, 14(2008): 211–224.

10. Барышников, А.Ю., Шишкин, Ю.В.

Иммунологические проблемы апоптоза. — М.: Эдиториал УРСС. — 2002. — 320 с. Baryshnikov, A.Y., Shishkin, Y.V.

Immunological problems of apoptosis. Moscow. Editorial URSS (2002): 320 p.

11. Лучников, Е.Ф., Абросимов, А.Ю.

Гибель клетки (апоптоз). — М.: Медицина. — 2008. — 192 с.

Luchnikov, E.F., Abrosimov, A.Y.

Cell death (apoptosis). Moscow. Medicine (2008): 192 p. □

ОСІННІЙ НОКТЮРН

О.П. Танько, д. мед. н., професор, заступник головного лікаря з медичної частини Харківського міського клінічного пологового будинку № 7

М.В. Самойлова, к. мед. н., асистент кафедри акушерства і гінекології № 2 Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця

С.В. Коровай, к. мед. н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології Харківської медичної академії післядипломної освіти

О.Л. Черняк, к. мед. н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології Харківської медичної академії післядипломної освіти

І.С. Остапова, завідувачка відділенням гінекології Харківського міського клінічного пологового будинку № 7

Атрофічний вульвовагініт є одним із найчастіших патологічних станів постменопаузального періоду. Через 7–10 років після припинення менструацій атрофічні зміни слизової оболонки піхви спостерігаються майже у половини жінок, а надалі їх частота сягає 70–75%. При атрофічних вульвовагінітах відбувається активація процесів апоптозу імункомпетентних клітин, що створює умови для розвитку вторинного імунodefіциту.

Провідною причиною атрофічного вульвовагініту є вікове зниження рівня естрогенів, що виникає внаслідок засання функції яєчників. Крім того, у розвитку патологічного процесу велике значення має колонізаційна резистентність слизової піхви.

З метою визначення клінічної ефективності препарату депантол при атрофічних вагінітах проведено порівняльний аналіз результатів терапії депантолом, препаратами ревітакса та метилурацил у супозиторіях. Депантол – комбінований репаративний, протизапальний та протимікробний препарат, що містить хлоргексидину біглюконат та декспантенол.

У дослідження увійшло 79 жінок менопаузального віку з діагнозом атрофічний вагініт. 27 з них проходили лікування депантолом, 27 – препаратом ревітакса, 25 – метилурацилом.

На початку терапії, після її закінчення та через 2, 4 і 6 місяців після лікування оцінювали індекс стану піхви (еластичність, об'єм рідини у піхві, рівень рН, цілісність вагінального епітелію та його зволоження). З метою оцінки регенеративних та імуностимулюючих властивостей запропонованих лікарських засобів проведено визначення ступеня й характеру апоптичних процесів в імункомпетентних клітинах периферичної крові в пацієнток із атрофічним вагінітом.

Використання депантолу сприяло відновленню індексу стану піхви та нормалізації її мікробного пейзажу, а також створювало умови для усунення імунodefіцитних станів. Прийом препаратів ревітакса і метилурацил при деякому покращенні сумарного індексу стану піхви не зумовлював достовірно значущого зменшення апоптичних процесів при вагінальній атрофії.

На думку авторів, результати виконаного дослідження є дуже важливими для жінок менопаузального віку з атрофічними вагінітами та пацієнток із посткастраційним синдромом, які з приводу різноманітних причин мають протипоказання чи не бажають використовувати терапію естрогенами.

Ключові слова: атрофічний вульвовагініт, індекс стану піхви, депантол, ревітакса, метилурацил.

ОСЕННИЙ НОКТЮРН

О.П. Танько, д. мед. н., професор, заступник головного лікаря по медичній частині Харківського міського клінічного пологового будинку № 7

М.В. Самойлова, к. мед. н., асистент кафедри акушерства і гінекології № 2 Національного медичного університету ім. А.А. Богомольця

С.В. Коровай, к. мед. н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології Харківської медичної академії післядипломного образования

А.Л. Черняк, к. мед. н., доцент кафедри акушерства, гінекології та перинатології Харківської медичної академії післядипломного образования

І.С. Остапова, завідувачка відділенням гінекології Харківського міського клінічного пологового будинку № 7

Атрофічний вульвовагініт являється одним із найбільше частих патологічних станів постменопаузального періоду. Через 7–10 років після припинення менструацій атрофічні зміни слизової оболонки піхви спостерігаються майже у половини жінок, а в подальшому їх частота досягає 70–75%. При атрофічних вульвовагінітах відбувається активація процесів апоптозу імункомпетентних клітин, що створює умови для розвитку вторинного імунodefіциту.

Провідною причиною атрофічного вульвовагініту є вікове зниження рівня естрогенів, що виникає внаслідок засання функції яєчників. Крім того, у розвитку патологічного процесу велике значення має колонізаційна резистентність слизової піхви.

З метою визначення клінічної ефективності препарату депантол при атрофічних вагінітах проведено порівняльний аналіз результатів терапії депантолом, препаратами ревітакса та метилурацил у супозиторіях. Депантол – комбінований репаративний, протизапальний та протимікробний препарат, що містить хлоргексидину біглюконат та декспантенол.

У дослідження увійшло 79 жінок менопаузального віку з діагнозом «атрофічний вагініт». 27 з них проходили лікування депантолом, 27 – препаратом ревітакса, 25 – метилурацилом.

На початку терапії, після її закінчення та через 2, 4 і 6 місяців після лікування оцінювали індекс стану піхви (еластичність, об'єм рідини у піхві, рівень рН, цілісність вагінального епітелію та його зволоження). З метою оцінки регенеративних та імуностимулюючих властивостей запропонованих лікарських засобів проведено визначення ступеня й характеру апоптичних процесів в імункомпетентних клітинах периферичної крові в пацієнток із атрофічним вагінітом.

Використання депантолу сприяло відновленню індексу стану піхви та нормалізації її мікробного пейзажу, а також створювало умови для усунення імунodefіцитних станів. Прийом препаратів ревітакса і метилурацил при деякому покращенні сумарного індексу стану піхви не зумовлював достовірно значущого зменшення апоптичних процесів при вагінальній атрофії.

По мнению авторов, результаты выполненного исследования очень важны для женщин менопаузального возраста с атрофическими вагинитами и пациенток с посткастрационным синдромом, которые в связи с различными причинами имеют противопоказания или не желают использовать терапию эстрогенами.

Ключевые слова: атрофический вульвовагинит, индекс состояния влагалища, депантол, ревитакса, метилурацил.

AUTUMN NOCTURNE

O.P. Tanko, MD, professor, deputy chief physician for medical part of Kharkiv city clinical maternity hospital № 7

M.V. Samoilova, PhD, assistant of the Obstetrics and Gynaecology Department № 2 of the National Medical University named after O.O. Bohomolets

S.V. Korovai, PhD, assistant professor of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Department, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

O.L. Cherniak, PhD, assistant professor of Obstetrics, Gynecology and Perinatology Department, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

I.S. Ostapova, head of Gynaecology Department of the Kharkiv City Clinical Hospital № 7

Atrophic vulvovaginitis is one of the most common pathological conditions at postmenopausal period. Vaginal mucosa atrophy observed in almost half of women 7–10 years after the cessation of menstruation and further their frequency reaches to 70–75%. Activation of atrophic of immune cells is characteristic for vulvovaginitis apoptosis which creates conditions for the development of secondary immunodeficiency.

The leading cause of vulvovaginal atrophic is aging lower estrogen levels resulting from ovarian failure. In addition, great importance in the development of pathological process belong to colonization resistance of vaginal mucosa.

Comparative analysis of depantol therapy, drugs and revitaksa and methyluracilum in suppositories was done to determine the clinical efficacy of depantol in atrophic vaginitis treatment. Depantol is a combined reparative, anti-inflammatory and antimicrobial drug containing chlorhexidine digluconate and panthenol.

The study included 79 women of menopausal age with a diagnosis of atrophic vaginitis. 27 of them were treated by depantol, 27 – use revitaksa, 25 – methyluracilum.

At the beginning of therapy, after completion and 2, 4 and 6 months after treatment was evaluated the vaginal index (elasticity, the volume of fluid in the vagina, pH, vaginal epithelium integrity and its moisture). To evaluate the immunostimulatory and regenerative properties of used medicines we determining the extent and nature of apoptotic processes in the immune cells of the peripheral blood of patients with atrophic vaginitis.

Use depantol helped restore vaginal index, normalization of vaginal microbial status and created conditions to eliminate the immunodeficiency. Revitaksa and methyluracilum insignificantly improved vaginal index but did not cause significant reduction of apoptotic processes at vaginal atrophy.

According to the authors, the results of the study are important for women with menopausal atrophic vaginitises and patients with the postcastration syndrome that on various reasons have contraindications or do not want to use estrogen therapy.

Keywords: atrophic vulvovaginitis, vaginal index, depantol, revitaksa, methyluracilum.