

Эффективность негормональной терапии атрофического вагинита у женщин в постменопаузе

М.Р. Нариманова, Л.В. Сапрыкина

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: оценить эффективность негормональной терапии атрофического вагинита (АВ) у женщин в постменопаузе.
Материал и методы: выполнено пилотное сравнительное исследование. В исследование включены 36 пациенток постменопаузального возраста (48–54 лет). Пациентки были разделены на 3 группы: I (n=14) — пациентки получали интравагинальный крем, содержащий эстриол 0,5 мг; II (n=10) — получали лечение негормональным многокомпонентным растительным средством (крем для интимной гигиены «Антик» дозированный); III (n=12) — пациентки от лечения отказались. До начала лечения, а также через 20 и 90 дней в ходе лечения исследовали индекс вагинального здоровья (ИВЗ) и субъективные симптомы, характерные для АВ. Для оценки демографических и клинических данных использовали описательную статистику. Для оценки межгрупповых различий использовали критерий U Манна — Уитни для малых выборок. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования: было выявлено увеличение ИВЗ к 20-му дню лечения в I ($16,64 \pm 0,2$) и II ($14,08 \pm 0,42$) группах по сравнению с III группой ($11,92 \pm 0,38$) ($p < 0,05$), а также уменьшение pH влагалищного содержимого к 20-му дню лечения в I ($5,18 \pm 0,08$) и II ($5,62 \pm 0,94$) группах по сравнению с III группой ($6,23 \pm 0,05$) ($p < 0,05$). К 90-му дню достоверно улучшились субъективные критерии АВ в I и II группах по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,05$).

Заключение: повышение ИВЗ и улучшение субъективных критериев после 90 дней лечения показало, что в обеих группах терапия было успешной. Поэтому негормональная терапия может быть альтернативой применению эстрогенов *per vaginam* и уменьшать симптомы АВ у женщин в постменопаузе, особенно при противопоказаниях к гормонотерапии или в случае нежелания пациентки прибегать к ней.

Ключевые слова: постменопауза, эстриол, негормональное лечение, менопаузальная гормональная терапия, атрофический вагинит, генитоуринарный менопаузальный синдром, индекс вагинального здоровья, диспареуния, лечение, Антик.

Для цитирования: Нариманова М.Р., Сапрыкина Л.В. Эффективность негормональной терапии атрофического вагинита у женщин в постменопаузе. РМЖ. Мать и дитя. 2019;2(3):257–261.

The efficacy of non-hormone therapy for atrophic vaginitis in postmenopausal women

M.R. Narimanova, L.V. Saprykina

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Aim: to assess the efficacy of non-hormonal treatment for atrophic vaginitis in postmenopausal women.

Patients and Methods: 36 postmenopausal women aged 48–54 years were enrolled in this pilot comparative study. All women were subdivided into three groups. In group I (n=14), intravaginal cream with 0.5 mg of estriol was prescribed. In group II (n=10), non-hormonal multicomponent plant medication (intimate hygiene cream “Antic”) was prescribed. In group III (n=12), women have refused any treatment. At baseline and after 20 and 90 days of the treatment, Vaginal Health Index Score (VHIS) and subjective signs of atrophic vaginitis were evaluated. Descriptive statistics was used to assess demographic and clinical data. Mann-Whitney U-test was used to evaluate intergroup differences. Differences were considered significant at $p < 0.05$.

Results: after 20 days, VHIS has increased in group I (16.64 ± 0.2) and group II (14.08 ± 0.42) as compared with group III (11.92 ± 0.38) ($p < 0.05$) while vaginal pH has reduced in group I (5.18 ± 0.08) and group II (5.62 ± 0.94) as compared with group III (6.23 ± 0.05) ($p < 0.05$). After 90 days, subjective signs of atrophic vaginitis have significantly improved in group I and group II as compared with baseline ($p < 0.05$).

Conclusion: increase in VHIS and improvement of subjective signs of atrophic vaginitis after 90 days have demonstrated that the treatment is effective. Therefore, non-hormone therapy may be considered as an alternative to vaginal estrogens which reduces atrophic vaginitis symptoms in postmenopausal women, in particular, in contraindications to hormone treatment or patient's unwillingness.

Keywords: postmenopause, estriol, non-hormonal therapy, menopausal hormone therapy, atrophic vaginitis, genitourinary syndrome of menopause, Vaginal Health Index Score, dyspareunia, treatment, Antic.

For citation: Narimanova M.R., Saprykina L.V. The efficacy of non-hormone therapy for atrophic vaginitis in postmenopausal women. Russian Journal of Woman and Child Health. 2019;2(3):257–261.

ВВЕДЕНИЕ

С учетом увеличения продолжительности жизни женщин остаются актуальными проблемы эстроген-дефицитного состояния, влияющего на все системы организма [1]. У большинства женщин в пери- и постменопаузальном периоде имеются атрофические изменения в тканях вульвы и влагалища. Симптомы атрофического вагинита (АВ) появляются примерно у половины женщин в постменопаузе, оказывая потенциально негативное влияние на качество жизни [2–4].

В 2014 г. был предложен новый термин — «гениоуринарный менопаузальный синдром». Изменение терминологии было вызвано необходимостью (1) признать вовлечение в процесс атрофии нижних отделов мочевыделительной системы, (2) определить менопаузу как этиологический фактор и (3) избежать отрицательных коннотаций, связанных с термином «атрофия» [5].

АВ в основном встречается после менопаузы, но может наблюдаться и у женщин репродуктивного возраста, особенно у онкологических больных, получающих химио- или лучевую терапию. АВ негативно влияет на качество жизни, сексуальное желание, уверенность в себе [6]. Зачастую женщины рассматривают свои симптомы как вариант нормы и не предъявляют активных жалоб, поэтому частота диагноза занижена, а лечение в таких случаях отсутствует [7, 8].

Принимая во внимание патогенез заболевания, терапия эстрогенами признается «золотым стандартом» [9]. При этом системная гормональная терапия устраняет симптомы АВ лишь в трети случаев. Применение же локальной (вагинальной) эстрогенотерапии приводит к регрессу симптомов [10]. Преимущества локальной терапии очевидны: отсутствие первичного метаболизма в печени, минимальное влияние на эндометрий, низкая гормональная нагрузка, минимальные побочные эффекты, не требуется дополнительный прием прогестагенов, отсутствует системное действие [11]. Женщинам, имеющим противопоказания или непереносимость гормонов, а также желающим избежать гормональной терапии, показаны негормональные препараты для облегчения местной симптоматики. Негормональные средства обеспечивают временное купирование симптомов АВ, не имеют долгосрочных терапевтических эффектов, при этом безопасны, эффективны и легки в применении [12].

Цель исследования — оценить эффективность негормональной терапии АВ у женщин в постменопаузе.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Выполнено пилотное сравнительное исследование с участием 36 пациенток постменопаузального возраста.

Критерии включения: наличие жалоб, характерных для АВ (47% пациенток, n=17); объективные признаки АВ при отсутствии жалоб (53% пациенток, n=19; АВ у таких пациенток был выявлен на основании индекса вагинального здоровья (ИВЗ)).

Критерии исключения: тяжелая соматическая патология; воспалительные заболевания органов малого таза; злокачественная и предраковая патология матки, шейки матки, придатков матки; инфекции, передаваемые половым путем; применение системной или местной менопаузальной гормональной терапии (МГТ) в течение 3 мес. до текущего исследования; противопоказания к МГТ.

Все пациентки с АВ были разделены на 3 группы: I группа получала интравагинальный крем, содержащий

эстриол 0,5 мг; II группа получала негормональный многокомпонентный растительный препарат *per vaginam*, обладающий регенеративными, антимикробными, противогрибковыми, противовирусными, иммуномодулирующими, противовоспалительными и анальгезирующими свойствами (отказ от гормонотерапии был мотивирован гормонофобией); III группа (контрольная) лечения не получала (отказ от лечения был мотивирован нежеланием получать какую-либо терапию, в т. ч. использовать препараты *per vaginam*) (табл. 1).

Возраст больных составил: 52,36±0,58 года в I группе, 51,3±0,86 — во II и 50,67±0,51 — в III (p>0,05). Длительность постменопаузы варьировала от 1 до 3 лет. Больные всех 3 групп были сопоставимы по возрасту, продолжительности постменопаузы, длительности заболевания, сопутствующей патологии (p>0,05).

Проводился сбор анамнеза, оценивались субъективные и объективные критерии АВ. Для субъективной оценки выраженности атрофических процессов применялась анкета, включающая вопросы о частоте симптомов, таких как эмоциональная неустойчивость, нарушения сна, быстрая утомляемость, сухость, жжение, неприятный запах в области наружных половых органов, диспареуния.

Для объективной оценки атрофических процессов применяли ИВЗ, основанный на определении pH и визуальной оценке состояния влагалища [13]. Определение pH проводилось с помощью индикаторных полосок (Кольпо-тест pH, ООО «Биосенсор», Россия). Во время гинекологического осмотра наносили влагалищную жидкость на сенсорный элемент тест-полоски так, чтобы полностью смочить всю поверхность сенсорного элемента. Через 1–2 секунды удаляли избыток жидкости на сенсорном элементе легким прикосновением ребра полоски к чистой бумажной салфетке на 2–3 секунды. Через 15 секунд с момента нанесения влагалищной жидкости сравнивали окраску сенсорного элемента с эталонной цветовой шкалой на этикетке комплекта при хорошем освещении. У здоровой женщины pH обычно в пределах 3,5–5,5. Значение pH у нелеченных женщин в постменопаузе составляет 5,5–7,0 в зависимости от возраста и сексуальной активности.

Количество условно-патогенных микроорганизмов определяли культуральным методом и методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени.

Таблица 1. Схема терапии

Table 1. Treatment regimen

Группа Group	Терапия Therapy	Схема Regimen
I (n=14)	Эстриол 0,5 мг интравагинальный крем Vaginal cream estriol 0.5 mg	Первые 3 нед.: 1 аппликация/сут., следующие 2 мес.: 1 аппликация 3 р./нед.; последующий период (до 90-го дня): 1 аппликация 2 р./нед. 3 weeks: 1 application daily; 2 months: 1 application thrice a week; up to day 90: 1 application twice a week
II (n=10)	Крем для интимной гигиены «Антик» 2,0 г дозированный Intimate hygiene cream "Antic" 2.0 g dosed	Первые 20 дней: 1 доза/сут., далее, до 90-го дня: 2 р./нед. 20 days: 1 dose daily; up to day 90: twice a week
III (n=12)	Лечение не получала No treatment	—

Таблица 2. Жалобы пациенток**Table 2. Patient's complaints**

Жалоба Complaint	I группа (n=14) I group (n=14)		II группа (n=10) II group (n=10)		III группа (n=12) III group (n=12)	
	День 0 Day 0	День 90 Day 90	День 0 Day 0	День 90 Day 90	День 0 Day 0	День 90 Day 90
Эмоциональная лабильность Emotional lability	78,57% (n=11)	14,29%* (n=2)	70% (n=7)	20%* (n=2)	75% (n=9)	83,33% (n=10)
Нарушения сна Sleep disorders	71,43% (n=10)	14,29%* (n=2)	80% (n=8)	20%* (n=2)	66,67% (n=8)	75% (n=9)
Быстрая утомляемость Rapid fatigue	64,29% (n=9)	35,71% (n=5)	60% (n=6)	40% (n=4)	58,33% (n=7)	58,33% (n=7)
Сухость влагалища Vaginal dryness	50% (n=7)	7,14%* (n=1)	40% (n=4)	10% (n=1)	41,66% (n=5)	41,66% (n=5)
Жжение во влагалище Vaginal burning	28,58% (n=4)	0%* (n=0)	20% (n=2)	0% (n=0)	25% (n=3)	25% (n=3)
Неприятный запах в области наружных половых органов Vaginal odor	35,71% (n=5)	7,14%* (n=1)	30% (n=4)	0%* (n=0)	41,66% (n=5)	50% (n=6)
Диспареуния Dyspareunia	28,58% (n=4)	0%* (n=0)	20% (n=2)	0% (n=0)	33,33% (n=4)	41,66% (n=5)

* $p < 0,05$ по сравнению с исходными показателями.* $p < 0,05$ as compared with baseline.

Длительность наблюдения составила 90 дней с промежуточной оценкой эффективности через 20 дней от начала лечения. Эффективность терапии оценивали по уменьшению или устранению симптомов АВ, повышению качества жизни, повышению ИВЗ и нормализации рН.

Для анализа полученных данных применяли методы описательной статистики с вычислением средней арифметической и ее стандартной ошибки. Для оценки межгрупповых различий использовали непараметрический критерий U Манна — Уитни для двух независимых выборок. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

ДИНАМИКА СИМПТОМОВ У ОБСЛЕДОВАННЫХ ПАЦИЕНТОК

В данном клиническом обследовании были получены результаты, свидетельствующие об АВ и подтверждающие первоначальный диагноз. При опросе были выявлены как жалобы, характерные для АВ, так и нейровегетативные симптомы климактерического синдрома (табл. 2). Необходимо отметить, что в 21–40% случаев женщины связывали наличие нейровегетативной симптоматики именно с неприятными ощущениями, дискомфортом в области влагалища.

Достоверных различий в частоте и выраженности симптомов между группами пациенток на этапе включения в исследование не было ($p > 0,05$).

В нашем исследовании пациентки не предъявляли жалоб на другие составляющие генитоуринарного менопаузального синдрома. Возможно, это связано с тем, что в нижних отделах мочевыделительной системы и вульве меньше рецепторов к эстрогенам, чем во влагалище [14], и у исследуемых групп пациенток (с длительностью постменопаузы 1–3 года) еще не развились атрофические изменения вульвы, мочевого пузыря и уретры.

При микробиологическом исследовании неспецифический вагинит и бактериальный вагиноз были выявлены у 57% (n=8), 60% (n=6) и 67% (n=8) пациенток I, II и III групп соответственно ($p > 0,05$).

Значение рН влагалищного содержимого составило $6,14 \pm 0,08$ в I группе, $6,02 \pm 0,11$ — во II и $6,19 \pm 0,06$ — в III ($p > 0,05$). Показатель ИВЗ — $13,21 \pm 0,44$, $12,0 \pm 0,79$ и $12,75 \pm 0,39$ в I, II и III группах соответственно ($p > 0,05$).

Жалобы на дискомфорт при половом акте, неприятный запах в области половых органов являются закономерным результатом сокращения объема лубриканта, гликогена, полезной лактофлоры. В результате рН влагалища смещается в щелочную сторону, на фоне чего активизируется условно-патогенная микрофлора и провоцируется воспалительная реакция [15].

Все пациентки, получавшие лечение, хорошо переносили терапию и завершили трехмесячный курс лечения. На фоне проведенной терапии были зафиксированы изменения субъективных и объективных критериев степени тяжести атрофических процессов во влагалище.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

По сравнению с исходным уровнем через 20 дней от начала лечения при анкетировании было выявлено, что частота психоэмоциональных нарушений была выше в III группе в 3,57 раза, чем в I группе ($p < 0,05$), и в 1,9 раза — чем во II группе ($p > 0,05$). Через 90 дней частота встречаемости психоэмоциональных нарушений у пациенток I и II групп достоверно снизилась по сравнению с исходными показателями, а также была достоверно ниже, чем в III группе по результатам лечения ($p < 0,05$) (рис. 1).

Безусловно, местное применение МГТ и негормональных препаратов не оказывает непосредственного влияния на общее состояние. Однако, учитывая объективное улучшение состояния влагалища у пациенток I и II групп, можно предположить, что устранение атрофических и воспалительных процессов во влагалище привело к улучшению общего состояния пациенток.

Кроме того, к моменту завершения наблюдения (через 90 дней от начала лечения) у 78,57% пациенток I группы и 100% пациенток II группы отсутствовали жалобы на неприятный запах в области наружных половых органов (изменение по сравнению с частотой встречаемости на исход-

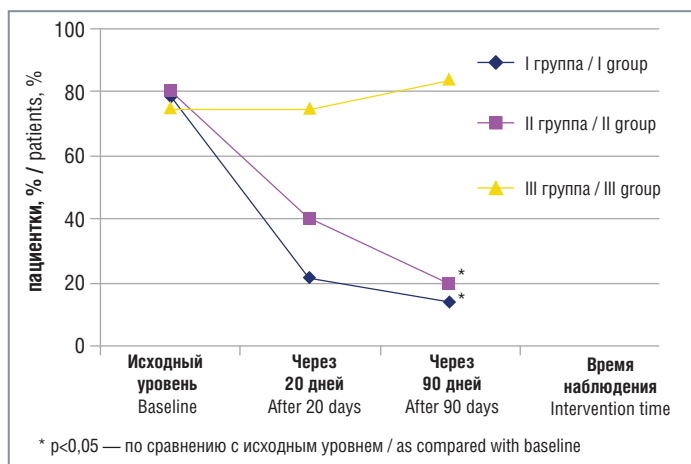


Рис. 1. Изменения эмоциональной неустойчивости и нарушений сна у пациенток исследуемых групп

Fig. 1. Changes in emotional lability and sleep disorders in the groups

ном уровне было достоверным, $p < 0,05$), что положительно влияло на общее состояние пациенток.

Динамика значений рН

Анализ рН (рис. 2) на фоне терапии показал статистически значимое снижение рН в I группе через 20 и 90 дней как по сравнению с исходным уровнем, так и по сравнению с данным показателем у пациенток III группы. Во II группе (крем для интимной гигиены «Антик» дозированный) снижение рН показало достоверные различия при сравнении с аналогичным показателем у пациенток III группы через 20 и 90 дней ($p < 0,05$), однако снижение рН относительно исходного уровня было менее выраженным ($p > 0,05$). Достоверных различий в динамике снижения рН между I и II группами не выявлено ($p > 0,05$).

Динамика ИВЗ

До начала лечения стенка влагалища у пациенток имела низкую эластичность, низкий уровень трансудата, поверхность слизистой оболочки стенки была воспалена, легко кровоточила при контакте, имелись множественные петехии, эпителий был тонким и рыхлым. ИВЗ до лечения варьировал от 9 до 15.

На фоне терапии у пациенток I и II групп при снижении рН влагалищного содержимого закономерно был повы-

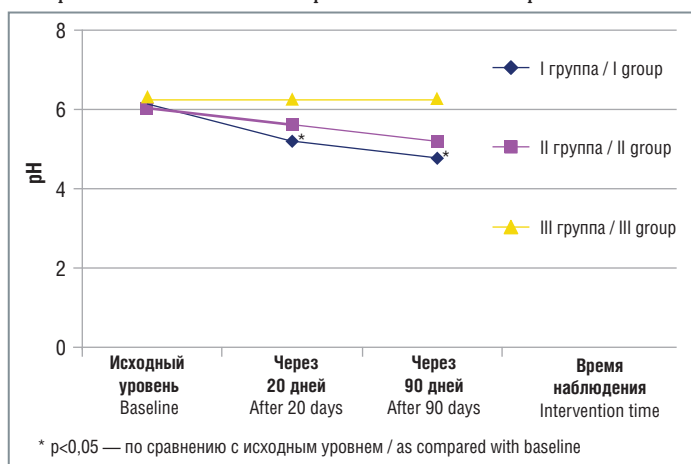


Рис. 2. Изменение рН у пациенток исследуемых групп

Fig. 2. Changes of pH in the groups

шен ИВЗ. Через 20 дней у пациенток I группы ИВЗ увеличился на 25,97% ($p < 0,05$), у пациенток II группы — на 23,3% по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,05$). Через 90 дней увеличение по сравнению с исходным уровнем составило 54,13% ($p < 0,05$) и 57,5% ($p < 0,05$) в I и II группах соответственно. Достоверных различий между I и II группами не было.

ИВЗ в I группе через 20 дней был выше на 39,6% ($p < 0,05$), через 90 дней — на 75,82% ($p < 0,05$), чем ИВЗ в III группе в аналогичные сроки. ИВЗ через 20 дней у пациенток II группы был выше, чем у пациенток III группы, на 24,16% ($p < 0,05$), через 90 дней — на 63,21% ($p < 0,05$) (рис. 3).

Результаты бактериологического исследования после окончания терапии показали отсутствие диагностически значимого количества условно-патогенных микроорганизмов у 78% ($n = 11$) и 40% ($n = 4$) пациенток I и II групп соответственно.

Более выраженное снижение рН у пациенток I группы (местная терапия эстрогенами) было обусловлено как эстриолом, входящим в состав МГТ, так и молочной кислотой. Биологический эффект эстрогенов при урогенитальных расстройствах, вне зависимости от способа применения, включает в себя пролиферацию влагалищного эпителия с увеличением пролиферации и дифференцировки эпителиоцитов, что приводит к снижению рН, увеличению пула лактобацилл и повышению ИВЗ [16]. Перечисленные изменения сопровождаются снижением рН влагалища и почти двукратным увеличением индекса созревания эпителия влагалища.

У пациенток II группы, получавших «Антик», ИВЗ в большей степени увеличился за счет такого показателя, как «целостность эпителия», благодаря регенерирующему действию масла какао, кровоостанавливающему действию экстрактов туи, красной щетки, боровой матки и тысячелистника. Кроме того, положительные изменения в эпителии влагалища у пациенток II группы связаны с наличием в креме экстракта ряда растений, реализующих иммуномодулирующий и противовоспалительный эффект, экстракта Витекса священного, обладающего эстрогеноподобным действием, а также наличием дигидрокверцетина, инициирующего синтез коллагена, эластина, гликозаминогликанов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Женщины зачастую рассматривают симптомы АВ как вариант нормы, несмотря на то что это состояние отрицательно влияет на качество жизни, сексуальную функцию и т. д. Поэтому при работе с такой категорией пациенток

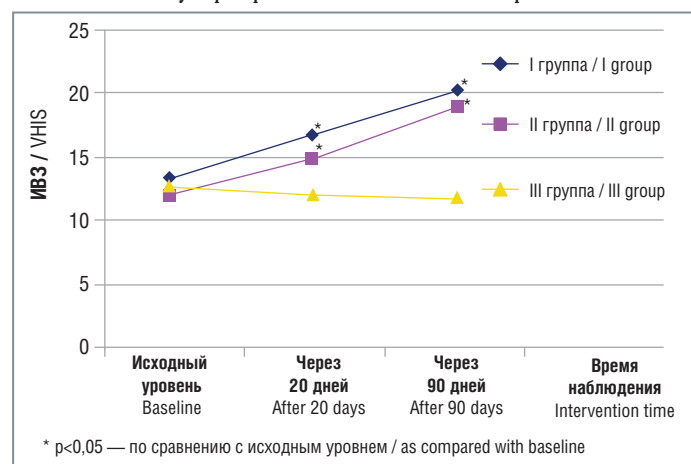


Рис. 3. Изменение ИВЗ у пациенток исследуемых групп

Fig. 3. Changes in VHIS in the groups

важно активно использовать методы, выявляющие атрофические процессы. Существует несколько эффективных методов терапии АВ, при этом стандартом лечения является местная терапия эстриолом. Однако для пациентов, которым гормонотерапия противопоказана, а также в случае нежелания применять гормональные препараты, альтернативой может служить применение негормональных средств, таких как растительный многокомпонентный крем для интимной гигиены «Антик» дозированный, что позволит сохранить здоровье женщин постменопаузального возраста и улучшить их качество жизни.

Литература/References

1. Parish S.J., Nappi R.E., Krychman M.L. et al. Impact of vulvovaginal health on postmenopausal women: a review of surveys on symptoms of vulvovaginal atrophy. *Int J Womens Health*. 2013;5:437–446. DOI: 10.2147/IJWH.S44579.
2. Palacios S., González S.P., Fernández-Abellán M. Impact of Vulvovaginal Atrophy of Menopause in Spanish Women: Prevalence and Symptoms According to the EVES Study. *Sex Med*. 2019;7:207–216. DOI: 10.1016/j.esxm.2019.01.005.
3. Erekson E.A., Li F.Y., Martin D.K. et al. Vulvovaginal symptoms prevalence in postmenopausal women and relationship to other menopausal symptoms and pelvic floor disorders. *Menopause*. 2016;23:363–375. DOI: 10.1097/GME.0000000000000549.
4. Kim H.K., Kang S.Y., Chung Y.J. et al. The recent review of the genitourinary syndrome of menopause. *J Menopausal Med*. 2015;21:65–71. DOI: 10.6118/jmm.2015.21.2.65.
5. Portman D.J., Gass M.L. Genitourinary Syndrome of Menopause: New Terminology for Vulvovaginal Atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and The North American Menopause Society. *J Sex Med*. 2014;11(12):2865–2872. DOI: 10.1111/jsm.12686.
6. Amori P., Di Nardo V., Vitiello G. et al. Primavera: A new therapeutical approach to vulvo-vaginal atrophy. *Dermatol Ther*. 2018;31(6):e12678. DOI: 10.1111/dth.12678.
7. Meaidi A., Goukasian I., Lidgaard O. Use of vaginal estrogen in Danish women: a nationwide cross-sectional study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2016;95(3):280–284. DOI: 10.1111/aogs.
8. Nappi R.E., Kokot-Kierepa M. Women's voices in the menopause: results from an international survey on vaginal atrophy. *Maturitas*. 2010;67(3):233–238. DOI: 10.1016/j.maturitas.2010.08.001.
9. Lethaby A., Ayeleke R.O., Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(8):CD001500. DOI: 10.1002/14651858.
10. Сухих Г.Т., Сметник В.П., Андреева Е.Н. и др. Менопаузальная гормонотерапия и сохранение здоровья женщин в зрелом возрасте. Клинические рекомендации (протокол лечения). М.; 2015. [Sukhih G.T., Smetnik V.P., Andreeva E.N. et al. Menopausal hormonal therapy and saving of women's midlife health. Clinical recommendations (treatment protocol). M.; 2014 (in Russ.).]
11. Biehl C., Plotsker O., Mirkin S. A systematic review of the efficacy and safety of vaginal estrogen products for the treatment of genitourinary syndrome of menopause. *Menopause*. 2019;26(4):431–453. DOI: 10.1097/GME.0000000000001221.
12. Доброхотова Ю.Э., Хлынова С.А. Использование лубрикантов при вульвовагинальной атрофии. *PMЖ. Мать и дитя*. 2018;1(2):163–167. DOI: 10.32364/2618-8430-2018-1-2-163-167.

[Dobrokhotova Yu.E., Khlynova S.A. Lubricants application in vulvovaginal atrophy. *Russian Journal of Woman and Child Health*. 2018;1(2):163–167 (in Russ.). DOI: 10.32364/2618-8430-2018-1-2-163-167.

13. Bachmann G.A., Notalovitz M., Kelly S.J. et al. Long-term non-hormonal treatment of vaginal dryness. *Clin Pract Sexuality*. 1992;8:3–8.
14. Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2013;20(9):888–902; quiz 903–4. DOI: 10.1097/GME.0b013e3182a122c2.
15. Sturdee D.W., Panay N. International Menopause Society Writing Group. Recommendations for the management of postmenopausal vaginal atrophy. *Climacteric*. 2010;13(6):509–522. DOI: 10.3109/13697137.2010.522875.
16. Shen J., Song N., Williams C.J. et al. Effects of low dose estrogen therapy on the vaginal microbiomes of women with atrophic vaginitis. *Sci Rep*. 2016;6:24380. DOI: 10.1038/srep24380.

Сведения об авторах:

Нариманова Метанат Рафиговна — к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета, ORCID iD 0000-0003-0677-2952;
Сапрыкина Людмила Витальевна — к.м.н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета, ORCID iD 0000-0002-2931-0956.
 ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. 117997, Россия, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.
Контактная информация: Сапрыкина Людмила Витальевна, e-mail: lioudsap@yandex.ru. **Прозрачность финансовой деятельности:** никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах. **Конфликт интересов отсутствует.** Статья поступила 04.07.2019.

About the authors:

Metanat R. Narimanova – MD, PhD, Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology, ORCID iD 0000-0003-0677-2952;
Lyudmila V. Saprykina – MD, PhD, Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology, ORCID iD 0000-0002-2931-0956.
 N.I. Pirogov Russian National Research Medical University. 1, Ostrovityanov str., Moscow, 117437, Russian Federation.
Contact information: Lyudmila V. Saprykina, e-mail: lioudsap@yandex.ru. **Financial Disclosure:** no authors have a financial or property interest in any material or method mentioned. There is no conflict of interests. Received 04.07.2019.



АДОНИС MED
фармацевтическая компания

ФИТОФАРМАЦЕВТИКА
ДЛЯ ЖЕНЩИН

Регион



АНТИК Крем дозированный в форме свечей №10

Интравагинально по 1 свече
20 дней, далее 2 раза в неделю*

Продукция компании

- Не имеет противопоказаний к применению при беременности и лактации
- На основе натурального масла какао, содержит экстракты из свежих соков растений
- Производится с 2001 года

- При сухости влагалища
- В комплексной терапии атрофического вагинита
- При состояниях, требующих укрепления местного иммунитета
- При реабилитации в послеоперационном периоде

ООО «АДОНИС МЕД», Группа компаний АДОНИС
 Телефон: +7-495-369-60-23
 Адрес: Горбунова 2 с3 БЦ Гранд Сетунь Плаза Офис А431,
 121596, Москва, Московская область
 Электронная почта: info@adonismed.org

СГР № ВУ: 20.22.01.001.E.000035.01.16 от 14.01.2016. СГР № ВУ: – 70.06.01.001.E004542.11.16 от 30.11.2016
 * Курс терапии может быть изменен по согласованию с врачом.
 Подробная информация содержится в инструкции к косметическим средствам Антик.

