УДК: 618.14-002-036-08-084;618.14-002:616-079.4-08:616-073.756.8

Комплексна терапія аденоміозу в поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія у жінок репродуктивного віку

В.О. Бенюк[1], Д.М. Алтибаєва[1], В.М. Гончаренко[1], В.В. Курочка[1,2]

[1]Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

[2]Київський пологовий будинок № 3

Мета дослідження: **розроблення та впровадження комплексної поетапної терапії аденоміозу у поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія у жінок репродуктивного віку з використанням імуностимулювальних засобів.**

Матеріали та методи. **Було проведено оцінювання впливу гормонотерапії у 135 жінок репродуктивного віку з аденоміозом у поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія: I група – 45 жінок, що використовували гестаген (6 міс); II група – 45 жінок, які вживали агоніст гонадотропін-рилізинг гормону (а-ГнРГ) (6 міс); III група – 45 жінок, які отримували комплексну терапію, що включала а-ГнРГ, протягом перших 6 міс та імуномодулятор внутрішньомязово через день № 20 з подальшим застосуванням таблетованих форм по 0,15 г 1 раз на тиждень (курс – 6 міс), після цього протягом наступних 6 міс застосовували гестаген у другу фазу менструального циклу – з 16-го до 25-го дня. Оцінювання показників стану здоров'я проводили через 3, 6 та 12 міс терапії.**

Результати. **Вивчено вплив гормональної терапії гестагенами і а-ГнРГ на клінічний перебіг захворювання, показники гомеостазу і функціональний стан матки у жінок з аденоміозом у поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія у динаміці. Виявлено нові ланки патогенезу в розвитку доброякісної патології матки за рахунок порушення функції імунної системи, особливо виражені в показниках зниження цитотоксичного індексу NK-клітин. Розроблена комплексна поетапна гормональна терапія для жінок репродуктивного віку з поєднаною доброякісною патологією матки і проведено оцінювання її впливу на показники онкомаркерів, імунного статусу, стероїдних гормонів і гематологічних показників в динаміці спостереження.**

Заключення. **Розроблена комплексна поетапна гормональна терапія для жінок репродуктивного віку з аденоміозом у поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія нормалізує показники онкомаркерів, імунного та гуморального статусу. Дане лікування в обстежених жінок поліпшує гематологічні, ехографічні та імунологічні показники в динаміці спостереження у порівнянні з монотерапією гестагеном та а-ГнРГ, достовірно підвищує параметри фізичного функціонування, загального стану здоров'я та життєвої активності, покращує показники як фізичного, так і психологічного компонентів здоров'я, тим самим поліпшуючи якість їхнього життя.**

Ключові слова: *комплексна терапія, аденоміоз, гіперплазія ендометрія, гестагени, агоністик гонадотропін-рилізинг гормону.*

Ендометріоз – патологічний процес, що формується на тлі порушеного гормонального та імунного гомеостазу і характеризується зростанням і розвитком тканини, ідентичної за структурою і функцією ендометрію, за межами нормальної локалізації слизової оболонки тіла матки [5].

Аденоміоз в поєднанні з гіперплазією ендометрія має особливу актуальність для жінок репродуктивного віку, оскільки супроводжується порушенням менструальної та генеративної функцій. Больовий синдром, виснажувальні маткові кровотечі, анемізація, розлади функції життєво важливих органів та систем знижують працездатність і якість життя хворих, тому визначають не лише медичне, але і соціальне значення цієї проблеми [1].

У патогенезі аденоміозу в поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія беруть участь різні компоненти імунної системи, роль яких у ті чи інші періоди захворювання може мати першочергове значення. В останні роки велика увага приділяється вивченню ролі природних кілерів (NK-клітин) у розвитку даної патології. NK-клітини модифікують і лізують ектопічний ендометрій, отже, будь-яке порушення їхньої активності може спричинювати виникнення аденоміозу і підвищення його інвазивності. Було виявлено зниження цитотоксичності NK-клітин до автологічного ендометрія, а також зниження їхньої активності в крові і перитонеальній рідині. Відзначено низький відносний і абсолютний вміст диференційованих природних кілерів у периферійній крові хворих на аденоміоз [4].

У розвитку та прогресуванні патологічної трансформації ендометрія важлива роль відводиться порушенням функції імунного нагляду. Основна роль в контролі проліферації клітин належить макрофагам, NK-клітинам, Т-лімфоцитам. У здійсненні контрольно-регуляторної функції мають важливе значення локально продукувальні фактори росту та цитокіни імунного походження, які впливають на процеси проліферації, диференціювання різних клітин. Зміни синтезу та виділення цитокінів може стати не лише причиною порушення імунопоезу, але й мати прямий антигіперпластичний вплив на інші клітини-мішені через вплив на швидкість їхнього переходу з фази G_0 в наступні фази циклу, а також через включення програми апоптозу [2, 7].

Роль ендокринних порушень при аденоміозі та гіперплазії ендометрія як на рівні центральних механізмів регуляції, так і місцевих факторів, пов'язаних з локальними змінами рівня гормонів і їхньою рецепцією чутливими клітинами, вивчена досить докладно. Проте проблема повного лікування аденоміозу в поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія до теперішнього часу остаточно не вирішена, а терапія переслідує основні цілі: зменшення больового та геморагічного синдрому, підвищення можливості настання вагітності, максимальну відстрочку рецидиву захворювання [3, 6].

Мета дослідження: розроблення та впровадження комплексної поетапної терапії аденоміозу в поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія у жінок репродуктивного віку з використанням імуностимулювальних засобів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Для досягнення мети було проведено оцінювання впливу гормонотерапії у 135 жінок репродуктивного віку з аденоміозом у поєднанні з гіперпластичними процесами ендо-

метрія: I групу склали 45 жінок, що використовували гестаген протягом 6 міс; II групу – 45 жінок, які вживали агоніст гонадотропін-рилізинг гормону (а-ГнРГ) 3,75 мг 1 раз на 28 днів протягом 6 міс; III групу – 45 жінок, які отримували запропоновану нами комплексну терапію, що включала а-ГнРГ 3,75 мг 1 раз на 28 днів протягом перших 6 міс та імуномодулятор внутрішньом'язово через день № 20 з подальшим застосуванням таблетованих форм по 0,15 г 1 раз на тиждень (курс – 6 міс), після цього протягом наступних 6 міс застосовували гестаген у другу фазу менструального циклу – з 16-го до 25-го дня. Оцінювання показників стану здоров'я проводили через 3, 6 та 12 міс терапії.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Порушення менструального циклу за типом гіперполіменореї перед проведенням гормонотерапії виявлено у 92,6% обстежуваних жінок. Об'єм менструальної крововтрати визначали за допомогою карт менструальної крововтрати, він склав у I групі жінок 186,7 балів, у II групі – 183 бали, у III групі – 206 балів, що вдвічі перевищувало показники норми (мал. 1).

За представленими на мал. 1 даними, у жінок I групи на тлі гестагену відзначали поступове зниження об'єму менструальної крововтрати: на 3-у місяці – на 30%, на 6-у – на 50% та на 12-у місяці – тенденція до зростання. У II групі жінок, що застосовували а-ГнРГ, на 3-у місяці спостереження об'єм менструальної крововтрати різко знизився на 74% від початкового рівня, через 6 міс зареєстрована відсутність менструації у всіх жінок, а через 12 міс – тенденція до зростання крововтрати.

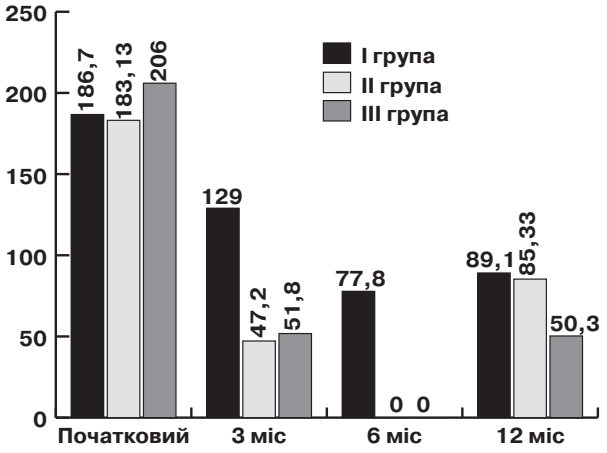
Зниження менструальної крововтрати на тлі комплексної гормонотерапії на 74,8% відзначено вже у перші 3 міс спостереження; через 6 міс у всіх жінок фіксували відсутність менструальноподібних виділень; на 12-у місяці об'єм менструальної крововтрати в середньому склав 50,3±10,5 бала, що відповідає нормі.

Проведено оцінювання больового синдрому на тлі гормональної терапії у жінок з доброякісною патологією матки. У всіх досліджуваних групах на 3-у та 6-у місяцях спостереження відзначене інтенсивне зменшення больового індексу (БІ). Через 12 міс терапії у I та II групах спостерігалося зростання даного показника. На тлі комплексної терапії вже через 3 міс зареєстровано зниження БІ вдвічі (на 57,84%); через 6 міс – на 85,29% від вихідного рівня, а на 12-у місяці у всіх жінок відзначали відсутність больового синдрому.

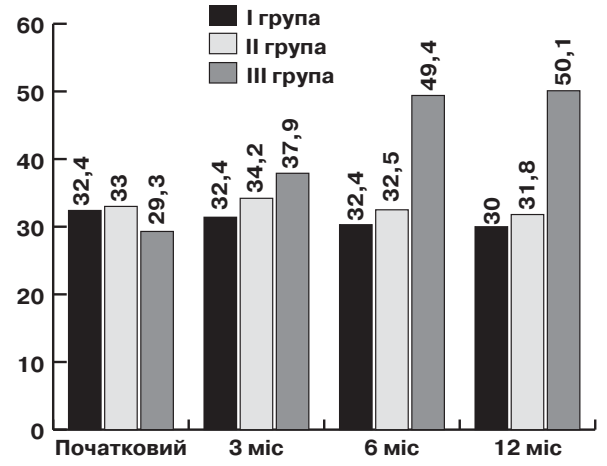
Під час динамічного спостереження за показниками гемоглобіну у жінок з доброякісною патологією матки зафіксоване зростання даного показника на 3-у та 6-у місяцях спостереження у всіх трьох групах: на 6-у місяці у I групі – на 20,5%, у II – на 24,4%, у III – на 20,2% від вихідного рівня. Через 12 міс у III групі зберігалася тенденція до зростання, у I та II групах відзначалося зниження рівня гемоглобіну. Рівень феритину крові та сироваткового заліза у жінок досліджуваних груп збільшувався прямо пропорційно зменшенню об'єму крововтрати.

Аналіз динамічних показників гонадотропних гормонів у жінок досліджуваних груп засвідчив, що на тлі гестагену показник фолікулостимулювального гормону (ФСГ) знизився: на 3-у місяці – на 28,73%; на 6-у – на 53,71%; через 12 міс – мав тенденцію до підвищення. У II групі відбулося зниження вмісту ФСГ на 3-у місяці на 49,25%, на 6-у – на 89,34%; на 12-у – мав тенденцію до підвищення. У III групі вихідний рівень ФСГ склав 13,1±1,59 мкг/л. На тлі комплексного лікування виявлено достовірне зниження показників ФСГ до нормативних значень.

Рівень лютеїнізувального гормону (ЛГ) у жінок I та II груп вже на 3-у місяці терапії знизився в 1,7 разу. На тлі гестагену даний гормон на 6-у та 12-у місяцях спостереження перебував у межах норми. У жінок, що отримували а-ГнРГ, рівень ЛГ на 6-у місяці знизився на 79,82%, а на 12-у – відзначали підвищення даного показника, проте воно не виходило за межі норми. У III групі на тлі комплексної терапії спостерігалося достовірне зниження даного показника до 6 міс, на 12-у місяці спостереження – ЛГ в межах нормативних значень.



Мал. 1. Динаміка об'єму крововтрати на тлі гормонотерапії, бали



Мал. 2. Показники цитотоксичного індексу NK-клітин у жінок з доброякісною патологією матки на тлі проведення гормонотерапії, %

Проведене оцінювання впливу гормонотерапії на рівень стероїдних гормонів. Показники естрадіолу (E_2) на тлі гестагену достовірно знизилися на 3-у місяці – в 1,5 разу, на 6-у – на 75,45% від вихідних даних, на 12-у місяці рівень E_2 склав 0,41±0,04 нмоль/л. У пацієнток II групи до 6 міс спостерігалася виражена гіпоестрогенія: рівень E_2 знизився на 3-у місяці на 81,81%, на 6-у – на 91,81%, на 12-у місяці – мав тенденцію до зростання. Вихідний рівень E_2 у III групі склав 1,3±0,07 нмоль/л. До 6-го місяця спостереження відзначали достовірне його зниження (0,1±0,01 нмоль/л), на 12-у місяці зафіксоване підвищення даного показника до норми.

Рівень прогестерону нормалізувався вже на 3-у місяці гормонотерапії у всіх трьох групах і перебував у межах норми протягом подальшого періоду спостереження.

Показники онкомаркера СА-125 у жінок у процесі терапії гестагеном мали тенденцію до зниження протягом

ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИНЫ №4 (110)/2016
ISSN 1992-5921

усього періоду спостереження: на 3-у місяці – на 18,7%, на 6-у місяці – на 59,22% та на 12-у місяці – на 61,38% від початкового рівня. У жінок на тлі терапії а-ГнРГ до 6-го місяця спостереження показник СА-125 знижувався, а на 12-у місяці зафіксоване його зростання у 1,5 разу порівняно з показниками на 6-у місяці, проте не перевищував нормативних значень. Вихідний рівень СА-125 у жінок III групи з поєднаною доброякісною патологією матки склав 47,3±3,15 ОД/мл. У процесі комплексної терапії у жінок відзначали статистично достовірну нормалізацію показників СА-125 ($p<0,05$), середній рівень протягом року зменшився на 72,93%, що у 3,7 разу менше у порівнянні з вихідними даними, і склав 12,8±1,92 ОД/мл.

Початковий рівень цитотоксичного індексу NK-клітин у I групі склав 32,4%, у II групі – 33,0%, що у 1,5 разу нижче норми, у III групі – 29,3%, що вдвічі нижче нормативних значень і свідчить про зниження імунного статусу у даної категорії жінок.

Як видно із представлених на мал. 2 даних, протягом 12 міс спостереження на тлі гормонотерапії гестагеном та а-ГнРГ цитотоксичний індекс NK-клітин залишався низьким і мав тенденцію до зниження.

Рівень цитотоксичного індексу NK-клітин на тлі запропонованої комплексної гормонотерапії через 3 міс підвищився в 1,2 разу (37,9±3,2%), через 6 міс – в 1,7 разу (49,4±2,91%) від вихідних даних і досяг нормативних значень. Через 12 міс спостереження показники імунного статусу жінок цієї досліджуваної групи перебували в межах норми і не мали статистично достовірної різниці від даних на 6-у місяці спостереження.

У жінок з доброякісною патологією матки на тлі гормонотерапії під час ультразвукового дослідження визначали об'єм матки та серединну маткову структуру. У хворих I групи при динамічному спостереженні показник об'єму матки мав достовірне зниження протягом 6 міс на 11% від початкового. У II групі через 3 міс об'єм матки зменшився на 9%, через 6 міс – на 16%. Через 12 міс встановлено збільшення даного показника як у I, так і у II групі спостереження. У III групі вихідний рівень об'єму матки склав 98,3±14,7 мл, через 3 міс комплексної терапії даний показник зменшився в середньому на 16%, через 6 міс – на 23,6% (75,1±9,73 мл) від вихідного рівня. Через 12 міс на тлі комплексної гормонотерапії в обстежуваних жінок встановлено статистично достовірне зменшення об'єму матки у 1,5 разу – на 36,6% – порівняно з вихідними даними ($p<0,05$).

У I групі спостерігалося зменшення показника М-ехо протягом 6 міс спостереження, на 12-у місяці міс він перебував у межах норми. У II групі на тлі а-ГнРГ на 3-у та 6-у місяцях відзначене різке зменшення показника М-ехо, а на 12-у місяці зафіксоване зростання даного показника, проте він лишався у межах нормативних значень. У III групі на тлі комплексної гормонотерапії спостерігалося зменшення показника М-ехо через 3 міс у середньому на 46,76% (7,4±1,03 мм), через 6 міс – на 63,3%. Через 12 міс у них відзначено достовірне зменшення даного показника у 3,2 разу від вихідного рівня та у порівнянні з даними на 3-у і 6-у місяцях спостереження.

Дослідження якості життя жінок з доброякісною патологією матки на тлі терапії гестагеном, а-ГнРГ та комплексної гормонотерапії проведено шляхом одномоментного вивчення стану пацієнток за допомогою опитувальника SF-36 на 12-у місяці спостереження. Інтегральний показник якості життя склав на тлі гестагену – 428 балів, на тлі а-ГнРГ – 441 бал та на тлі запропонованої комплексної терапії – 722 бали.

ВИСНОВКИ

Розроблена комплексна поетапна гормональна терапія для жінок репродуктивного віку з аденоміозом у поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія нормалізує показники онкомаркерів (СА-125 зменшився у 3,7 разу), імунного та гуморального статусу. Дане лікування в обстежених жінок поліпшує гематологічні (рівень гемоглобіну зріс на 20,2%), ехографічні (зменшення об'єму матки на 36,6%, показника М-ехо – на 63,3%) та імунологічні (цитотоксичний індекс NK-клітин збільшився в 1,7 разу) показники в динаміці спостереження у порівнянні з монотерапією гестагеном та а-ГнРГ.

Використання запропонованої комплексної терапії аденоміозу у поєднанні з гіперпластичними процесами ендометрія у жінок репродуктивного віку достовірно підвищує параметри фізичного функціонування, загального стану здоров'я та життєвої активності, покращує показники як фізичного, так і психологічного компонентів здоров'я, тим самим поліпшуючи якість їхнього життя (інтегральний показник якості життя у 1,7 разу вищий у порівнянні з показником на тлі монотерапії).

Комплексная терапия аденомиоза в сочетании с гиперпластическими процессами эндометрия у женщин репродуктивного возраста

В.А. Бенюк, Д.М. Алтыбаева, В.Н. Гончаренко, В.В. Курочка

Цель исследования: разработка и внедрение комплексной поэтапной терапии аденомиоза в сочетании с гиперпластическими процессами эндометрия у женщин репродуктивного возраста с использованием иммуностимулирующих средств.

Материалы и методы. Была проведена оценка влияния гормонотерапии у 135 женщин репродуктивного возраста с аденомиозом в сочетании с гиперпластическими процессами эндометрия: I группа – 45 женщин, которые использовали гестаген (6 мес); II группа – 45 женщин, которые принимали агонист гонадотропин-рилизинг гормона (а-ГнРГ) (6 мес); III группа – 45 женщин, которые получали комплексную терапию, включавшую а-ГнРГ, в течение первых 6 мес и иммуномодулятор внутримышечно через день № 20 с последующим применением таблетированных форм по 0,15 г 1 раз в неделю (курс – 6 мес), после этого в течение следующих 6 мес применяли гестаген во вторую фазу менструального цикла – с 16-го по 25-й день. Оценку показателей состояния здоровья проводили через 3, 6 и 12 мес терапии.

Результаты. Изучено влияние гормональной терапии гестагена и а-ГнРГ на клиническое течение заболевания, показатели гомеостаза и функциональное состояние матки у женщин с аденомиозом в сочетании с гиперпластическими процессами эндометрия в динамике. Выявлены новые звенья патогенеза в развитии доброкачественной патологии матки за счет нарушения функции иммунной системы, особенно выраженные в показателях снижения цитотоксического индекса NK-клеток. Разработана комплексная поэтапная гормональная терапия для женщин репродуктивного возраста с сочетанной доброкачественной патологией матки и проведена оценка влияния на показатели онкомаркеров, иммунного статуса, стероидных гормонов и гематологических показателей в динамике наблюдения.

Заключение. Разработанная комплексная гормональная терапия для женщин репродуктивного возраста с аденомиозом в сочетании с гиперпластическими процессами эндометрия нормализует показатели онкомаркеров, иммунного и гуморального статуса. Данное лечение у обследованных женщин улучшает гематологические, ехографические и иммунологические показатели в динамике наблюдения по сравнению с монотерапией гестагеном и а-ГнРГ, достоверно повышает параметры физического функционирования, общего состояния здоровья и жизненной активности, улучшает показатели как физического, так и психологического компонентов здоровья, тем самым повышая качество их жизни.

Ключевые слова: *комплексная терапия, аденомиоз, гиперплазия эндометрия, гестагены, агонист гонадотропин-рилизинг гормона.*

Complex therapy adenomyosis commbined with hyperplastic processes of the endometrium in women reproductive age

V.A. Benyuk, D.M. Altibaeva, V.N. Goncharenko, V.V. Kurochka

The purpose of the study: is to develop and implement a comprehensive phased treatment of adenomyosis in combination with endometrial hyperplasia in women of reproductive age with the use of immunostimulatory drugs.

The materials and methods. We assessed the influence of hormone therapy 135 women of reproductive age with adenomyosis in combination with endometrial hyperplasia: group I – 45 women using a progestogen (6 months); II – 45 women who took agonist of gonadotropin-relesing hormone (a-GnRH) (6 months) III – 45 women who received complex therapy involving a-GnRH during the first 6 months and immunomodulator intramuscularly every other day № 20, with subsequent use of tablets of 0,15 g of 1 times a week (course – 6 months), then in the next 6 months was used progestogen in the second phase of the menstrual cycle from 16 to 25 days. Evaluation of indicators of health status were performed after 3, 6 and 12 months of therapy.

Results. The influence of hormonal therapy gestogen and a-GnRH on clinical course and homeostasis indexes in women with adenomyosis, combined with endometrial hyperplasia in dynamics. New pathogenesis units in benign uterus pathology by means of immune system dysfunction that was defined in decreased levels of cytotoxic index of NK-cells were revealed. Complex hormonal therapy in reproductive-aged women with combined benign uterus pathology was developed and estimation of influence on oncomarker indexes, immune status, steroid hormones and hematological indexes in observation dynamics was conducted.

Conclusions. Developed a comprehensive phased hormone therapy for women of reproductive age with adenomyosis in combination with endometrial hyperplasia normalizes the tumor markers; immune and humoral status. This treatment of the surveyed women improves haematological, immunological and echographically indicators in the follow-up period compared with the monotherapy progestogen and GnRH; significantly enhances the parameters of physical functioning, General health and vitality, improves the performance of both physical and psychological components of health, thereby improving quality of life.

Key words: *complex therapy, adenomyosis, endometrial hyperplasia, gestagene, a-agonist of gonadotropin-relesing hormone.*

Сведения об авторах

Бенюк Василий Алексеевич – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Т.Г. Шевченко, 13

Алтыбаева Дилберджан Мурадовна – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Т.Г. Шевченко, 13. E-mail: ag3nmu@gmail.com

Гончаренко Вадим Николаевич – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Т.Г. Шевченко, 13. E-mail: goncharenk@ua.fm

Курочка Валентина Валерьевна – Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, 01601, г. Киев, бул. Т.Г. Шевченко, 13; Киевский родильный дом № 3, 03148, г. Киев, ул. В. Кучера, 7. E-mail: kurochkav@mail.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бенюк В.О. Роль агоністів ГНРГ в лікуванні ендометріозу / В.О. Бенюк, В.Я. Голота, О.А. Диндар, І.А. Усевич // Наук.-практ. конф. «Проблемы достижения и перспективы развития медико-биологических наук». Труды Крымского медуниверситета. – 2006. – Т. 142. – С. 237.
2. Грищенко В.І. Застосування диференційованої гормонотерапії в лікуванні хворих на поширені форми генітального ендометріозу / В.І. Грищенко, М.О. Щербина, Л.В. Потапова, О.П. Ліпко // Вісн. наук. досліджень. – 2002. – № 2 (26). – С. 8–9.
3. Кучеренко С.Н. Дифференцированная гормонотерапия аденомиоза с учетом особенностей гормональных нарушений и клинико-морфофункциональных критериев процесса // Здоровье женщины. – 2002. – № 3 (11). – С. 30–36.
4. Татарчук Т.Ф. Медикаментозна терапія гіперпроліферативних процесів ендометрія / Т.Ф. Татарчук, О.В. Бурлака, К.О. Корінна // Ліки та життя. – 2005. – С. 100–101.
5. Andreotti R.F., Flescher A.C. The sonographic diagnosis of adenomyosis. Ultrasound Q, Vol. 21, no 3. – 2005. – P. 167–170.
6. Afonso J.S. Adenomiosis: pathohysiology, diagnosis and treatment (review) / J.S. Afonso, S. Sumxes Sergio // By Hysteroscopy at Fri. – 2005. – Vol. 12, № 2. – P. 1–52.
7. Frackiewicz E.J. Diagnosis and treatment of endometriosis / E.J. Frackiewicz, V. Zarotsky // Expert Opin Pharmacother. – 2003. – Vol. 4, № 1. – P. 67–82.

Статья поступила в редакцию 29.04.2016

medinova

Флуомізин

деквалінію хлорид 10 мг

- доведена ефективність по відношенню до Atopobium vaginae та інших збудників бактеріального вагінозу*
- дозволений до застосування у всіх триместрах вагітності**

Флуомізин. Реєстраційне посвідчення № UA/1852/01/01 від 22.08.14. Реклама лікарського засобу, перед застосуванням ознайомтесь з інструкцією та проконсультуйтесь з лікарем.
* Susceptibility testing of Atopobium vaginae for dequalinium chloride. Guido Lopes dos Santos Santiago at all, 2012 BMC Research Notes 2012, 5:151 http://www.biomedcentral.com/1756-0500/5/151. ** Інструкція до лікарського засобу Флуомізин

Самолікування може бути шкідливим для вашого здоров'я

SCHONEN
SWITZERLAND

Ekobiol®

ІМУНОБІОТИК
для застосування у гінекології

- *Сприяє відновленню місцевого імунітету піхви та загального імунітету організму*
- *Підвищує ефективність комплексної терапії вагінітів та сальпінгоофоритів**

Pro Bio Swiss

Не є лікарським засобом. Висновок ДСЕЕ ЕкоБІОЛ №05.02 - 03/100900 від 17.10.11. На правах реклами.
Представництво Дельта Медікел Промоушнз АГ (Швейцарія) в Україні, м. Вишневе, вул. Чорновола, 43. тел. 044 585 00 41
ЕкоBIOL/ЭкоБИОЛ, proBioSWISS, SCHONEN — зареєстровані товарні знаки Дельта Медікел Промоушнз АГ (Швейцарія)/Delta Medical Promotions AG (Switzerland).
* Т.Ф. Татарчук, Н.Ф. Захаренко, Т.І. Юско, Н.В. Яроцька. Хронічні запальні захворювання органів малого тазу – ефективне лікування та профілактика рецидиву // Репродуктивна ендокринологія. №4 , 2015.
А.А. Суханова, С.Є. Савченко, Т.В. Коломійченко. Можливості корекції місцевого імунітету у жінок з рецидивуючим вульвовагінальним кандидозом // Здоровье женщины. №2 (98) 2015. С. 124-128.