

¹ ФГБУ Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии
им. академика В.И. Кулакова Минздрава России, Москва.

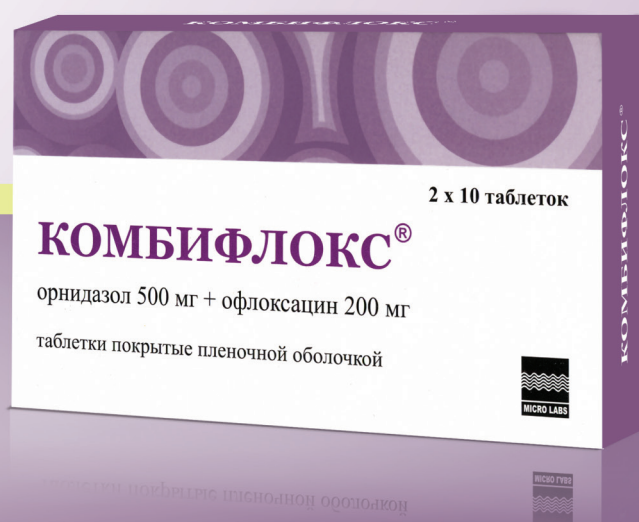
² Кафедра акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО
Институт повышения квалификации ФМБА России, Москва.

³ МСЧ №170 ФМБА России, Королёв

© Коллектив авторов, 2013

С.А. Леваков ^{1,2}, А.Г. Кедрова ^{2,3}, Н.Н. Челнокова ³

Фармакотерапия неосложненных воспалительных заболеваний органов малого таза



Акушерство и гинекология
№9 / 2013

Леваков Сергей Александрович, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения комбинированных и комплексных методов исследования ФГБУ НЦАГиП, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО Институт повышения квалификации ФМБА России
Адрес: 115682, Россия, Москва, Ореховый бульвар, д. 28. Телефон: 8 (495) 395-05-44. E-mail: levakoff@yandex.ru

Кедрова Анна Генриховна, доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ДПО Институт повышения квалификации ФМБА России
Адрес: 115682, Россия, Москва, Ореховый бульвар, д. 28. Телефон: 8 (495) 395-05-44, 8 (916) 135-96-00. E-mail: kedrova.anna@gmail.com

Челнокова Наталья Николаевна, заведующая женской консультацией МСЧ № 170 ФМБА России
Адрес: 141070, Россия, Королев, ул. Ленина, д. 2. Телефон: 8 (495) 516-53-87. E-mail: msdl70@extern.rsce.ru

Цель исследования. Изучить возможности применения комбинированного препарата комбифлокс (орнидазол 500 мг + офлоксацин 200 мг) для лечения неосложненных воспалительных заболеваний органов малого таза, выявленных у молодых женщин на профилактическом осмотре.

Материал и методы. Нами отобраны 54 пациентки репродуктивного возраста, имеющие признаки воспалительных заболеваний органов малого таза, из них 26 больных имели преимущественное поражение влагалища и шейки матки, без признаков риска восходящей инфекции, а у 28 имелись данные за воспаление матки или ее придатков при наличии факторов риска осложнений болезни. Все больные получали комбифлокс 2 таблетки в сутки продолжительностью от 7 до 14 дней, в зависимости от тяжести симптомов заболевания. Оценка эффекта основывалась на клинических, ультразвуковых и лабораторных данных, переносимость препарата — по анкетированию больных и их субъективному отношению к лечению.

Результаты исследования. Среди больных репродуктивного возраста с признаками неосложненного воспаления органов малого таза препарат комбифлокс оказался эффективен в 88,5% наблюдениях, а при факторах риска восходящей инфекции — у 75% пациенток. Трое из 54 больных были оперированы в связи с признаками сформировавшегося tuboовариального образования, а у семи женщин, не имевших улучшения в течение 5 дней, произведена смена антибиотиков. Во время приема препарата комбифлокс тяжелых побочных проявлений не зарегистрировано. Все женщины отметили удобство лекарственной формы.

Заключение. По нашему опыту комбифлокс является эффективным препаратом для женщин с неосложненными воспалительными заболеваниями органов малого таза, так как сочетание орнидазола и офлоксацина охватывает основные микробные патогены, характерные для урогинекологических инфекций. Удобная лекарственная форма комбинированного препарата и его доступная цена позволяют достичь высокого комплаенса в лечении.

S.A. LEVAKOV^{1,2}, A.G. KEDROVA^{2,3}, N.N. CHELNOKOVA³

PHARMACOTHERAPY FOR UNCOMPLICATED INFLAMMATORY DISEASES OF SMALL PELVIC ORGANS

¹ Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology, Ministry of Health of Russia, Moscow

² Department of Obstetrics and Gynecology, Institute of Advanced Training, Federal Biomedical Agency of Russia, Moscow

³ Medical Sanitary Unit One Hundred and Seventy, Federal Biomedical Agency of Russia, Korolev, Moscow Regions

Objective. To study possibilities of application of combiflox (ornidazol 500g + ofloxacin 200 mg) to treat uncomplicated small pelvic inflammatory diseases identified by a gynecologist during annual prophylactic examination.

Subjectend methods. Fifty-four reproductive-aged patientshaving signs of small pelvic inflammatory small pelvic inflammatory diseases were selected; of them 26 patients had predominant involvement of the vagina and

cervix uteri, without the signs of a risk for ascending infection and 28 patients had evidence for inflammation of the uterus or its appendages in the presence of risk of disease complication. All the patients took the combination agent ornidazol + ofloxacin as 2 tablets daily for 7 to 14 days depending on the severity of disease symptoms. The effect was evaluated from clinical, ultrasound, and laboratory data; drug tolerance was as assessed using the data of a questionnaire survey inpatients and their subjective attitude towards treatment.

Results. *Among the reproductive-aged patients with signs of uncomplicated small pelvic inflammation, combiflox proved to be effective in 88.5% of cases and among those having risk factors for ascending infection in 75% of the patients. Three of the 54 patients were operated on because of the signs of formed tuboovarian mass and antibiotics were changed in 7 women who had no improvement for 5 days. There were no severe adverse manifestations due to the use of combiflox. All the women reported that the dosage form was easy-to-use.*

Conclusion. *In the authors' experience, combiflox is an effective agent for women with uncomplicated diseases of small pelvic organs as a combination of ornidazol and ofloxacin affects major microbial pathogens. The convenient formulation of the combined drug and its reasonable price allows high treatment compliance.*

Key words: *small pelvic inflammatory diseases, ornidazol, ofloxacin, bacterial vaginosis, diagnosis, treatment.*

Терапия урогенитальных инфекций остается актуальной и обсуждаемой проблемой акушерства-гинекологии, урологии и дерматовенерологии, так как воспаление тазовых органов является одной из наиболее распространенных проблем со здоровьем у женщин репродуктивного возраста во всем мире. В этой связи современные руководства из Центра по контролю и профилактике заболеваний ВОЗ рекомендуют ежегодное тестирование на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) всех женщин моложе 25 лет и старше 25 лет, имеющих факторы повышенного риска. На 60-м Американском конгрессе акушеров и гинекологов в 2012 году (ACOG) был представлен ретроспективный анализ более чем 320 000 образцов, взятых из шейки матки у женщин в 40 штатах США. По результатам ПЦР-диагностики (Bio-Reference Laboratories) распространенность лишь хламидийной инфекции у молодых достигла 10% [1, 2]. В России нет столь значительных статистических исследований, но по данным организованных ежегодных профилактических осмотров, в группах работающих женщин до 36 лет воспалительные заболевания органов малого таза встречаются у 19% обследованных пациенток [3]. Такие неутешительные показатели могут продолжать расти, так как все больше женщин откладывают вступление в брак и имеют нескольких сексуальных партнеров в течение 10-15 лет половой жизни до брака. Эти факторы увеличивают риски осложнений воспалительных заболеваний органов малого таза и негативное влияние на репродуктивное здоровье. Современные знания эпидемиологии заставляют изменить отношение к скринингу на ИППП, то есть обследовать не только всех женщин до 25 лет, но и группы повышенного риска среди пациенток старшего возраста. Такой подход приводит к своевременному и эффективному лечению даже при назначении эмпирически выбранной терапии, которая должна быть направлена против наиболее распространенных микроорганизмов, иметь быструю бактерицидную активность и низкую токсичность. Цель ее — разрешение клинических симптомов, элиминация патогенных возбудителей из половых путей, а также контроль и предупреждение возможных осложнений.

С учетом того, что схемы лечения воспалительных заболеваний малого таза разнообразны, следует всегда полагаться на полимикробную этиологию восходящих инфекций.

Цель исследования: изучить возможности применения комбинированного препарата комбифлокс (орнидазол 500 мг + офлоксацин 200 мг) для лечения неосложненных воспалительных заболеваний органов малого таза, выявленных у молодых женщин на профилактическом осмотре.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По данным гинекологического осмотра и бактериоскопического исследования отделяемого из цервикального канала и уретры мы отобрали 54 женщины с признаками воспалительных заболеваний органов малого таза. Их беспокоили: выделения из влагалища, бели, частый зуд, посткоитальный дискомфорт, жжение, периодические дизурические явления. Все больные дали добровольное согласие на участие в исследовании, заполнили специально разработанную анкету с вопросами анамнеза, аллергического статуса, о приоритетах в питании (повышенное употребление углеводов и жиров) и особенностях интимной гигиены. По микроскопии полученных мазков из влагалища проводилась оценка воспалительной реакции — число лейкоцитов; наличие разрушенных эпителиоцитов; количество лактобациллярных элементов. Дополнительно проведены следующие исследования: ПЦР-диагностика на ДНК возбудителей, клинический и биохимический анализ крови, ультразвуковое исследование органов малого таза.

По результатам обследований пациентки распределены на две группы: I группа - больные без признаков восходящей инфекции, II группа — с высоким риском развития осложнений, признаками эндометрита и/или сальпингоофорита. Характеристика представлена в табл. 1.

Основными диагнозами у пациенток в первой группе были: N 72 цервицит, экзоцервицит; N 73.8 другие уточненные воспалительные болезни женских

тазовых органов; N 76.3 и N 76.1 — подострые и хронические вульвовагиниты; во второй — N 71.0 эндометрит; N 70.0—70.1 острый или хронический сальпингит и оофорит; N 73.6 тазовые перитонеальные спайки. Необходимо отметить, что степень бактериальной обсемененности отделяемого из цервикального канала и влагалища также отличалась в указанных группах. Во второй группе частота влагалищного мазка III—IV степени встречалась намного чаще, что свидетельствовало о выраженности дисбиоза влагалищного биотопа.

Таблица 1. Характеристика пациенток, включенных в исследование

Выявленные возбудители и заболевания	I группа	II группа
	26(100%)	28(100%)
Возраст	26,5±2,5	28,3 ±3,2
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	1	4
<i>Chlamydia trachomatis</i>	7	16
<i>Trichomonas vaginalis</i>	6	3
Полимикробная ассоциация, выявленная при ПЦП: <i>Streptococci group A, Escherichia coli, Enterococcus sp., Gardnerella vaginalis, Mobiluncus sp., Bacteroides sp., Atopobium vaginae, Leptotrichia sp., Mycoplasma sp., Ureaplasma sp.</i>	12	5
Бактериоскопическое исследование и окраска мазка по Граму [4]: более 10 полиморфно-ядерных лейкоцитов в поле зрения; нет грамм отрицательных диплококков (гонореи), есть разрушенные эпителиоциты, практически отсутствуют лактобациллярные элементы, оценка бактериальных морфотипов по шкале Нугента >7 баллов.	14 (53,8%)	23(82,1%)
Сопутствующие невоспалительные гинекологические заболевания: гиперплазия эндометрия, аденомиоз, миома матки	5(19,2%)	9(32,1%)
Наличие признаков сахарного диабета или метаболического синдрома	2 (7,6%)	5(17,8%)

Всем пациенткам назначали комбинированный препарат комбифлокс по 1 таблетке 2 раза в день, содержащий офлоксацин 200 мг и орнидазол 500 мг. Продолжительность лечения составляла от 7 до 14 дней в зависимости от тяжести воспалительного процесса. При отсутствии положительного эффекта терапии в течение 5 дней проводилась замена антибактериального препарата и по показаниям пациентка госпитализировалась. Основными критериями для стационарного лечения служили признаки осложненного сальпингоофорита или клинические симптомы пельвиоперитонита. По данным ультразвукового исследования у таких пациенток

визуализировались: расширение маточных труб, наличие утолщений и жидкостных включений в области придатков матки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ОБСУЖДЕНИЕ

Большинство исследователей единодушны во мнении, что ведущим инициатором воспалительных заболеваний органов малого таза, кроме основных возбудителей ИППП, являются ассоциации неспорообразующих грамотрицательных (бактероиды, превотеллы, фузобактерии) и грамположительных анаэробных микроорганизмов (пептострептококки и клостридии), аэробной грамотрицательной (кишечная палочка, клебсиелла, протей, энтеробактерии) и реже грамположительной (стрептококк, энтерококк, стафилококк) микробной флоры [4]. При этом точно установить этиологию инфекционного процесса не всегда представляется возможным. В нашем исследовании эмпирическая терапия препаратом комбифлокс уже в течение 7-дневного курса лечения оказалась эффективной у 88,5% пациенток, не имевших неблагоприятных факторов прогноза (I группа). При бактериальном анализе у них была определена микст-инфекция, микоплазма и преобладание грамотрицательной флоры, чувствительной к метронидозолу и фторхинолонам. Это позволило продолжить лечение комбифлоксом. Более длительное время наступления эффекта у трех больных, возможно, было связано с недостаточно точной базовой оценкой распространенности воспалительного процесса. Известно, что каждая третья женщина с признаками вагинита имеет гистологические признаки и эндометрита, что требует более длительной антибиотикотерапии при добавлении симптоматического лечения [5, 6].

Во II группе пациенток применение препарата комбифлокс оказалось эффективным у 21 (75%) больной. Семь пациенток с исходными признаками восходящего воспаления продолжили лечение в стационаре, из них трое прооперированы с признаками сформировавшегося tuboовариального образования. Скорее всего, в этих случаях недостаточная эффективность комбифлокса была связана с наличием анаэробных бактерий, штаммов, продуцирующих β-лактамазу, так как в стационаре они ответили на сочетанную терапию: клиндамицин с гентамицином или азитромицин.

В результате проведенного исследования мы еще раз убедились, что наиболее частыми возбудителями при воспалении органов малого таза являются как неспецифические агенты — эндогенные анаэробные и факультативные бактерии, так и специфические патогены — *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *U. Urealyticum*, *Trichomonas vaginalis* [7]. Поэтому эмпирическая терапия даже при неосложненных воспалительных заболеваниях органов малого таза должна проводиться антибиотиками широкого спектра действия, что согласуется с последними рекомендациями US Food and Drug Administration (FDA-2012) [8]. При подтверждении неспецифического эндометрита, чаще вызванного *Mycoplasma genitalium*, лечение должно длиться не менее 14 дней и схемами из двух -

трех антибактериальных препаратов, что подтверждается бактериологическими и патоморфологическими данными [9, 10]. При этом лечение может быть амбулаторным при приеме пероральных антибиотиков с хорошим диапазоном переносимости. Современные комбинированные препараты показали свое активное действие на полимикробную флору, микст-инфекции, так как имели дополнительный противотрихомонадный и противомикотический эффекты. Их актуальность возрастает в связи с ростом числа больных, имеющих резистентность к метронидазолу, которая сегодня достигает 4—6% [11]. В этой связи альтернативным препаратом становится орнидазол. Его однократный прием (1500 мг) гарантирует элиминацию возбудителя практически у всех больных с неосложненным трихомонозом [12]. Орнидазол известен давно, с 1969 года, имеет целый ряд отличительных особенностей и лишен многих недостатков метронидазола. Его неоспоримые преимущества: имеет меньше побочных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта; может применяться вместе с антикоагулянтами; не вызывает антабусной реакции; нет ощущения сухости во рту; не меняет цвет мочи; имеется малое количество резистентных штаммов; по фармакокинетическим свойствам — может применяться с интервалом 12 часов при стабильно высокой концентрации в плазме. Эти свойства во многом определяют лучшую переносимость терапии орнидазолом, чем метронидазолом [13]. Препарат хорошо зарекомендовал себя в комбинации с фторхинолонами, демонстрируя синергетический эффект по бактерицидной активности, за счет активации ингибирования ДНК-гидаз. Также описана их общая высокая биодоступность с созданием высоких концентраций в клетках и тканях, позволяющая получить быстрый эффект в отношении: *Staphylococcus*, *Neisseria*, *Escherichia coli*, *Citrobacter*, *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *Hafnia*, *Proteus*, *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Yersinia enterocolitica*, *Campylobacter jejuni*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis* и *pneumoniae* и других возбудителей. Меньшей чувствительностью к препарату обладают: *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus pyogenes*, *pneumoniae uviridans*, *Serratia marcescens*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter*, *Mycobacterium tuberculosis*, а также *Mycobacterium fortuitum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Clostridium perfringens*, *Corynebacterium* spp., *Helicobacter pylori*, *Listeria monocytogenes*. В этой связи офлоксацин является препаратом выбора при лечении различных инфекций мочевыводящих путей, в том числе госпитальных [14]. Нечувствительны к офлоксацину: *Nocardia asteroides*, анаэробные бактерии: *Bacteroides* spp., *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp., *Eubacterium* spp., *Fusobacterium* spp., *Clostridium difficile*, крайне редко встречающиеся при воспалительных заболеваниях органов малого таза [15].

Результаты лечения показали эффективность эмпирической антибактериальной терапии препаратом комбифлокс — 81,5%, что демонстрирует высокую чувствительность основных бактериальных агентов

к комбинации офлоксацина с орнидазолом. Выявленные неудачи при лечении были обусловлены исходной недооценкой распространенности воспалительного процесса — 11,1% и только в 7,4% наблюдений можно думать о лекарственной резистентности. Оценка побочных эффектов препарата комбифлокс показала его хорошую переносимость и комплаентность, ни одна женщина не отменила лечение. Невыраженные побочные эффекты комбифлокса были связаны с нарушением функции желудочнокишечного тракта: диспептическими явлениями или тошнотой, которые уменьшались при обсуждении проблемы с врачом и дальнейшем соблюдении изменений в режиме питания. В целом, при соблюдении пациенткой общих правильных рекомендаций по личной гигиене, режиму питания, коррекции потребления углеводов (сахаров) и жиров побочных реакций мы не наблюдали. 18 наших больных во время приема комбифлокса продолжали применение гормональных контрацептивов в обычном режиме. С профилактической целью после антибактериальной терапии пациентки в течение 2 месяцев принимали препарат проваг, содержащий лиофилизированную суспензию живых молочнокислых бактерий в дозировке не менее 109 КОЕ/г: *Lactobacillus gasseri* 57С — 50%, *Lactobacillus fermentum* 57А - 25%, *Lactobacillus plantarum* 57В — 25%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Принципы лечения воспалительных заболеваний органов малого таза остаются одной из дискуссионных проблем в акушерско-гинекологической аудитории. Результаты исследований показали, что терапия комбинированным пероральным препаратом комбифлокс оказалась эффективной для амбулаторного короткого и удлиненного курса лечения у больных с неосложненными формами воспалительных заболеваний органов малого таза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Boughton B. Chlamydia screening guidelines miss some high-risk groups. American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) 60th Annual Clinical Meeting. San Diego, California, 9 may 2012.
2. Hocking J.S., Guy R., Walker J., Tabrizi S.N. Advances in sampling and screening for chlamydia. *Future Microbiol.* 2013; 8(3): 367-86.
3. Кедрова А.Г., Челнокова Н.Н., Левакова С.Е. Совершенствование качества диспансеризации молодых женщин с риском нарушений репродуктивной функции. В кн.: Материалы V научно-практической конференции акушеров-гинекологов ФМБА России «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». Москва, 21-22 мая 2013.
4. Taylor B.D., Darville T., Haggerty C.L. Does bacterial vaginosis cause pelvic inflammatory disease? *Sex. Transm. Dis.* 2013;40(2): 117-22.
5. Wiesenfeld H.C., Hillier S.L., Krohn M.A., Amortegui A.J., Heine R.P., Landers D.V., Sweet R.L. Lower genital tract

- infection and endometritis: insight into subclinical pelvic inflammatory disease. *Obstet. Gynecol.* 2002; 100(3): 456-63.
6. *Eckert L.O., Thwin S.S., Hillier S.L., Kiviat N.B., Eschenbach D.A.* The antimicrobial treatment of subacute endometritis: a proof of concept study. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2004; 190(2): 305-13.
 7. *Workowski K.A., Berman S.*; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm. Rep.* 2010; 59 (RR-12): 1-110.
 8. *Short V.L., Totten P.A., Ness R.B., Astete S.G., Kelsey S.F., Haggerty C.L.* Clinical presentation of *Mycoplasma genitalium* infection versus *Neisseria gonorrhoeae* infection among women with pelvic inflammatory disease. *Clin. Infect. Dis.* 2009; 48(1): 41-7.
 9. *Haggerty C.L., Totten P.A., Astete S.G., Ness R.B.* *Mycoplasma genitalium* among women with nongonococcal, nonchlamydial pelvic inflammatory disease. *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.* 2006; 2006: 30184.
 10. *Bevan C.D., Ridgway G.L., Rothermel C.D.* Efficacy and safety of azithromycin as monotherapy or combined with metronidazole compared with two standard multidrug regimens for the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *J. Int. Med. Res.* 2003; 31: 45-54.
 11. *Kirkcaldy R., Augostini P., Asbel L.* *Trichomonas vaginalis* antimicrobial drug resistance in 6 US cities. *Emerg. Infect. Dis.* 2012; 18(6): 939 - 43.
 12. *Bosserman E.A., Helms D.J., Mosure D.J., Secor W.E., Workowski K.A.* Utility of antimicrobial susceptibility testing in *Trichomonas vaginalis* – infected women with clinical treatment failure. *Sex. Transm. Dis.* 2011; 38(10): 983-7.
 13. *Sivapalasingam S., Steigbigel N.H.* Macrolides, clindamycin, and ketolides. In: Mandell G.L., Bennett J.E., Dolin R., eds. *Principles and practice of infectious diseases.* 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2010: 442.
 14. *Козаченко А.В., Тесленко И.В., Губский К.А., Нудьга А.Н., Ковалева Е.А.* Сравнительная эффективность орнидазола и метронидазола у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями органов брюшной полости. *Медицина неотложных состояний.* 2012; 5(44): 56 -62.
 15. *White B.A., Creedon D.J., Nelson K.E., Wilson B.A.* The vaginal microbiome in health and disease. *Trends Endocrinol. Metab.* 2011; 22(10): 389-93.

Поступила 09.08.2013

КОМБИФЛОКС®

Офлоксацин 200 мг
+ Орнидазол 500 мг

В 60-70% случаев причиной
воспалительных заболеваний мочеполовой
системы является МИКСТ-инфекция¹

Таблетки № 10, 20, 100
Режим дозирования:
1 таблетка 2 раза в день
в течение 7-10 дней

Комбифлокс - единственный в России комбинированный препарат,
активный в отношении всего спектра клинически значимых патогенов

АКТИВНОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ОТНОШЕНИИ ПАТОГЕНОВ СМЕШАННЫХ ИНФЕКЦИЙ²

	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<i>Chlamydiae trachomatis</i>	Гр -	Анаэробы	Гр +	<i>Trichomonas vaginalis</i>
КОМБИФЛОКС®	++	++	++	++	++	++
Тетрациклины	+	++	+-	+-	+-	-
Макролиды	+-	++	-	-	++	-
Цефалоспорины III поколения	++	-	++	+-	++	-
Пенициллины	+-	-	+-	++	++	-
Фторхинолоны	++	+	+-	-	+-	-
Клиндамицин	-	-	-	++	++	-

Показания к применению:

- воспалительные процессы уrogenитального тракта неизвестной (невыясненной) этиологии
- микст-инфекции
- хронические воспалительные заболевания мочеполовой сферы

1. Генитальные инфекции. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Баев О.Р., Буданов П.В.: М.: Издательский дом «Династия», Москва, 2003, 140

2. Barbone FJ, Austin H, Louv WC, et al. A follow-up study of methods of contraception, sexual activity, and rates of trichomoniasis, candidiasis and bacterial vaginosis. Amer J Obstet Gynecol 1990; 163 (2): 510-4

Производитель:
«Микро Лабс
Лимитед»



Официальный дистрибьютор в РФ: ЗАО «Мединторг»
123103 Москва, проспект Маршала Жукова, дом 74, к. 2
+7 (495) 921-25-15 | mail@medintorg.ru
www.medintorg.ru



Основано в 1994 году
МЕДИНТОРГ
акционерное общество

ЗА БОЛЕЕ ПОДРОБНОЙ ИНФОРМАЦИЕЙ ОБРАЩАЙТЕСЬ К ИНСТРУКЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Дистрибьютор в РФ - ЗАО «Мединторг»



МЕДИНТОРГ
акционерное общество

123103, Москва, просп. Маршала Жукова, д. 74, к.2
+ 7 (495) 921-25-15
mail@medintorg.ru
www.medintorg.ru