

# акушерство и ГИНЕКОЛОГИЯ



10 / 2019

■ Резолюция Совета экспертов по итогам заседания «Заболевания, сопровождающиеся патологическими выделениями из половых путей женщин» в рамках 33-го Европейского конгресса Международного союза по борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путем (IUSTI). Эстония, Таллин, 5-7 сентября 2019 г.

---

Scientific and practical journal **AND**  
**OBSTETRICS**  
**GYNECOLOGY**  
(Moscow)

■ Resolution of the Council of Experts on the results of the Meeting on Diseases Accompanied by Pathologic Genital Discharge in Women” at the 33rd Europe Congress of the International Union Against Sexually Transmitted Infections (IUSTI) held in Tallinn, Estonia, on September 5-7, 2019

ООО "БИОНИКА МЕДИА"

**РЕЗОЛЮЦИЯ СОВЕТА ЭКСПЕРТОВ ПО ИТОГАМ ЗАСЕДАНИЯ  
«ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ  
ВЫДЕЛЕНИЯМИ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ ЖЕНЩИН»  
В РАМКАХ 33-ГО ЕВРОПЕЙСКОГО КОНГРЕССА МЕЖДУНАРОДНОГО  
СОЮЗА ПО БОРЬБЕ С ИНФЕКЦИЯМИ,  
ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (IUSTI)**

**ЭСТОНИЯ, ТАЛЛИН, 5–7 СЕНТЯБРЯ 2019 Г.**

**Совет экспертов**

*Гомберг Михаил Александрович*, д.м.н., профессор, главный научный сотрудник Московского научно-практического центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения РФ, Президент Гильдии специалистов по ИППП «ЮСТИ Ру»;

*Гущин Александр Евгеньевич*, к.б.н., заведующий лабораторией молекулярной диагностики и эпидемиологии инфекций органов репродукции ФГУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, руководитель Референс-центра Роспотребнадзора по лабораторной диагностике и мониторингу ИППП;

*Кира Евгений Федорович*, засл. деятель науки РФ, д.м.н., проф., зав. кафедрой женских болезней и репродуктивного здоровья Института усовершенствования врачей, главный акушер-гинеколог Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова (Москва);

*Ледина Антонина Виталиевна*, д.м.н., доц. кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО Медицинского института Российского университета дружбы народов (Москва);

*Минкина Галина Николаевна*, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ;

*Радзинский Виктор Евсеевич*, д.м.н., профессор, член-корреспондент РАН, вице-президент РОАГ, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН.

*Роговская Светлана Ивановна*, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования», Президент Российской ассоциации по генитальным инфекциям и неоплазии РАГИН;

*Савичева Алевтина Михайловна*, засл. деятель науки РФ, д.м.н., проф., зав. кафедрой клинической лабораторной диагностики Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета, руководитель лаборатории микробиологии НИИ акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта (Санкт-Петербург);

*Соловьева Алина Викторовна*, д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО Медицинского института Российского университета дружбы народов (Москва);

*Тихомиров Александр Леонидович*, д.м.н., проф. кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, руководитель Центра восстановительного лечения миомы матки, президент Межрегионального исследовательского общества миомы матки (Москва);

*Хрянин Алексей Алексеевич*, д.м.н., проф. кафедры дерматовенерологии и косметологии Новосибирского государственного медицинского университета, вице-президент Сибирской ассоциации акушеров-гинекологов и дерматовенерологов (Новосибирск);

*Чернова Надежда Ивановна*, д.м.н., профессор кафедры кожных и венерических болезней Московского медико-стоматологического университета имени А.И. Евдокимова;

*Gilbert Gerard Ghislain Donders*, MD, PhD, Senior Researcher/Director of General hospital H HART Tienen/Femicare Research Tienen; professor in UAntwerpen;

*Marius Domeika*, Senior researcher, PhD, Department of Medical Sciences, Uppsala University, Uppsala, Sweden.

Проанализировав актуальные данные литературы и обсудив представленные результаты собственного клинического опыта, участники заседания Совета экспертов пришли к заключению, что проблема заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из влагалища, весьма актуальна и требует повышенного внимания к вопросам диагностики, лечения и профилактики. Основной причиной патологических выделений из половых путей у 75% женщин являются неспецифические вульвовагинальные инфекции. Самым распространенным в их структуре считается бактериальный вагиноз как единственное заболевание, либо в комбинации с другими инфекционными причинами [1–7]. Вторым по распространенности является вульвовагинальный кандидоз, составляя порядка 30% в структуре причин выделений из влагалища [8]. До 75% женщин репродуктивного возраста переносят в жизни хотя бы один эпизод неосложненного (острого) вульвовагинального кандидоза, а 40–45% — отмечают 2 и более эпизода заболевания.

При этом у 10–20% кандидоз имеет осложненное, часто рецидивирующее течение, требующее специальных диагностических и терапевтических мероприятий [9]. Отдельное место занимают смешанные формы, составляющие приблизительно 30% вагинальных инфекций женщин репродуктивного возраста: у 78–86% пациенток с признаками аэробного вагинита при диагностике методом Real-time ПЦР были также обнаружены различные анаэробные микроорганизмы [10, 11]. Этим можно объяснить частые неудачи в монотерапии неспецифических вагинитов, их рецидивирующее течение [12].

Кроме субъективного неудобства из-за наличия выделений и неприятного запаха из половых путей, а также жжения и зуда, данные заболевания являются для пациенток существенными факторами риска развития инфекционно-воспалительных заболеваний органов мочеполовой системы, что нарушает реализацию репродуктивных функций женщины [13]. Бактериальный вагиноз ассоциирован с инфекционными осложнениями после гине-

кологических операций, абортов, возникновением воспалительных заболеваний органов малого таза, цервикальными интраэпителиальными неоплазиями, а также с возникновением эндометрита, параметрита после инвазивных манипуляций и хирургических вмешательств. Кроме того, при наличии патологических выделений, в частности бактериального вагиноза, резко возрастает риск инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), включая ВИЧ [14–18].

В акушерской практике бактериальный вагиноз способствует самопроизвольным выкидышам, внутриамниотической инфекции, преждевременному разрыву плодных оболочек, преждевременным родам, рождению маловесных детей, эндометриту и сепсису после кесарева сечения [19–24]. На фоне вульвовагинального кандидоза возрастает частота развития осложнений беременности, увеличивается риск ante- и интранатального инфицирования плода (плацентиты, хориоамниониты). Кандидоз плода может привести к его гибели и преждевременным родам. У новорожденных кандидоз проявляется в виде локализованной инфекции (конъюнктивит, омфалит, стоматит, поражение гортани, легких, кожи) и диссеминированного поражения в результате кандидемии [9]. При аэробных вагинитах у беременных описано развитие локализованной воспалительной реакции с повышением местной продукции провоспалительных интерлейкинов IL-1 $\beta$ , IL-6, IL-8, что и приводит к увеличению рисков вышеречисленных осложнений беременности [25].

В настоящее время разработаны и внедрены в российскую клиническую практику эффективные методы лечения и профилактики заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей. Многочисленными рандомизированными клиническими исследованиями доказаны высокая эффективность и безопасность двухэтапной терапии: первый этап – эрадикация, ассоциированных с конкретной болезнью, микроорганизмов и создание оптимальных физиологических условий влагалищной среды (антибиотики, антимикотики, антисептики, органические кислоты). Второй этап – коррекция и восстановление микробиоценоза влагалища (вагинальные пробиотики). На сегодняшний день этот метод представляется самым эффективным и признан во многих европейских странах. Эффективность и безопасность лекарственных препаратов, используемых на каждом этапе терапии, должны быть подтверждены клиническими исследованиями в соответствии с необходимыми регуляторными нормами Good Clinical Practice. Кроме того, все используемые препараты должны применяться на территории Российской Федерации в строгом соответствии с показаниями, утвержденными регуляторными органами (ГРЛС).

В итоге обсуждения докладов в рамках заседания Совета экспертов были обозначены наиболее важные аспекты диагностики, лечения и профилактики заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из влагалища. Экспертами был пред-

ложен ряд мероприятий, направленных на оптимизацию и улучшение медицинской помощи этим пациенткам.

Совет экспертов по итогам заседания на тему «Заболевания, сопровождающиеся патологическими выделениями из половых путей женщин» в рамках 33-го Европейского конгресса Международного союза по борьбе с инфекциями, передаваемыми половым путем (IUSTI), рекомендует:

- исследование нативного (влажного) вагинального мазка, что является основой диагностики вульвовагинальных инфекций, при наличии светового микроскопа и квалифицированного обученного персонала [26]. Микроскопическое исследование окрашенных вагинальных мазков с оценкой микробиоценоза влагалища (отношение лейкоцитов к эпителию, лактобациллы, базальные/парабазальные клетки, «ключевые» клетки, элементы дрожжеподобных грибов). Особое внимание уделять современной комплексной диагностике (Real-time ПЦР) с количественной оценкой условнопатогенных микроорганизмов, позволяющей точнее установить этиологию инфекционного процесса и тем самым обеспечить своевременное и адекватное лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин;

- при наличии моноинфекции, подтвержденной результатами лабораторной диагностики, проводить лечение соответствующей нозологии. Инфекционные заболевания половых путей женщин редко вызывает лишь один микроорганизм – гораздо чаще специалисту приходится иметь дело со смешанными рецидивирующими вагинитами, вызванными полимикробными ассоциациями, поэтому для лечения рационально использовать концепцию физиологического подхода, основанную на локальном воздействии комбинированных вагинальных препаратов;

- в терапии смешанных вагинитов, особенно рецидивирующего характера, а также при отсутствии возможности точной диагностики современными методами, такими как Real-time ПЦР, отдавать предпочтение **комбинированным** препаратам, эффективным в отношении анаэробов и дрожжеподобных грибов рода *Candida*, или антисептикам, с целью повышения эффективности 1-го этапа терапии;

- активно внедрять в клиническую практику двухэтапный метод терапии бактериального вагиноза, вульвовагинального кандидоза, аэробного вагинита и др., где 1-й этап – антибактериальный/антимикотический с обязательным снижением pH среды влагалищного содержимого до нормальных показателей (4,5), а 2-й этап – пробиотический (восстановление микробиоценоза влагалища). При этом оба этапа терапии являются важными и взаимодополняющими;

- применять в лечении только лекарственные препараты с доказанной эффективностью и безопасностью в клинических исследованиях, в соответствии с зарегистрированными показаниями и способами применения;

- при бактериальном вагинозе: на 1-м этапе терапии — метронидазол (500 мг 2 раза в день внутрь в течение 7 дней, или 0,75% гель 5 г вагинально 1 раз в день течение 5 дней), или клиндамицин (2% вагинальный крем 5 г 1 раз в сутки на ночь в течение 7 дней); или хлоргексидин 16 мг вагинально по 1 суппозиторию 2 раза в день 10 дней и/или молочная кислота 100 мг вагинально по 1 суппозиторию 1 раз в день в течение 10 дней [27–29]; на 2-м этапе, после завершения этиотропной терапии, — лактобактерии LCR35 интравагинально по 1 капсуле 2 раза в день в течение 7 дней или по 1 капсуле ежедневно в течение 14 дней [9]. Имеются данные о том, что длительное применение вагинальных пробиотиков способствует быстрому восстановлению микрофлоры влагалища после 1-го этапа терапии и предотвращает рецидивы [30];
- при вульвовагинальном кандидозе: на 1-м этапе терапии: антимикотические препараты из группы азолов местного (клотримазол, миконазол, эконазол) и системного (флуконазол) действия в случае выявления *Candida albicans*, и полиены (натамицин, нистатин) для лечения не-*albicans* вульвовагинального кандидоза; на 2-м этапе терапии: лактобактерии LCR35 интравагинально по 1 капсуле на ночь в течение 21 дня [31];
- при смешанных вагинальных инфекциях и/или при отсутствии возможности точной диагностики современными методами (Real-time ПЦР) на 1-м этапе терапии оптимально использовать *комбинированный* препарат для интравагинального применения в виде вагинальных таблеток, содержащих орнидазол 500 мг, неомицин (в форме сульфата) 65 000 МЕ, преднизолон (в форме натрия фосфата) 3 мг, эконазол (в форме нитрата) 100 мг (Эльжина) по 1 вагинальной таблетке на ночь в течение 9 дней; на 2-м этапе, после завершения этиотропной терапии, — лактобактерии LCR35 (Лактожиналь) интравагинально по 1 капсуле 2 раза в день в течение 7 дней или по 1 капсуле ежедневно в течение 14 дней;
- при беременности антисептики хлоргексидин и деквалиния хлорид могут использоваться для лечения с I триместра и в период лактации в качестве 1-го этапа терапии. При выборе препарата 2-го этапа в I триместре следует отдавать предпочтение пробиотическим препаратам, не содержащим гормоны [27];
- предпочтительно использовать для 2-го этапа терапии пробиотические препараты для интравагинального введения, позволяющие эффективно восстанавливать микробиоценоз влагалища у беременных женщин и снижать риск гестационных и послеродовых осложнений [32, 33].

## Литература/References

1. Joeseof M., Schmid G. Bacterial vaginosis. In: Clinical evidence, BMJ Publishing Group, London, 2001. p.887.
2. Morris M., Nicoll A., Simms I., et al. Bacterial vaginosis: a public health review. BJOG 2001; 108:439.
3. Tolosa J.E., Chaithongwongwatthana S., Daly S., et al. The International Infections in Pregnancy (IIP) study: variations in the prevalence of bacterial vaginosis and distribution of morphotypes in vaginal smears among pregnant women. Am J Obstet Gynecol. 2006; 195:1198.
4. Кира Е.Ф. Бактериальный вагиноз. /2-е изд., испр., доп. М.: МИА, 2012; 472 с. [Kira E.F. Bakterial'nyi vaginoz. /2-e izd., ispr., dop. M.: MIA, 2012; 472 s.(In Russian)].
5. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Деловой экспресс, 2016. 768 с. [Federal'nye klinicheskie rekomendatsii. Dermatovenerologiya 2015: Bolezni kozhi. Infektsii, peredavaemye polovym putem. 5-e izd., pererab. i dop. M.: Delovoi ekspress, 2016. 768 s. (In Russian)].
6. Диагностика и лечение заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. Клинические рекомендации. М. 2014; 50 с.[Diagnostika i lechenie zabolevanii, soprovozhdayushchikhsya patologicheskimi vydeleniyami iz polovykh putei zhenshchin. Klinicheskie rekomendatsii. M. 2014; B.i. 50 s.(In Russian)].
7. Ефимов Б.А., Тютюнник В.Л. Бактериальный вагиноз: современный взгляд на проблему. РМЖ. 2008; 16(1): 18-22.[Efimov B.A., Tyutyunnik V.L. Bakterial'nyi vaginoz: sovremenniy vzglyad na problemu. RMZh. 2008; 16(1): 18-22.(In Russian)]
8. Workowski K.A., Bolan G.A. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64:1.
9. Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. Российское общество акушеров-гинекологов / 2-е изд., перераб. и доп. М., 2019.[Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu zabolevanii, soprovozhdayushchikhsya patologicheskimi vydeleniyami iz polovykh putei zhenshchin. Rossiiskoe obshchestvo akusherov-ginekologov/ 2-e izd., pererab. i dop. M., 2019. (In Russian)].
10. Кира Е.Ф. Комбинированная терапия инфекционных заболеваний женских половых органов. Гинекология. 2010; 12(1):26-29. [Kira E.F. Kombinirovannaya terapiya infektsionnykh zabolevanii zhenskikh polovykh organov. Ginekologiya. 2010; 12(1):26-29. (In Russian)].
11. Donders G.G.G., et al. Aerobic vaginitis: no longer a stranger. Research in microbiology. 2017; 168(9-10): 845-58.
12. Romyantseva T. A. et al. Diagnosis of aerobic vaginitis by quantitative real-time PCR. Archives of gynecology and obstetrics. 2016; 294(1): 109-114. <https://doi.org/10.1007/s00404-015-4007-4>
13. Vulvovaginitis: Screening for and Management of Trichomoniasis, Vulvovaginal Candidiasis, and Bacterial Vaginosis. SOGC clinical practice guideline. JOGC No. 320, March 2015 (Replaces No. 211, August 2008). J Obstet Gynaecol Can. 2015; 37(3): 266–274.
14. Lassef A.T., Adanu K.R., Newman M.J., Opintah J.A. Potential pathogens in the lower genital tract at manual vacuum aspiration for incomplete abortion in Korle Bu Teaching Hospital, Ghana. East Afr Med J. 2004; 81(8): 398-401.
15. Birnbaumer D.M., Anderegg C. Sexually transmitted diseases. In: Marx J.A. et al, eds. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 7th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2009: chap 96.

16. Van de Wijgert JH, Morrison CS, Cornelisse PG, et al. Bacterial vaginosis and vaginal yeast, but not vaginal cleansing, increase HIV-1 acquisition in African women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008; 48: 203-210.
17. Atashili J., Poole C., Ndumbe P.M., Adimora A.A., Smith J.S. Bacterial vaginosis and HIV acquisition: a meta-analysis of published studies. *AIDS*. 2008; 22: 1493–1501. doi: 10.1097/QAD.0b013e3283021a37
18. Andrews W.W., Hauth J.C., Cliver S.P., et al. Association of asymptomatic bacterial vaginosis with endometrial microbial colonization and plasma cell endometritis in nonpregnant women. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 195: 1611.
19. Oakeshott P, Hay P, Hay S, et al. Association between bacterial vaginosis or chlamydial infection and miscarriage before 16 weeks' gestation: prospective community based cohort study. *BMJ*. 2002; 325: 1334-8.
20. Klebanoff MA, Hillier SL, Nugent RP, et al. Is bacterial vaginosis a stronger risk factor for preterm birth when it is diagnosed earlier in gestation? *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 192: 470-7. PMID: 15695989
21. Eschenbach D.A. Bacterial vaginosis: emphasis on upper genital tract complications. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1989; 16: 593. PMID 2687747
22. Flynn C.A., Helwig A.L., Meurer L.N. Bacterial vaginosis in pregnancy and the risk of prematurity: a meta-analysis. *J Fam Pract*. 1999; 48(11): 885.
23. Hauth JC, Macpherson C, Carey JC, et al. Early pregnancy threshold vaginal pH and Gram stain scores predictive of subsequent preterm birth in asymptomatic women. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 188(3): 831.
24. Савичева А.М., Шипицына Е.В. Бактериальный вагиноз и беременность (обзор литературы). *Гинекология*. 2012; 14(3): 38-43. [Savicheva A.M., Shipitsyna E.V. Bakterial'nyi vaginoz i beremennost' (obzor literatury). *Ginekologiya*. 2012; 14(3): 38-43. (In Russian)].
25. Donders G. G. G., Bellen G., Rezeberga D. Aerobic vaginitis in pregnancy //BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2011; 118(10): 1163-70.
26. Sherrard J., Wilson J., Donders G., Mendling W., and Jensen J.S. European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. SAGE. 2018; 29(13): 1258–72. <https://doi.org/10.1177%2F0956462418785451>
27. Verstraelen H., et al. Antiseptics and disinfectants for the treatment of bacterial vaginosis: a systematic review. *BMC Infectious Diseases*. 2012; 12:148. doi: 10.1186 / 1471-2334-12-148
28. Кира Е.Ф., Прилепская В.Н., Костава М.Н., Гамирова Е.В., Довлетханова Э.Р., Душкина Е.А., Байрамова Г.Р., Трофимов Д.Ю., Донников А.Е. Современные подходы к выбору препарата локального действия в терапии и бактериального вагиноза. *Акушерство и гинекология*. 2012; 7: 59-67. [Kira E.F., Prilepskaya V.N, Kostava M.N, Gamirova E.V, Dovletkhanova E.R., Dushkina E.A., Bairamova G.R., Trofimov D.Yu., Donnikov A.E. Sovremennye podkhody k vyboru preparata lokal'nogo deystviya v terapii bakterial'nogo vaginoza. *Akusherstvo i ginekologiya/Obstetrics and Gynecology*. 2012; 7: 59-67. (In Russian)].
29. Кира Е.Ф., Душкина Е.А., Бадикова Н.С. Биологическая роль кислотности влагалища. Механизмы стабильности и методы коррекции. *Акушерство и гинекология*. 2013;3:102–106. [Kira E.F., Dushkina E.A., Badikova N.S. Biologicheskaya rol' kislotnosti vlagalishcha. *Mekhanizmy stabil'nosti i metody korreksii*. *Akusherstvo i ginekologiya/Obstetrics and Gynecology*. 2013;3:102–106. (In Russian)].
30. Marcone V, Calzolari E, Bertini M. Effectiveness of vaginal administration of *Lactobacillus rhamnosus* following conventional metronidazole therapy: how to lower the rate of bacterial vaginosis recurrences. *New Microbiol*. 2008 Jul;31(3):429-33.
31. Башмакова Н.В., Волкова Н.Ю., Гнатко Е.П., Данькова И.В., Доброхотова Ю.Э., Карахалис Л.Ю., Мальцева Л.И., Наделяева Я.Г., Потанов В.А., Серова О.Ф., Сутурина Л.В., Тарасова М.А., Татарчук Т.Ф. Пробиотик для профилактики рецидивов вульвовагинального кандидоза (результаты международного многоцентрового открытого исследования РЕВОЛАКТ) *Акушерство и гинекология*. 2017; 6: 136-42. <http://dx.doi.org/10.18565/aig.2017.6.136-42>
32. Новикова С.В., Логутова Л.С., Игнатьева М.А. Клиническая оценка эффективности и безопасности применения препарата вагилак для лечения бактериального вагиноза у беременных. *Медицинский Совет*. 2018; (13): 90-94. [Novikova S.V., Logutova L.S., Ignatyeva M.A. Clinical evaluation of the efficacy and safety of the use of vagilac to treat bacterial vaginosis in pregnancy. *Meditinskii Sovet*. 2018; (13): 90-94. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-13-90-94>
33. Lindsay K.L., Brennan L., Kennelly M.A., et al. Impact of probiotics in women with gestational diabetes mellitus on metabolic health: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2015; 212(4): 496.e1–496.e11. doi: 10.1016 / j.ajog.2015.02.008

ООО "БИОНИКА МЕДИА"

# Эльжина®

СОВРЕМЕННАЯ СТАРТОВАЯ ТЕРАПИЯ  
ВАГИНАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ\*

4 КОМПОНЕНТА

ОРНИДАЗОЛ  
ЭКОНАЗОЛ

5 ДЕЙСТВИЙ

НЕОМИЦИН  
ПРЕДНИЗОЛОН



2 формы выпуска:  
таблетки вагинальные

№6

№9

## ПЕРВЫЙ ЭТАП:

ЭЛИМИНАЦИЯ  
ВОЗБУДИТЕЛЯ

# НОВАЯ ЭРА ДВУХЭТАПНОЙ ТЕРАПИИ

## ВТОРОЙ ЭТАП:

ВОССТАНОВЛЕНИЕ  
ВАГИНАЛЬНОЙ  
МИКРОФЛОРЫ



## ЛАКТОЖИНАЛЬ®

Вагинальные капсулы, лактобактерии LCR (*Lactobacillus casei rhamnosus*)

Трибиотик\*\*  
для нормализации  
вагинальной  
микрофлоры\*\*\*

Является  
лекарственным  
средством\*\*\*\*  
.....  
Разрешен  
на любом сроке  
беременности  
и в периоде  
лактации\*\*\*\*



ПРЕбиотик

Трибиотик

ПОСТ-  
биотик

ПРОбиотик

реклама

НАСТОЯЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАУЧНОЙ И ПРЕДНАЗНАЧЕНА ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

\* Савичева А. М., Спасибова Е. В., Шлицына Е. В., Воробьева Н. Е., Переверзева Н. А., Бриль Ю. А. Вагинальная микробиота, ассоциированная с аэробным вагинитом и бактериальным вагинозом: как сориентироваться в «микробном мире»? // StatusPraesens. Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – 2018. – 3 (47). – С. 51-58.

\*\* Трибиотик - сочетание свойств пребиотика (лактоза), пробиотика (*L. casei rhamnosus*), постбиотика (секретируемые *L. casei rhamnosus* вещества).

\*\*\* После противомикробной терапии бактериального вагиноза, после местной и/или системной терапии вульвовагинального кандидоза противогрибковыми препаратами.

\*\*\*\*Инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата Лактожиналь.

АО «ВЕРТЕКС». 199106, Россия, Санкт-Петербург, В.О., 24 линия, д.27А. Телефон горячей линии: 8-800-2000-305. www.vertex.spb.ru  
ООО «Безен Хелскеа РУС». 123557, Россия, Москва, ул. Сергея Макеева, д. 13. Тел.: (495) 980-10-67; факс: (495) 980-10-68. www.bezen.pf

Узнайте больше на [www.lactozinal.ru](http://www.lactozinal.ru)