

Опыт применения активированной глицирризиновой кислоты в монотерапии воспалительных заболеваний шейки матки

Ж.А. Мандрыкина, Л.В. Сапрыкина, М.Р. Нариманова

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

РЕЗЮМЕ

Причинами воспалительных заболеваний шейки матки (ШМ) (N72 по МКБ-10 — воспалительная болезнь шейки матки, ВБШМ) могут быть не только специфические или неспецифические микроорганизмы, но и различные механические и химические факторы (спринцевания, использование барьерной контрацепции и т. д.), которые приводят к повреждению эпителия ШМ, нарушениям локального иммунитета. В этих случаях ВБШМ может персистировать, несмотря на повторяющиеся курсы антимикробной терапии. Особенно риск повышен у молодых женщин и подростков вследствие незрелости ШМ, физиологической эктопии эпителия эндоцервикса и повышенной его чувствительности к внешним воздействиям, в т. ч. к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), вирусу папилломы человека.

Нами было проведено пилотное исследование для оценки эффективности и безопасности применения активированной глицирризиновой кислоты (АГК) в монотерапии ВБШМ. В данное исследование были включены 24 пациентки репродуктивного и перименопаузального возраста (средний возраст $41,8 \pm 8,2$ года) с ВБШМ. Основные жалобы — дискомфорт, зуд, жжение в области половых органов. У всех женщин при выполнении полимеразной цепной реакции в режиме реального времени и культуральном исследовании не было выявлено ИППП и условно-патогенных микроорганизмов (УПМ) в диагностически значимых титрах. Все пациентки интравагинально использовали АГК в качестве монотерапии. Эффективность терапии оценивали по уменьшению или устранению жалоб, положительной динамике при кольпоскопии. При контрольном визите через 14 дней ни одна из 24 пациенток не предъявляла жалоб на дискомфорт, зуд и жжение в области половых органов. Побочных эффектов препарата не зарегистрировано. По данным расширенной кольпоскопии было отмечено сокращение границ эктопированного участка у 100% пациенток, а также более равномерное окрашивание раствором Люголя.

Таким образом, локальное применение АГК у пациенток с ВБШМ при отсутствии ИППП и диагностически значимых титров УПМ является эффективным и безопасным методом лечения. Использование АГК в качестве монотерапии способствует устранению симптомов уже к 7-му дню от начала лечения. При этом отмечается улучшение результатов кольпоскопии.

Ключевые слова: цервицит, воспалительная болезнь шейки матки, активированная глицирризиновая кислота, репродуктивный возраст, перименопаузальный возраст, лечение, диагностика, кольпоскопия, условно-патогенные микроорганизмы, инфекции, передаваемые половым путем, иммуностимулирующая активность, монотерапия.

Для цитирования: Мандрыкина Ж.А., Сапрыкина Л.В., Нариманова М.Р. Опыт применения активированной глицирризиновой кислоты в монотерапии воспалительных заболеваний шейки матки. РМЖ. Мать и дитя. 2019;2(*):1–5.

Our experience with activated glycyrrhizinic acid (AGA) as monotherapy for the inflammatory disease of cervix uteri

Zh.A. Mandrykina, L.V. Saprykina, M.R. Narimanova

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

Inflammatory disease of cervix uteri (N72 code, ICB-10) is caused by specific and non-specific microbes as well as by various mechanical and chemical factors (irrigation, barrier contraceptives etc.) which result in cervical epithelium damage and impaired local immunity. In these cases, inflammatory disease of cervix uteri persists despite repeated courses of antibacterial treatment. Young women and teenagers have higher risks due to the cervical immaturity, physiological ectopia of endocervical epithelium, and increased sensitivity to the external stimuli including sexually transmitted infections and human papillomavirus.

We carried out a pilot study to assess the efficacy and safety of activated glycyrrhizinic acid (AGA) as monotherapy for the inflammatory disease of cervix uteri. This study has included 24 women of reproductive and perimenopausal age (mean age 41.8 ± 8.2 years) with the inflammatory disease of cervix uteri. Major complaints were genital discomfort, itching, and burning. No sexually transmitted infections or diagnostically relevant levels of opportunistic microbes were identified by real-time PCR in a total of 24 women. All women received intravaginal AGA as monotherapy. Treatment efficacy was assessed by the improvement/relief of complaints as well as by colposcopic improvement. Descriptive statistics was applied to analyze demographic and clinical data. After 14 days, none of 24 women presented with complaints of genital discomfort, itching, and burning. No adverse side effects were reported. Advanced colposcopy has demonstrated reduced ectopic area borders in 100% of women and more uniform staining with Lugol's solution.

In women with the inflammatory disease of cervix uteri but no sexually transmitted infections or diagnostically relevant levels of opportunistic microbes, local treatment with AGA is an effective and safe therapeutic modality. AGA as monotherapy improves the symptoms of the inflammatory disease of cervix uteri within 7 days as well as colposcopy results.

Keywords: *cervicitis, inflammatory disease of cervix uteri, activated glycyrrhizinic acid, reproductive age, perimenopausal age, treatment, diagnostics, colposcopy, opportunistic microbes, sexually transmitted infections, immunostimulating activity, monotherapy.*

For citation: *Mandrykina Zh.A., Saprykina L.V., Narimanova M.R. Our experience with activated glycyrrhizinic acid (AGA) as monotherapy for the inflammatory disease of cervix uteri. Russian Journal of Woman and Child Health. 2019;2(*):2–5.*

ВВЕДЕНИЕ

Причинами воспалительных заболеваний шейки матки (ШМ) (N72 по МКБ-10 — воспалительная болезнь шейки матки — ВБШМ) могут быть не только специфические или неспецифические микроорганизмы, но и различные механические и химические факторы (спринцевания, использование барьерной контрацепции и т. д.), которые приводят к повреждению эпителия ШМ, нарушениям локального иммунитета [1]. В этих случаях ВБШМ может персистировать, несмотря на повторяющиеся курсы antimicrobial терапии. Особенно риск повышен у молодых женщин и подростков вследствие незрелости ШМ, физиологической эктопии эпителия эндоцервикса и повышенной его чувствительности к внешним воздействиям [2].

Воспалительный процесс вызывает, с одной стороны, реактивные клеточные нарушения, которые выражаются в изменении ядра и ядерно-цитоплазматического соотношения в эпителии ШМ, с другой — снижение общего и локального иммунитета, резерва бактерицидной и вирусцидной функции нейтрофилов, что повышает восприимчивость ШМ к инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), а также к папилломавирусной инфекции при ВБШМ. В дальнейшем в случае хронизации процесса, особенно при присоединении папилломавирусной инфекции, изменения эпителия становятся кофактором плоскоклеточных интраэпителиальных поражений [3, 4].

Клинически ВБШМ характеризуется слизисто-гнойными выделениями из цервикального канала и другими признаками воспаления, такими как контактное кровотечение (после полового акта, во время гинекологического осмотра) [5]. В ряде стран в качестве диагностического критерия используется окраска мазка из цервикального канала по Граму (включена в стандарт обследования больных с ВБШМ в Российской Федерации в соответствии с приказом Минздрава России № 572н от 1 ноября 2012 г.). Количество лейкоцитов, обнаруживаемых при микроскопии в мазке, в качестве диагностического критерия ВБШМ варьирует от ≥ 10 (в соответствии с руководством Centers for Disease Control and Prevention — Центров по контролю и профилактике заболеваний, США) до ≥ 30 лейкоцитов в поле зрения [1, 5].

К диагностическим мероприятиям, выполняемым в Российской Федерации, также относится цитология мазков (Pap-тест), молекулярно-биологическое исследование отделяемого женских половых органов (полимеразная цепная реакция (ПЦР) на определение ИППП). Такое тестирование может быть выполнено на образцах материала, полученного из цервикального канала, влагалища, или на образцах мочи [6]. Кроме того, выполняются бактериологическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы и чувствительность к антибиотикам, кольпоскопия. При этом диагностическая точность результатов исследований, выполненных для диагностики ВБШМ, может меняться. Необходимо помнить, что при ВБШМ высока вероятность наличия неадекватной кольпоскопической картины из-за проявлений воспаления, контактных крово-

течений и т. д. Кроме того, при кольпоскопии наблюдаются неадекватная реакция на тесты, манифестация признаков цервикальной интраэпителиальной неоплазии, когда на самом деле она отсутствует [7].

Лечение ВБШМ зависит от результатов анализов. При выявлении микробного или вирусного агента проводят этиотропную терапию. В состав комплексного лечения ВБШМ, вызванной вирусом простого герпеса или осложненной папилломавирусной инфекцией, целесообразно включить препарат Эпиген Интим («Хемигруп Франс С.А.», Франция). Только Эпиген Интим содержит активированную глицирризиновую кислоту (АГК), получаемую путем экстракции из корня солодки. АГК обладает комплексным действием: противовирусным, иммуностимулирующим (индуцирует выработку собственных интерферонов), противозудным, противовоспалительным и регенерирующим [7]. Особенно актуально применение АГК при сомнительных результатах кольпоскопии, связанных с ВБШМ [7].

Применение АГК у молодых женщин с персистирующей папилломавирусной инфекцией показывает снижение числа пациенток с клиническими проявлениями ВБШМ в 2 раза, улучшение показателей Pap-теста до нормы у 29% женщин, снижение количества атипических изменений при кольпоскопии с 40 до 16% [7].

Лечение противомикробными препаратами может быть начато до получения результатов анализов у пациенток с повышенным риском *Chlamydia trachomatis* и *Neisseria gonorrhoeae* (например, в возрасте <25 лет, при смене полового партнера, при наличии нескольких половых партнеров, если у полового партнера есть ИППП), особенно если последующее наблюдение не может быть обеспечено или если тестирование с помощью ПЦР невозможно [1].

У женщин с более низким риском наличия ИППП лечение можно отложить до получения результатов диагностических тестов. Если лечение отложено и результат ПЦР на *C. trachomatis* и *N. gonorrhoeae* отрицательный, возможно наблюдение до разрешения ВБШМ [1]. У такой категории пациенток целесообразно применение препарата Эпиген Интим в монорежиме с целью уменьшения симптомов ВБШМ и устранения воспалительных изменений ШМ.

СОБСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами было проведено пилотное исследование с целью оценить эффективность и безопасность применения АГК в монотерапии ВБШМ.

В данное исследование первоначально были включены 78 пациенток, которые обратились на прием с жалобами на выделения из половых путей, дискомфорт, зуд в области половых органов.

Проводился сбор жалоб, оценка данных анамнеза. У всех пациенток уточняли время начала половой жизни, использование методов контрацепции. Диагноз ВБШМ устанавливался на основании данных осмотра в зеркалах (гиперемия ШМ, гнойные, слизисто-гнойные выделения в области наружного зева, травматизация эпителия ШМ, кровоточи-

вость при осмотре и заборе биоматериала и т. д.), результатов микроскопии мазка (количество лейкоцитов более 30 в поле зрения — в соответствии с референсными значениями лаборатории). Кроме того, бактериологическим методом и методом ПЦР в режиме реального времени (ПЦР-РТ) определяли наличие условно-патогенных микроорганизмов (УПМ), ИППП и степень обсемененности. Исследовали материал методом жидкостной онкоцитологии. Выполняли кольпоскопию, при необходимости — ультразвуковое исследование органов малого таза.

Еще до получения результатов бактериологического исследования и ПЦР-РТ 38,46% (n=30) пациенток начали использование препарата Эпиген Интим для уменьшения неприятных ощущений и зуда в области половых органов. Препарат назначали в соответствии с инструкцией — интравагинально с помощью специальной насадки: при явлениях дискомфорта в области половых органов, сопровождающихся зудом, жжением и сухостью слизистых оболочек, 2 р./день (утром и вечером) в течение 2–3 нед.

В дальнейшее исследование из первоначальной когорты были включены 24 пациентки (средний возраст 41,8±8,2 года), у которых при культуральном исследовании и ПЦР-РТ не было выявлено ни ИППП, ни диагностически значимых титров УПМ и которым еще до получения результатов анализов был назначен Эпиген Интим.

В наше наблюдение не вошли пациентки, имеющие: иммуносупрессию (включая ВИЧ-инфекцию), беременность, сахарный диабет, ИППП, УПМ в диагностически значимых титрах, а также принимавшие антибиотики в течение месяца до включения в исследование.

Длительность наблюдения составила 14 дней от начала лечения. Эффективность терапии оценивали по уменьшению или устранению жалоб, положительной динамике результатов кольпоскопии. Для анализа полученных данных применяли методы описательной статистики с вычислением средней арифметической (M) и ее стандартной ошибки (m).

При сборе анамнеза было выявлено, что 79,17% (n=19) пациенток, живущих половой жизнью, не использовали методы контрацепции (в т. ч. барьерные), что, с одной стороны, соответствует данным об этиологии и патогенезе ВБШМ. С другой стороны, возможными причинами ВБШМ в условиях отсутствия инфекта могут быть аллергия на латекс, спермициды, использование влагалитной диафрагмы, что следует учитывать при ведении такой категории пациенток [1].

В таблице 1 представлены данные о микробиоте влагалиты по результатам ПЦР-РТ.

При ПЦР-РТ и культуральном исследовании у 62,5% (n=15) пациенток выявлялись УПМ в диагностически незначимых титрах. В нашем исследовании ни у одной из пациенток не было зарегистрировано предраковых поражений ШМ.

При кольпоскопии визуализировались расплывчатые, нечеткие красноватые пятна, образованные в результате расширения капилляров. После обработки уксусной кислотой пятна сокращались и становились беловатыми. При пробе Шиллера поверхность слизистой оболочки окрашивалась неравномерно, пестро, с характерной крапчатостью йодопозитивных и йодонегативных участков (симптом «манной крупы»). У 70,83% (n=17) пациенток при кольпоскопии выявлены эктопия ШМ или эктропион. У одной пациентки (4,17%) выявлена лейкоплакия ШМ.

Таблица 1. Видовой состав вагинальной микробиоты
Table 1. Species composition of vaginal microbiota

Микроорганизмы Microbes	Пациентки, n (%) Patients, n (%)
<i>Gardnerella vaginalis</i>	7 (29,17)
<i>Candida spp.</i>	6 (25)
<i>Ureaplasma spp.</i>	5 (20,83)
<i>Mycoplasma hominis</i>	4 (16,7)
Аэробная микрофлора Aerobic microflora	6 (25)

Все пациентки хорошо переносили терапию и завершили двухнедельный курс лечения. При контрольном визите через 14 дней от начала терапии у пациенток были зафиксированы изменения жалоб и объективной кольпоскопической картины.

На фоне использования спрея Эпиген Интим у всех пациенток было отмечено купирование симптомов дискомфорта, зуда и жжения на 4–7-й день от начала применения (в среднем в течение 5,17±0,34 дня). Побочных эффектов препарата не зарегистрировано.

При контрольной кольпоскопии отмечено сокращение границ эктопированного участка, а также более равномерное окрашивание раствором Люголя. Данные изменения можно объяснить выраженным противовоспалительным и иммуномодулирующим эффектом АГК, в результате которого уровни ключевых провоспалительных цитокинов IL-1, IL-6, TNF-α и IFN-γ снижаются до контрольных значений, уровни противовоспалительных цитокинов IL-4, IL-10 — повышаются [7].

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

Клинический случай 1. Пациентка Я., 40 лет. Обратилась с жалобами на жжение в области влагалиты, слизистогнойные выделения. Из анамнеза: считает себя больной в течение месяца. Развитие заболевания ни с чем не связывает. В настоящее время имеет одного полового партнера, контрацепция — прерванный половой акт.

При осмотре в зеркалах: ШМ ярко-розового цвета с бело-серым налетом, который легко удаляется марлевым тампоном, эпителий влагалиты розовый, чистый.

При бимануальном исследовании: матка и область придатков без особенностей, ШМ чувствительная. Своды влагалиты глубокие, параметрий не инфильтрирован. При микроскопии отделяемого из цервикального канала: количество лейкоцитов до 60 в поле зрения. При ПЦР-РТ: *Gardnerella vaginalis* (10² КОЕ). Мазок на онкоцитологию: NILM (negative for intraepithelial lesion or malignancy — отсутствие интраэпителиальных изменений и злокачественных процессов).

При проведении расширенной кольпоскопии выявлен эктропион ШМ по передней губе в виде прямоугольника, размером 5–3 мм (рис. 1 А, В). Установлен диагноз: ВБШМ, эктропион ШМ.

Учитывая отсутствие диагностически значимых титров УПМ, дискомфорт в области половых органов, пациентке рекомендована АГК по схеме, описанной выше.

При контрольной явке через 14 дней жалобы отсутствовали. При осмотре в зеркалах: ШМ бледно-розового цвета,

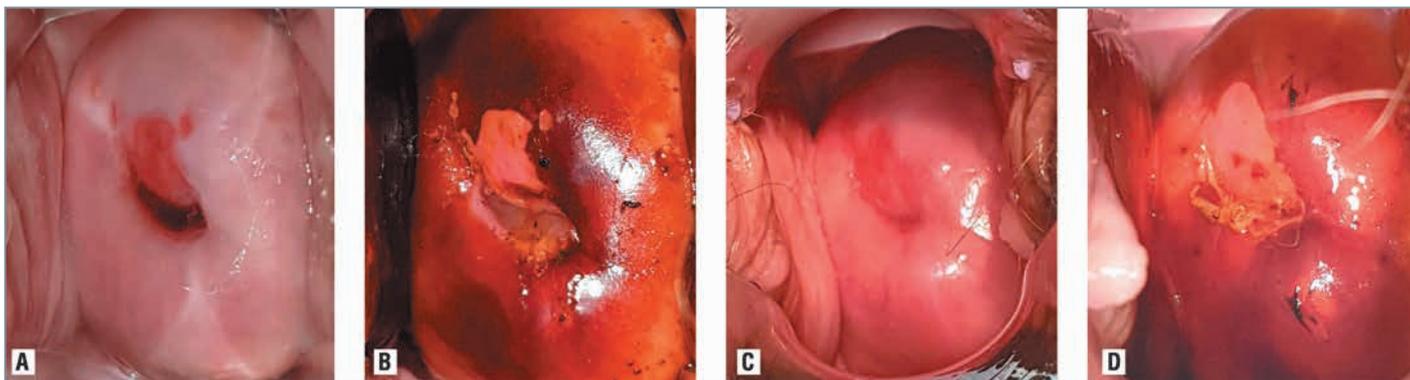


Рис. 1. Клинический случай 1. Расширенная кольпоскопия: А — проба с уксусной кислотой до лечения; В — проба Шиллера до лечения; С — проба с уксусной кислотой после лечения; D — проба Шиллера после лечения

Fig. 1. Case report 1. Colposcopy: A — visual inspection with acetic acid before the treatment; B — Schiller's test before the treatment; C — visual inspection with acetic acid after the treatment; D — Schiller's test after the treatment

слизистые выделения. При кольпоскопии: уменьшение размеров эктропиона, изменение его формы. При пробе Шиллера: более равномерное окрашивание (рис. 1 С, D).

Клинический случай 2. Пациентка Н., 52 года. Обратилась с жалобами на жжение во влагалище и обильные выделения из половых путей. Из анамнеза: считает себя больной в течение 3 нед. Развитие заболевания связывает со сменой геля для интимной гигиены. В настоящее время половая жизнь отсутствует. Последняя менструация — 2 мес. назад.

При осмотре в зеркалах: эпителий влагалища розовый, ШМ гиперемирована. Вокруг цервикального канала определяется участок белого налета, который не снимается ватным шариком. При лабораторных обследованиях выявлена смешанная микрофлора (*G. vaginalis*, *Ureaplasma parvum* 10^3 КОЕ), лейкоциты до 40–50 в поле зрения. Мазок на онкоцитологию: цитограмма соответствует воспалительным процессам слизистой оболочки с реактивными изменениями эпителия, клетки с явлениями гипер- и паракаратоза.

При расширенной кольпоскопии визуализируются участки вокруг цервикального канала, который при обработке 3% уксусной кислотой приобретает вид ацетобелого эпителия, и открытая железа с грубым валиком. При обработке раствором Люголя: йодонегативное окрашивание яркое, с четкими контурами в виде «крыльев бабочки», с наибольшими размерами по боковым стенкам ШМ 5–3 мм, а по передней и задней губе с наименьшими — 2–3 мм (рис. 2 А, В).

Установлен диагноз: лейкоплакия ШМ, ВБШМ. Через 14 дней жалобы отсутствовали.

При физикальном осмотре: стенки влагалища и слизистая ШМ бледно-розовые, чистые, слизистые выделения. При проведении расширенной кольпоскопии: участок ацетобелого эпителия сократился и стал менее ярким и четким, исчез грубый ободок вокруг открытой железы. Форма и размер йодонегативной зоны сократился и стал менее ярким (рис. 2 С, D).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В нашем исследовании у пациенток с ВБШМ частота отсутствия ИППП и диагностически значимых титров УПМ составила 30,77%, при этом оправдана выжидательная тактика (до получения результатов анализов). На данном этапе возможно локальное использование спрея Эпиген Интим в качестве монотерапии, что будет способствовать уменьшению и устранению таких симптомов заболевания, таких как дискомфорт, зуд и жжение в области половых органов, уже к 7-му дню от начала лечения. Интравагинальное применение АКГ при отсутствии ИППП и диагностически значимых титров УПМ хорошо переносится больными, не вызывает побочных эффектов, эффективно и безопасно. При этом отмечается улучшение результатов кольпоскопии: уменьшение площади эктопированного участка, более равномерное окрашивание раствором Люголя.

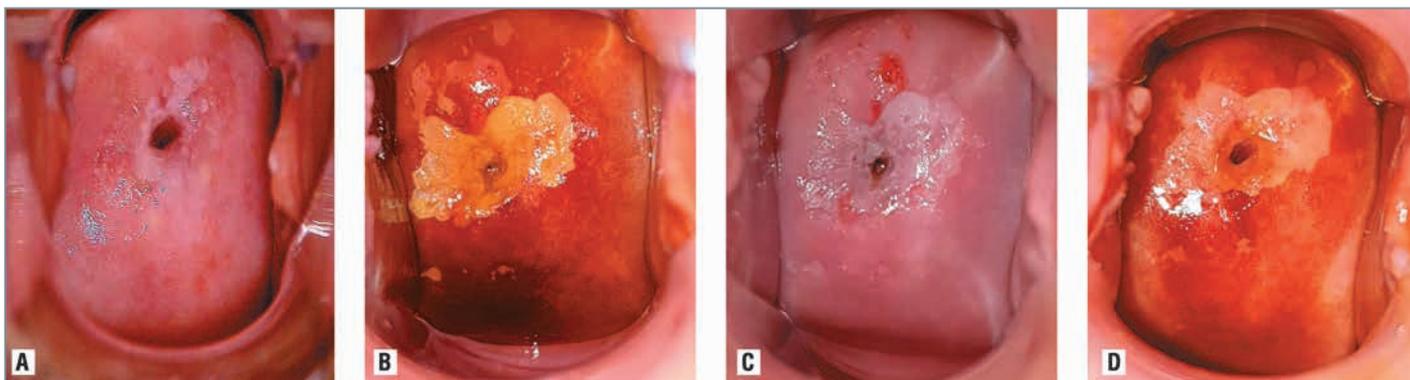


Рис. 2. Клинический случай 2. Расширенная кольпоскопия: А — проба с уксусной кислотой до лечения; В — проба Шиллера до лечения; С — проба с уксусной кислотой после лечения; D — проба Шиллера после лечения

Fig. 1. Case report 2. Colposcopy: A — visual inspection with acetic acid before the treatment; B — Schiller's test before the treatment; C — visual inspection with acetic acid after the treatment; D — Schiller's test after the treatment

Литература/References

1. Workowski K.A., Bolan G.A. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015;64(RR-03):1-137.
2. Venkatesh K.K., Cu-Uvin S. Assessing the relationship between cervical ectopy and HIV susceptibility: implications for HIV prevention in women. Am J Reprod Immunol. 2013;69(Suppl 1):68-73. DOI: 10.1111/aji.12029.
3. Ye H., Song T., Zeng X. et al. Association between genital mycoplasmas infection and human papillomavirus infection, abnormal cervical cytopathology, and cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. Arch. Gynecol. Obstet. 2018;297(6):1377-1387. DOI: 10.1007/s00404-018-4733-5.
4. Biernat-Sudolska M., Szostek S., Rojek-Zakrzewska D. et al. Concomitant infections with human papillomavirus and various mycoplasma and ureaplasma species in women with abnormal cervical cytology. Adv Med Sci. 2011;56(2):299-303. DOI: 10.2478/v10039-011-0028-9.
5. Taylor S.N., Lensing S., Schwebke J. et al. Prevalence and treatment outcome of cervicitis of unknown etiology. Sex Transm Dis. 2013;40:379-385. DOI: 10.1097/OLQ.0b013e31828bfcbl.
6. Papp J.R., Schachter J., Gaydos C. et al. Recommendations for the laboratory-based detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae — 2014. MMWR Recomm Rep. 2014;63(0):1-19.
7. Шаргородская А.В., Лешкина Г.В., Шипулина О.Ю. Опыт применения глицирризиновой кислоты у молодых женщин с персистирующей папилломавирусной инфекцией. Акушерство и гинекология. 2013;2:119-123. [Shargorodskaya A.V., Leshkina G.V., Shipulina O.Yu. et al. Experience un using a glycyrrhizic acid preparation in young women with persistent papillomavirus infection. Obstetrics and Gynecology. 2013; 2: 119-123 (in Russ).].



СПРЕЙ для наружного и местного применения 0,1%

Действующее вещество – глицирризиновая кислота активированная

Форма выпуска: флаконы 60 мл и 15 мл

Сведения об авторах:

Мандрыкина Жанна Анатольевна — к.м.н., ассистент кафедры, ORCID iD 0000-0001-5702-3412;
Сапрыкина Людмила Витальевна — к.м.н., ассистент кафедры, ORCID iD 0000-0002-2931-0956;
Нариманова Метанат Рафиговна — к.м.н., ассистент кафедры, ORCID iD 0000-0003-0677-2952.

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:** авторы не имеют финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Конфликт интересов отсутствует. Статья поступила 11.07.2019.

About the authors:

Zhanna A. Mandrykina — MD, PhD, Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology, ORCID iD 0000-0001-5702-3412;

Lyudmila V. Saprykina — MD, PhD, Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology, ORCID iD 0000-0002-2931-0956;

Metanat R. Narimanova — MD, PhD, Assistant of the Department of Obstetrics and Gynecology, ORCID iD 0000-0003-0677-2952.

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 11.07.2019.**



Обладает активностью в отношении вируса папилломы человека, герпесвируса 1 и 2 типа, цитомегаловируса



Разрешен к применению на всех сроках беременности и лактации

Укомплектован специальной вагинальной насадкой для равномерного орошения влагалища и шейки матки

Спрей Эпиген Интим –

местное средство с прямым противовирусным, противовоспалительным и регенерирующим эффектом

Произведено по заказу «Хемигруп Франс С.А.», Франция для ООО «Инвар», Россия