

# Опыт применения препарата Полижинакс в лечении вульвовагинитов, вызванных аэробной и смешанной микрофлорой

**В.Е. Радзинский, И.М. Ордянец, О.С. Побединская, Е.В. Зыков**

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов» Министерства образования и науки Российской Федерации, Москва, Россия

РОССИЙСКИЙ ВЕСТНИК АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА 1, 2016

**Цель исследования:** оценка эффективности и комплаентности применения препарата Полижинакс в лечении вульвовагинитов, вызванных аэробной и смешанной микрофлорой, у женщин репродуктивного возраста.

**Материалы и методы.** В исследование включены 36 женщин репродуктивного возраста с диагнозами «аэробный вульвовагинит» и «смешанный вульвовагинит». Исследование выполнено в соответствии с международными нормативами и правилами GCP. Полижинакс назначался по 1 капсуле интравагинально перед сном в течение 12 дней. Эффективность терапии оценивали по клиническим данным, результатам расширенной кольпоскопии, рН-метрии, состоянию микробиоценоза влагалища путем определения основных групп условно-патогенных микроорганизмов методом количественной полимеразной цепной реакции в реальном масштабе времени.

**Результаты.** Установлено, что патогенетически обоснованное назначение комбинации двух антибиотиков широкого спектра действия и антимикотика позволило проводить поливалентное лечение без негативного воздействия антибиотиков на нормальную микрофлору влагалища. На основании клинических данных обоснована эффективность 12-дневного курса лечения как наиболее оптимального для полной элиминации возбудителей и снижения частоты рецидивов. Действуя избирательно на факультативно-анаэробные микроорганизмы (*Enterobacterium* spp., *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp.), Полижинакс не вызывает элиминации *Lactobacillus* spp., способствует подавлению роста аэробной микрофлоры и созданию оптимальных условий для роста собственной лактофлоры, обеспечивая колонизационную резистентность вагинального биотопа и повышая общую эффективность лечения.

**Заключение.** Полижинакс является препаратом выбора для лечения вульвовагинитов, вызванных аэробной и смешанной микрофлорой, у пациенток репродуктивного возраста.

**Ключевые слова:** женщины репродуктивного возраста, вульвовагинит, аэробная и смешанная микрофлора, лечение, Полижинакс.

В настоящее время наблюдается тенденция к ежегодному росту воспалительных заболеваний женских половых органов, которые нередко имеют длительное рецидивирующее течение с хронизацией воспалительного процесса [1]. Инфекции нижних отделов половых путей составляют 57,6% в структуре всех инфекционно-воспалительных заболеваний [2].

По данным современных исследователей, в составе вагинального микробиоценоза могут присутствовать более 60 фенотипов микроорганизмов, но их набор является относительно постоянным, если женщина остается здоровой на протяжении значительного времени. Ученые неоднократно пытались доказать самостоятельную этиологическую роль

различных условно-патогенных микроорганизмов в развитии вульвовагинитов. Однако попытки поиска моновозбудителей воспалительных процессов мочепоолового тракта, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, были в дальнейшем опровергнуты исследователями, обнаружившими те же микроорганизмы у практически здоровых женщин. Таким образом, в литературе накапливалось все больше данных о полимикробном характере инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта [3].

На протяжении последних 50 лет несколько раз происходило изменение терминологии («гемофильный вагинит», «коринебактериальный вагинит», «гарднереллезный вагинит», «бактериальный вагиноз», «аэробный вагинит»), вследствие чего и по сей день среди специалистов существуют споры относительно классификации бактериальных вагинитов. Одни авторы склонны трактовать бактериальный вагиноз как неспецифический воспалительный процесс, ставя знак равенства между этим заболеванием и неспецифическим вагинитом. Другие исследователи считают бактериальный вагиноз дисбактериозом влагалища – самостоятельной нозологической формой. Относительно этиологии данного заболевания среди специалистов также нет единого мнения [4]. Однако в настоящее время большинством исследователей неспецифический бактериальный вагинит рассматривается как воспалительное заболевание, при котором изменяется соотношение строгих анаэробов к аэробам, т.е. происходит замена анаэробных видов лактобацилл, преобладающих в норме, на аэробные бактерии. По данным A. Fan и соавт. [8], аэробный вагинит был выявлен у 23,7% пациенток. В 58% случаев аэробный вагинит сочетался с другими инфекциями, такими, как вульвовагинальный кандидоз – в 30% случаев, трихомонадный вагинит – в 25% и бактериальный вагиноз – в 45%.

В последние годы появились убедительные данные о том, что полимикробные патологические состояния могут быть связаны не только с патогенными (*Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *M. genitalium*), но и с условно-патогенными (аэробными, факультативно- и облигатно-анаэробными) микроорганизмами. При таких заболеваниях, как уретрит, вагинит и цервицит, отчетливо прослеживается тенденция к увеличению содержания факультативно-анаэробных и аэробных микроорганизмов. Кроме того, изменяется соотношение строгих анаэробов и аэробов, при котором выделяются преимущественно представители семейств *Enterobacteriaceae* и *Micrococcaceae*. К группе микроорганизмов, не входящих в состав нормобиоценоза, ряд исследователей относят и *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Listeria monocytogenes* [5]. Данные микроорганизмы могут вызывать различные воспалительные заболевания урогенитального тракта, однако их присутствие в составе микробиоценоза может не сопровождаться клинической симптоматикой.

Ведущим звеном в терапии вульвовагинитов, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, является назначение антибактериальных препаратов. Однако в связи с чрезвычайно широким, а порой и бесконтрольным применением системных антибиотиков во всех областях медицины, в том числе и в гинекологии, во многих странах мира в последние годы наблюдается тенденция к значительному росту устойчивости представителей аэробной микрофлоры к некоторым антибактериальным препаратам, что создает большие сложности в лечении пациенток с воспалительными процессами. Кроме того, доступность лекарственных средств в аптечной сети и связанная с этим распространенность самолечения является одной из издержек современного мира, не только дискредитирующей многие эффективные и научно обоснованные методы, но и снижающей возможности правильного подбора терапии в связи с изменением реакции организма на тот или иной препарат и, в частности, с изменением микробиоценоза влагалища [6].

Существенное место в структуре инфекций нижних отделов половых путей занимают неспецифические бактериальные вульвовагиниты, для лечения которых неоправданно широкое распространение получили антибактериальные препараты для местного применения, содержащие метронидазол и клиндамицин [2]. Действие указанных препаратов приводит к подавлению анаэробных возбудителей, что может стать причиной колонизации слизистой оболочки влагалища аэробными условно-патогенными микроорганизмами (кишечной палочкой, энтерококками, стрептококками, золотистым стафилококком). Кроме того, по имеющимся данным, большое количество рецидивов, возникающих в различные сроки после применения некоторых препаратов этой группы, в ряде случаев сохраняется и даже усугубляется дефицитом индигенной лакто- и бифидофлоры влагалища. Таким образом, в настоящее время остаются нерешенными вопросы этиологической значимости условно-патогенной микрофлоры, диагностических критериев неспецифических (аэробных) вульвовагинитов, а отсутствие регламентирующих документов по лечению пациенток с неспецифическими воспалительными процессами урогенитального тракта часто приводит к безуспешности применяемой терапии.

В данных условиях при лечении вульвовагинитов, вызванных аэробной и смешанной микрофлорой, предпочтение отдается локальным комбинированным препаратам, обладающим широким спектром действия в отношении нескольких видов микроорганизмов, без риска системного действия на организм. Необходимо учитывать также и то, что бактериальные вагиниты, вызванные аэробной инфекцией, характеризуются значительным снижением качества жизни подавляющего большинства женщин – у 95,6% [7].

В назначениях акушеров-гинекологов локальные препараты комплексного действия занимают первое место в категории противомикробных препаратов для лечения гинекологических заболеваний [7]. К таким препаратам относится Полижинакс – вагинальные капсулы, выпускаемый фармацевтической компанией «Лаборатория Иннотек Интернациональ» (Франция).

В состав препарата входят: неомицина сульфат (35 000 МЕ) – аминогликозид широкого спектра действия, активный в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов (*Staphylococcus aureus*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Corynebacterium* spp., *Escherichia coli*, *Enterobacter* spp., *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus vulgaris*, *Serratia* spp., *Salmonella* spp., *Shigella* spp., *Yersinia* spp.), полимиксина В сульфат (35 000 МЕ) – полипептидный антибиотик с широким спектром действия в отношении грамотрицательных бактерий (*E.coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter*, *Haemophilus* spp.,

*Klebsiella pneumoniae*), нистатин (100 000 МЕ) – противогрибковый антибиотик из группы полиенов, активный в отношении грибов рода *Candida*.

А.М. Савичева, Е.В. Рыбина [5], оценивая действие препарата Полижинакс на микроорганизмы, выделенные из влагалища женщин, в опыте *in vitro* получили его высокую эффективность против большинства грамотрицательных и грамположительных бактерий, а также против дрожжеподобных грибов рода *Candida*. Все лактобациллы (19 штаммов), выделенные из влагалища женщин, были резистентны к антибактериальным компонентам, входящим в состав препарата [5].

Мы провели клиническое исследование по оценке эффективности препарата Полижинакс в лечении вульвовагинитов, вызванных аэробной и смешанной микрофлорой.

**Цель исследования:** оценить эффективность и комплаентность применения препарата Полижинакс в лечении вульвовагинитов, вызванных аэробной и смешанной микрофлорой, у женщин репродуктивного возраста.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование включены 36 женщин репродуктивного возраста с диагнозами «аэробный вульвовагинит» и «смешанный вульвовагинит». Исследование выполнено в соответствии с международными нормативами и правилами GCP (Good Clinical Practice).

При первичном обращении пациентки предъявляли жалобы на обильные выделения из половых путей, зуд, жжение. При гинекологическом осмотре и расширенной кольпоскопии у всех пациенток имели место гиперемия и отек слизистой оболочки влагалища, шейки матки и вульвы той или иной степени выраженности.

Группа стратифицирована на начальном этапе исследования (0-й визит) по следующим клиническим признакам: наличие и характер выделений, зуд, боль, жжение, гиперемия слизистых оболочек, а также по результатам лабораторных – pH-метрия, полимеразная цепная реакция (ПЦР) в реальном масштабе времени – методов исследования, что позволило объективно оценить влияние препарата Полижинакс на водородный показатель кислотности (pH) влагалищной среды и титр лактобактерий.

Критериями включения в исследование являлись: возраст женщин от 18 до 45 лет, отсутствие специфических возбудителей или микроорганизмов с доказанной резистентностью к Полижинаксу: *Neisseria gonorrhoeae*, *Tr. vaginalis*, *Chlamydia anaerobia*, *Streptococcus agalactiae* (стрептококки группы В); отсутствие беременности; отсутствие указаний на наличие аллергии к антибиотикам/ингредиентам препарата Полижинакс.

Критериями исключения были: наличие беременности или лактации, острые или хронические воспалительные (в стадии обострения) заболевания малого таза, сопутствующие ИППП (с манифестными проявлениями), повышенная чувствительность или индивидуальная непереносимость препарата.

Пациентки, удовлетворяющие критериям включения, подвергались тщательному общему медицинскому обследованию не позже чем за 2–3 дня до начала лечения. Оценивали общее состояние больных и какие-либо имеющиеся отклонения от нормы, которые регистрировались в индивидуальной регистрационной карте.

Препарат Полижинакс, предназначенный для настоящего исследования, использовался только в соответствии с инструкцией по его медицинскому применению и данным протоколом. Полижинакс назначался пациенткам по 1 капсуле интравагинально вечером перед сном. Курс терапии продолжался 12 дней. В процессе лечения и через 2–3 дня после его окончания (2-й визит) для оценки эффективности и

безопасности проводимой терапии изучали клинические признаки и симптомы вульвовагинита: гиперемию, отек, болезненность, наличие/отсутствие патологических выделений. Системную противовоспалительную и антимикотическую терапию на фоне лечения препаратом Полижинакс не проводили.

Эффективность терапии оценивали по следующим параметрам: динамике общего состояния и самочувствия пациенток, данным расширенной кольпоскопии, рН-метрии, оценке микробиоценоза влагалища путем определения основных групп условно-патогенных микроорганизмов методом количественной ПЦР в реальном масштабе времени. Набор реагентов Фемофлор включал: смесь для ПЦР-амплификации, специфичную для всех бактерий (общая бактериальная масса), смесь, специфичную для лактобактерий (*Lactobacillus* spp.), и смеси, специфичные для условно-патогенных микроорганизмов.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью программы Statistica 8,0. Применялись непараметрические методы.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Всем пациенткам проводили гинекологический осмотр и клиническую диагностику вульвовагинита до лечения и после него. По нашим данным, клинические симптомы аэробно-вульвовагинита типичны, хотя и не позволяют достоверно судить о предполагаемом возбудителе заболевания. 32 (88,9%) пациентки жаловались на наличие выделений с запахом, 22 (61,1%) – зуда и жжения и 30 (83,3%) – дискомфорта. Чаще встречались пациентки с обильными выделениями – 17 (47,2%), нежели с умеренными – 16 (44,4%) и скудными – 3 (8,3%). Преобладал творожистый характер выделений – 22 (61,1%), реже наблюдались слизистые – 7 (19,4%) и гнойные – 7 (19,4%) выделения.

При динамическом контроле отмечено изменение клинической картины и субъективных ощущений (изменение характера белей, уменьшение и исчезновение раздражения, зуда, жжения). Через 24 ч после начала приема препарата улучшение в виде исчезновения боли, зуда и жжения отмечали 9 (25%) пациенток, через 48 ч – 16 (44,4%), через 72 ч – 12 (33,3%). Иначе говоря, в течение первых двух суток после начала лечения у большинства пациенток отмечалось клиническое улучшение. Конечная оценка эффективности применения препарата произведена на 12-е сутки от начала лечения. К концу лечения ни одна пациентка не предъявляла жалоб на зуд и жжение. Творожистые выделения после проведения терапии приобрели характер слизистых. Таким образом, на основании клинических данных обоснована эффективность 12-дневного курса лечения как наиболее оптимального для полной элиминации возбудителей и снижения частоты рецидивов при аэробном и смешанном вульвовагинитах.

Нами не получены какие-либо патогномоничные кольпоскопические признаки урогенитальных инфекций. Относительно редко мы обнаруживали гиперемию слизистой оболочки влагалища и вульвы – у 16 (44,4%) пациенток, симптом «манной крупы» – у 17 (47,2%), признаки эндоцервицита – у 10 (27,8%); у 9 (25%) больных в экзоцервиксе определялись участки цилиндрического эпителия, что позволило трактовать данные изменения как эктопию. По данным контрольной кольпоскопии отмечено улучшение состояния слизистой оболочки влагалища и шейки матки (уменьшение отека, сосудистого рисунка, гиперемии). Побочные реакции на фоне терапии не выявлены ни у одной пациентки.

Данные микробиологического исследования (рис. 1) перед началом лечения были представлены: *Candida albicans* – у 24 (66,7%) пациенток; *Streptococcus* spp. – у

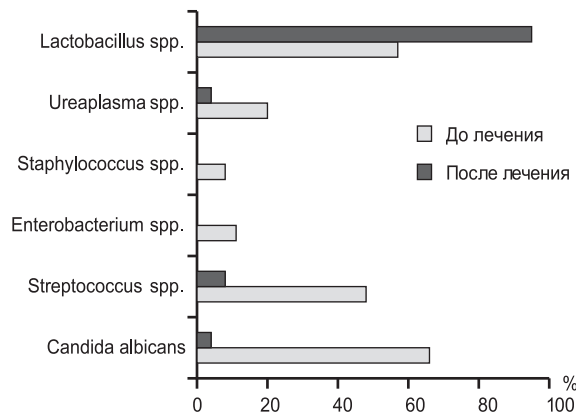


Рис. 1. Результаты микробиологического исследования у обследованных пациенток до и после лечения

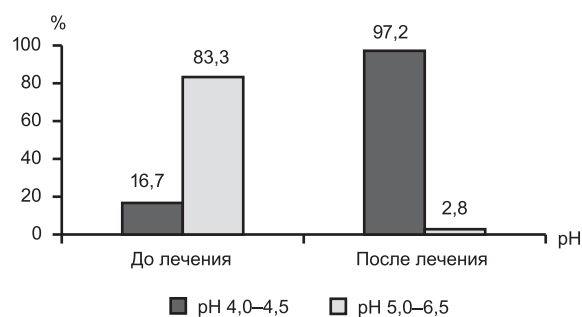


Рис. 2. рН влагалищной среды у обследованных пациенток до и после лечения

17 (47,2%); *Enterobacterium* spp. – у 4 (11,1%); *Staphylococcus* spp. – у 3 (8,3%); *Ureaplasma* spp. – у 7 (19,4%) пациенток. У 14 (38,9%) пациенток одновременно выявлены два или три возбудителя, т.е. отмечался смешанный вагинит. Под влиянием препарата Полижинакс произошла полная элиминация аэробной и грибковой микрофлоры. Важно отметить, что наряду с элиминацией факультативно-анаэробной флоры, препарат не оказывал влияния на уровень *Lactobacillus* spp. До лечения медиана концентраций *Lactobacillus* spp. составила  $2 \times 10^5$  ГЭ/мл\* (до лечения относительный Lg (N/ОБМ) у 29 пациенток составил 57–75%, а у 7–6–8%), а замещающие лактофлору факультативно-анаэробные микроорганизмы –  $2 \times 10^8$  ГЭ/мл у всех обследованных пациенток. После лечения медиана концентраций *Lactobacillus* spp. увеличилась до  $5,5 \times 10^7$  ГЭ/мл у 23 пациенток. Относительный Lg (N/ОБМ) составил 80–95%, а факультативно-анаэробные микроорганизмы достигли 0 ГЭ/мл ( $p < 0,0001$ ).

В наших исследованиях (рис. 2) до лечения показатель рН составил 4,0–4,5 – у 6 (16,7%) пациенток, рН 5,0–6,5 – у 30 (83,3%), рН 7,0 и более не определен ни у одной пациентки, в то время как после лечения показатель рН составил 4,0–4,5 у 35 (97,2%) пациенток и у 1 (2,8%) пациентки рН >4,5. Значительное снижение рН влагалищной среды у 97,2% пациенток после лечения создает оптимальные условия для роста лактобактерий, что совпадает с мнением Е.Ф. Киры и соавторов [3]: «Чтобы делиться, лактобактериям необходим оптимальный уровень рН (кислый 3,8–4,2)...»

\* ГЭ/мл – геном-эквивалент/мл – одна из единиц измерения концентрации микроорганизмов в ПЦР-диагностике.

Таким образом, применение комбинации двух антибиотиков широкого спектра действия и антимикотика в составе препарата Полижинакс позволяет проводить поливалентное лечение без негативного воздействия антибиотиков на нормальную микрофлору влагалища.

### ВЫВОДЫ

1. Воздействуя избирательно на факультативно-анаэробные микроорганизмы (*Enterobacterium* spp., *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp.), Полижинакс не вызывает элиминации *Lactobacillus* spp., способствует подавлению роста аэробной, грибковой микрофлоры и

созданию оптимальных условий для роста собственной лактофлоры, обеспечивая колонизационную резистентность вагинального биотопа, коррекцию биохимических параметров влагалищной среды (восстановление оптимальных значений pH) и повышая общую эффективность лечения.

2. В нашем исследовании применение препарата не вызвало нежелательных явлений и характеризовалось высокой комплаентностью.

3. Исследование показало, что Полижинакс является препаратом выбора для лечения вульвовагинитов, вызванных аэробной и смешанной микрофлорой.

### Experience with Polygynax used in the treatment of vulvovaginitis caused by the aerobic and mixed microflora

V.E. Radzinsky, I.M. Ordians, O.S. Pobedinskaya, E.V. Zykov

**The objective:** to evaluate the efficiency and compliance with Polygynax treatment for vulvovaginitis caused by the aerobic and mixed microflora in reproductive-aged women.

**Patients and methods.** The investigation enrolled 36 reproductive-aged women diagnosed with aerobic and mixed vulvovaginitis. It was conducted in accordance with international standards and GCP guidelines. A polygynax vaginal capsule was given before bedtime for 12 days. Therapeutic efficiency was evaluated by clinical, expanded colposcopic, and pH-metry findings, and the status of vaginal microbiocenosis, by determining the major groups of opportunistic microorganisms using a real-time quantitative polymerase chain reaction assay.

**Results.** It was established that the pathogenetically sound use of a combination of two broad-spectrum antibiotics and an antimycotic agent enabled polyvalent treatment with no negative effects of the antibiotics on the normal vaginal microflora. On the strength of clinical findings, the authors substantiated the efficiency of a 12-days treatment cycle as the most optimal method to completely eliminate pathogens and to reduce recurrence rates. Acting selectively on facultative anaerobic bacteria (*Enterobacterium* spp., *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp.), Polygynax failed to eliminate *Lactobacillus* spp. and promoted the suppression of aerobic microbial growth and the creation of optimal conditions for the growth of proper lactoflora, ensuring the colonization resistance of a vaginal biotope and enhancing the total efficiency of treatment.

**Conclusion.** Polygynax is the drug of choice for treating vulvovaginitis caused by the aerobic and mixed microflora in reproductive-aged women. The authors declare no conflicts of interest.

**Key words:** reproductive-aged women, vulvovaginitis, aerobic and mixed microflora, treatment, Polygynax.

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Довлетханова Э.Р., Абакарова П.Р. Возможность применения комплексных препаратов в лечении вульвовагинитов полимикробной этиологии. *Акушерство и гинекология*. 2012; 4: 8–11. [Dovletkhanova ER, Abakarova PR. The possibility of using complex drugs in the treatment of polymicrobial vulvovaginitis. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2012; 4: 8–11. (In Russ.)].
2. Радзинский В.Е., Ордианц И.М., Побединская О.С., Буянова Н.В. Современные аспекты коррекции дисбиотических нарушений в гинекологической практике. *Акушерство и гинекология*. 2013; 2: 72–76. [Radzinsky VE, Ordians IM, Pobedinskaya OS, Buyanova NV. Current aspects of correction of dysbiotic disorders in gynecologic practice. *Akusherstvo i ginekologiya*. 2013; 2: 72–76. (In Russ.)].
3. Кира Е.Ф., Артымуков Н.В., Гайтукиева Р.А., Муслимова С.З. Биоценоз и функциональная активность эпителия влагалища при местном лечении аэробного вагинита полижинаксом и тержинамом. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2010; 59: 5: 127–135. [Kira EF, Artyukov NV, Gaitukieva RA, Muslimova SZ. Biocenosis and functional activity of the vaginal epithelium in the topical treatment of aerobic vaginitis by polygynax and terginan. *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei*. 2010; 59: 5: 127–135. (In Russ.)].
4. Кисина В.И. Вагинальные инфекции: клиническое значение и лечение. *Дерматовенерология и дерматокосметология*. 2011; 1: 28–33. [Kisina VI. Vaginal infections: clinical significance and treatment. *Dermatovenerologiya i dermatokosmetologiya*. 2011; 1: 28–33. (In Russ.)].
5. Савичева А.М., Рыбина Е.В. Оценка действия полижинакса на микроорганизмы, выделенные из влагалища женщин, в опыте in vitro. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2012; 4: 104–107. [Savicheva AM, Rybina EV. Assessment of the actions of polygynax on the microorganisms isolated from the vagina in vitro experience. *Rossiiskii vestnik akushera-ginekologa*. 2012; 4: 104–107. (In Russ.)].
6. Bohot J.-M., Sednaoui P., Verriere F. Nystatin-Neomycin-Polymyxin B Combination: Efficacy and tolerance as 1st-line local treatment of infectious vaginitis. 2014. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*. vol. 04, no. 07, pp. 445-454.
7. Блинов Д.В. Вагинальные инфекции – от диагностики к рациональной комплексной терапии. *Акушерство, гинекология и репродукция*. 2011; 5: 4: 44–47. [Blinov DV. Vaginal infections – from diagnosis to management of complex therapy. *Akusherstvo, ginekologiya i reproduktivnaya*. 2011; 5: 4: 44–47. (In Russ.)].
8. Fan A, Yingly Y, Nv G, Huiying Z, Wang Y, Fengxia X. Aerobic vaginitis and mixed infections: comparison of clinical and laboratory findings. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2013; (2): 329-335.

## ПОЛІЖИНАКС

**Склад:** 1 капсула вагінальна містить неоміцину сульфат 35 000 МО, поліміксину В сульфат 35 000 МО, ністатин 100 000 МО.

**Фармакотерапевтична група.** Протимікробні та антисептичні засоби для застосування у гінекології. Антибіотики. Ністатин, комбінації. Код АТХ G01A A51.

**Показання.** Лікування вагініту, спричиненого чутливими до препарату мікроорганізмами, у тому числі:

- бактеріальний вагініт, спричинений банальною піогенною мікрофлорою;
- рецидивуючий неспецифічний вагініт;
- вагініт, спричинений грибами роду *Candida* (*Candida albicans* і *Candida non-albicans*);
- вагініт, спричинений змішаною інфекцією.

З метою профілактики інфекційних ускладнень Поліжинакс рекомендується застосовувати перед початком будь-якого хірургічного втручання на статевих органах, перед аборт, встановленням внутрішньоматкового засобу, перед і після діатермокоагуляції шийки матки, перед проведенням внутрішньоматкових та внутрішньоуретральних обстежень, перед пологами.

**Протипоказання.** Підвищена чутливість до будь-якого компонента (комбінації компонентів) препарату. Через наявність олії соєвої Поліжинакс протипоказаний пацієнтам з алергією до сої та арахісу.

**Застосування у період вагітності або годування груддю.** У клінічних дослідженнях Поліжинаксу на даний час не було відзначено та не повідомлялося про випадки виникнення вад розвитку або фетотоксичності. Спостережень за вагітністю, що за-

знала впливу цього лікарського засобу, недостатньо, щоб виключити будь-який ризик. Тому застосування препарату у період вагітності можливе лише за призначенням лікаря у тих випадках, коли очікувана користь для матері перевищує потенційний ризик для плода.

Через відсутність даних щодо проникнення препарату у грудне молоко застосування цього препарату слід уникати у період годування груддю.

**Спосіб застосування та дози.** Дорослим застосовувати інтравагінально ввечері перед сном 1 капсулу на добу. Курс лікування – 12 днів, профілактичний курс – 6 днів. Не слід переривати курс лікування під час менструації.

**Категорія відпуску.** За рецептом.

**Виробник.** Іннотера Шузі, Франція/Innothera Chouzy, France.