

ISSN 2687-1645

WOMEN'S CLINIC

№ 2

2022

ЖЕНСКАЯ КЛИНИКА

В номере:

с. 16

Контрацептив с эстетролом: «Show must go on» или идеальный КОК

с. 24

Факторы возникновения и негормональная коррекция стресс-зависимых расстройств менструального цикла

с. 49

Бактериальная транслокация и ее значение для здоровья женщины и ее потомства



МАГЭТ

Международная ассоциация гинекологов,
эндокринологов и терапевтов



КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НЕГОРМОНАЛЬНЫХ ИНТИМНЫХ ГЕЛЕЙ

Кузнецова И. В.¹, Бурчаков Д.И.², Бурчакова М.Н.³

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. ак. В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Российская Федерация.

²НОЧУ ДПО «Высшая медицинская школа», Москва, Российская Федерация.

³Московский государственный гуманитарный университет, Москва, Российская Федерация.

Для корреспонденции: Бурчаков Денис Игоревич. E-mail: dr.denis.burchakov@gmail.com.

Резюме. Врач – акушер-гинеколог не может и не должен заменять собой специалиста по сексологии. Однако многие гинекологические заболевания нарушают качество сексуальной жизни женщины (и, как правило, ее партнера). Поэтому врач может, помимо диагностических и лечебных мероприятий, давать базовые рекомендации по гармонизации сексуальности. К ним относятся рациональный режим физической нагрузки, особенности физической активности во время сексуального контакта, использование негормональных интимных гелей. В данной статье мы на примере двух клинических случаев рассмотрим, как интегрировать эти рекомендации в свою практику.

Ключевые слова: сексуальный контакт, лубриканты, диспареуния.

Для цитирования: Кузнецова И.В., Бурчаков Д.И., Бурчакова М.Н. Клиническое применение негормональных интимных гелей // Women's Clinic. 2022; 2: 84–91.

CLINICAL USE OF NON-HORMONAL LUBRICANTS

Kuznetsova I.V.¹, Burchakov D. I.², Burchakova M. N.³

¹National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology named after ac. V.I.Kulakov of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russian Federation.

²Higher medical school, Private educational institution, Moscow, Russian Federation.

³Moscow University for the Humanities, Moscow, Russian Federation.

For correspondence: Burchakov Denis I. E-mail: dr.denis.burchakov@gmail.com.

Summary. Obstetrician-gynecologists have neither ability nor obligation to replace a sexologist. However, many female diseases disrupt the quality of the woman's sexual life (and, usually, of her partner). Therefore a physician can supplement his or her diagnostic and therapeutic action by sound advice on the harmonization of sexuality. These may include a rational regime of physical exercise, certain modes of sexual contact, and non-hormonal lubricants. In this paper we will review two clinical vignettes, demonstrating the integration of the advice into practice.

Key words: sexual contact, lubricants, dyspareunia.

For citation: Kuznetsova I.V., Burchakov D. I., Burchakova M. N. Clinical use of non-hormonal lubricants. Women's Clinic. 2022; 2: 84–91.

Введение

Нарушения сексуальной функции встречаются при многих гинекологических заболеваниях. И даже когда женщина получает диагноз и эффективную терапию, болезнь может оставить след, который сказывается на качестве сексуальной жизни, исподволь разрушая интимную сферу – одну из опор длительных и счастливых отношений.

Врач – акушер-гинеколог не обладает по умолчанию полным набором знаний и навыков, необходимых для сексологического консультирования. Особенно это касается психологической стороны вопроса, поскольку тема сексуальности необычайно деликатна и напрямую связана с самооценкой женщины. Одна-

ко в том, что касается чисто гинекологических проблем, врач может, помимо диагностики и лечения, дать женщине ценные практические рекомендации.

Одна из самых частых причин нарушения сексуальности — диспареуния [1]. Боль и качественная сексуальная жизнь едва ли совместимы. В *таблице 1* приведены базовые диагностические вопросы и варианты ответов, которые помогут врачу заподозрить происхождение диспареунии.

Помимо обилия нозологий, нарушающих качество жизни, сам диалог о сексуальности порой оказывается непростым. Многие женщины опасаются осуждения, стесняются или маскируют свой истинный запрос какой-либо несуществующей проблемой.

Таблица 1. Некоторые вопросы для сбора анамнеза и планирования осмотра при сексуальной дисфункции, связанной с болью [2]

Вопросы	Варианты ответов	Возможный диагноз
Момент: Когда вы чувствуете боль?	Возбуждение: когда кровь приливает к гениталиям	Вестибулит, клитородиния, вульводиния
	Прелюдия: прикосновение	Вестибулит, вульводиния, кандидоз
	Проникновения: при введении	Вестибулит, плоский лишай, склерозирующий лихен
	Постоянно, от начала до конца процесса	Вульвовагинальные заболевания
	Посткоитально: жжение, зуд, покалывание, отек	Кандидоз, аллергическая реакция на лубрикант, спермицид или латекс, аллергия на плазму семени, дерматит, вестибулит, вульводиния
Локализация: Где вы чувствуете боль?	Брюшная стенка	Тазовая диспареуния или генитальная диспареуния, возможно присутствие триггерных точек из-за патологии мышц брюшной стенки или патологии внутрибрюшных заболеваний
	Матка	Эндометриит, аденомиоз, эндометриоз, ВЗОМТ, патология придатков матки
	Клитор, половые губы, промежность	Клитородиния или другая патология клитора, дерматит, дерматоз, вульводиния
	Преддверие влагалища	Вестибулит, дерматит, склерозирующий лихен, плоский лишай, патология бартолиниевых желез, атрофия
	Влагалище	Вагинит, плоский лишай, гипертонус <i>m. levator ani</i> , вульводиния, атрофия
Ощущения: На что похож этот дискомфорт?	Зуд	Аллергия на плазму семени, аллергическая реакция на лубрикант, спермицид или латекс, кандидоз, склерозирующий лихен
	Соппротивление, «будто упирается во что-то»	Переднее ректоцеле, гипертонус мышц тазового дна, патология шейки
	Острая боль, разрыв	Вестибулит, синехии на фоне лишена, трещины

В качестве примера приведем клинический опыт работы с двумя женщинами, которые столкнулись с диспареунией. В обоих случаях гинекологический диагноз не составил трудностей, но одной лишь медикаментозной терапии было бы недостаточно. Для того чтобы обеспечить анонимность и безопасность пациенток, мы изменили ключевые идентификационные данные.

Клинический случай №1

Проблема

Мария, 32 года, наблюдается у врача-гинеколога по поводу эндометриоза. Впервые она столкнулась с проявлениями заболевания в подростковом возрасте, когда с 16 лет ее стали беспокоить интенсивные боли во время менструации. В течение многих лет она использовала симптоматическую терапию по поводу дисменореи. Только когда ей исполнилось 24 года,

после смены места жительства обратилась к новому врачу, специалист заподозрил у нее эндометриоз. Марии провели лапароскопию, диагноз был подтвержден, было проведено хирургическое лечение. После операции интенсивность боли ослабла, но она не ушла полностью. Мария в постоянном браке с 26 лет, и в 29 лет она родила здорового мальчика. Последний год она получает КОК с диеногестом в непрерывном режиме для контрацепции и контроля тазовой боли. На этом фоне дисменорея и диспареуния существенно ослабли, но не ушли полностью.

При расспросе о качестве сексуальной жизни становится ясно следующее. Мария живет половой жизнью с 19 лет, и тазовая боль всегда омрачала ее сексуальный опыт. Она всегда избегала сексуального контакта во время менструации, но и в другие дни проникновение и активные движения партнера причиняли ей дискомфорт. После операции Мария заметила, что,

хотя боли стало меньше, ее сексуальная активность не изменилась. Она по-прежнему тревожилась, что во время сексуальной близости у нее появится боль. Эта тревога мешала ей расслабиться, и на фоне тревоги любой дискомфорт мог сработать как триггер, вызывая болезненные ощущения. После родов ситуация усугубилась, поскольку из-за нехватки естественного увлажнения проникновение стало вызывать значительный дискомфорт, она стала избегать близости. В результате сексуальный контакт у Марии с мужем происходит два-три раза в месяц, это реже, чем было до рождения ребенка. С точки зрения Марии, это негативно сказывается на их отношениях, она заметила, что муж недоволен и обижается, когда она отказывается ему в близости, чаще задерживается на работе.

Рекомендации

Случай Марии типичен для женщин с хронической тазовой болью, которая ассоциирована с эндометриозом [3]. Даже хирургическое лечение не всегда позволяет избавиться женщину от болевых симптомов. Однако проблема Марии не просто в боли как таковой. В период с 19 до 24 лет, когда она страдала от тазовой боли и при этом вела половую жизнь, у Марии сформировалась избегающая модель поведения. Она отказывается от сексуальной активности не из-за отсутствия желания, а из страха снова пережить боль и негативные эмоции. В такой ситуации смена схемы лечения, скорее всего, не даст результата, поскольку, скорее всего, не удастся полностью избавиться пациентку от симптоматики.

В такой ситуации врач может рекомендовать поведенческие методы контроля боли, связанной с сексуальной активностью. Они помогают женщине и ее партнеру контролировать сексуальный контакт, делая его более комфортным и поэтому более безопасным для пары. Рассмотрим основные рекомендации, которые полезно обсудить с женщиной, страдающей от тазовой боли.

1. Подготовка к сексуальному контакту. Подготовка в такой ситуации направлена на расслабление мышц таза, снижение вероятности болевой реакции. Индивидуальные рекомендации подобрать непросто, однако в практике женщины часто отмечают, что физическая нагрузка умеренной интенсивности помогает расслабить излишне напряженные мышцы и привести в тонус неактивные. Наиболее эффективными оказываются гимнастические комплексы с элементами растяжки и балансирования. Следует избегать резких рывковых нагрузок, давления на живот и нагрузок высокой интенсивности. В идеальной ситуации комплекс упражнений, направленный на мышцы таза и поясницы, должен составлять квалифицированный специалист.

2. Увлажнение. Естественное увлажнение – это сложный психофизиологический процесс. Оно может быть нарушено в силу состояния здоровья женщины, например в послеродовом периоде, или в силу ее психологических реакций, например из-за тревоги по поводу боли во время сексуального контакта. Без адекватного увлажнения сексуальный контакт причиняет дискомфорт обоим партнерам, а также повышает риск локальных инфекций, в особенности кандидозного вагинита и баланита.

Основа качественного увлажнения – качественная прелюдия, в которой действия партнера соответствуют желаниям и ожиданиям женщины. Однако в силу описанных выше причин часто этого оказывается недостаточно. Чтобы не допустить проблем, вызванных дефицитом увлажнения, врач может рекомендовать паре использовать лубриканты, в том числе негормональные интимные гели. В случае Марии для ухода за интимной зоной и компенсации дефицита естественного увлажнения был рекомендован гель Вагиженаль®, состав которого подробнее рассмотрен ниже.

3. Гармонизация контакта. Движения в процессе контакта, особенно в его начале, должны быть по возможности бережными. Женщины с хронической тазовой болью часто указывают, что остро реагируют на излишне резкое проникновение, как и на попытки партнера совершать резкие и глубокие фрикции. Соответственно, более бережное проникновение и фрикции с комфортной интенсивностью позволяют женщине расслабиться и снижают вероятность болевой реакции. Ключевым фактором в гармонизации контакта следует признать готовность пары обсуждать свои ощущения в процессе и давать обратную связь.

4. Предпочтительные позиции. Разные позиции для сексуального контакта дают возможность избежать дискомфорта. При тазовой боли предпочтительны позы, в которых женщина может контролировать глубину проникновения. Имея такую возможность, она может проще расслабиться, при этом оберегая от воздействия зоны, контакт с которыми может сработать как триггер или просто причинить дискомфорт. В таких позициях у женщины достаточно свободы движения, чтобы немного отодвинуться от партнера. К ним относятся, в частности:

- мужчина лежит на спине, женщина сверху;
- оба партнера лежат на боку, мужчина сзади;
- оба партнера на боку, лицом друг к другу.

Распространенные позиции, в которых женщина чувствует давление сверху и особенно давление на живот, а также позиции для глубокого проникновения паре следует использовать с осторожностью.

5. Информирование партнера о своем хроническом заболевании. Крайне важно в паре обсудить все вышесказанное, чтобы партнер понимал, что происходит с партнершей, почему им следует использовать лубриканты, выбирать определенные позы, готовиться к соитию. Понимание ситуации успокаивает обоих партнеров, придает им уверенность в том, что близость для них желанна. Оба понимают, что особенности самочувствия женщины требуют изменить формы взаимодействия, и это не так сложно. В паре, где есть любовь, уважение и забота, обсуждение любых тем дает ресурс для развития отношений.

В случае Марии даже такие базовые рекомендации (растяжка для поясницы, лубриканты, аккуратный выбор позиций) позволил паре значительно улучшить качество и частоту сексуальных контактов.

Клинический случай №2

Проблема

Ольга, 55 лет, обратилась к врачу с жалобами на сниженное сексуальное влечение. С ее слов, проблемы начались через год после менопаузы, которая прошла три года назад. Несмотря на то что Ольга состоит в счастливом браке уже более 20 лет, после менопаузы она стала постепенно утрачивать интерес к сексуальному контакту, хотя ее чувства к мужу в целом не изменились. Она отмечает, что супруг регулярно предлагает сексуальную близость, он всегда был сексуально активный. Он отказывается принимать ее комментарии, что у нее изменились сексуальные желания. На уровне сознания ей бы хотелось испытывать желание, как раньше, и испытывать удовольствие от близости. Она понимает, что для пары важно иметь регулярную половую жизнь. Она беспокоится, что редкий секс нарушает гармонию отношений в их паре, они чаще ссорятся, когда близости давно не было.

Ольгу тревожит ее состояние, и поэтому ранее она обследовалась у врача-эндокринолога. По результатам обследования у нее был выявлен субклинический гипотиреоз, но врач рекомендовал дальнейшее наблюдение, поскольку уровень ТТГ был повышен лишь незначительно, а иных признаков гипотиреоза у Ольги не было. Показатели тестостерона, ДГЭА-С и пролактина также были в пределах референсных значений, что исключало эндокринный генез сниженного либидо. По совету подруги Ольга принимала препарат на основе фитостероидов без заметного эффекта.

При расспросе Ольга указала, что сексуальные контакты у нее происходят 1–2 раза в месяц. Во время контакта она испытывает дискомфорт, жжение и зуд во влагалище. Ощущение дискомфорта остается и после завершения контакта и беспокоит ее еще несколько дней. При осмотре и обследовании,

включающем рН-метрию и кольпоцитологическое исследование, была получена развернутая картина атрофического вагинита.

Рекомендации

Характерная особенность случая Ольги – ложная жалоба на снижение полового влечения. Такие жалобы часто маскируют возникшие у женщины проблемы, которые она сама не считает признаком болезни. Эпидемиологические исследования показывают, что до 50–60 % женщин в постменопаузе страдают от атрофического вагинита [4]. Ольга была уверена, что после менопаузы нормально чувствовать дискомфорт и раздражение, поскольку это связано со старением. Она также была склонна считать, что после того, как менструации прекращаются, сексуальное влечение должно постепенно угасать. Скорее всего, она бы не обратилась к врачу, если бы не напряжение в отношениях с мужем. Консультируя женщин по вопросам, связанным с сексуальным здоровьем, следует помнить, что это деликатная тема и далеко не всегда жалобы соответствуют реальной ситуации.

Ольга не жалуется на приливы жара, поэтому назначение менопаузальной гормональной терапии в ее случае неоправданно. Ей были рекомендованы суппозитории с эстриолом для компенсации локального дефицита эстрогенов. Чтобы повысить качество сексуального контакта, ей также было рекомендовано применение негормонального интимного геля Флорагель®. В течение месяца качество сексуальной жизни у Ольги восстановилось: она чувствовала влечение практически на том же уровне интенсивности, что и до менопаузы, дискомфорт и другие неприятные ощущения полностью ушли. Для поддержания восстановленного качества жизни ей было рекомендовано применение геля Вагигеналь® для ежедневного ухода за интимной зоной.

Краткая характеристика различных лубрикантов

В аптечном ассортименте лубриканты обычно именуется гелями-смазками, а в просторечии – просто смазками. На рынке в Российской Федерации доступны десятки видов смазки, которые различаются по производителю, составу и назначению. Чтобы рекомендовать и выбирать лубриканты, полезно понимать их основные различия (табл. 2).

Лубриканты на водной основе широкодоступны и стоят дешевле, чем другие лубриканты. Они состоят из воды и растворимых в воде молекул, которые улучшают скольжение. Они безопасны, совместимы с любыми видами презервативов и секс-игрушек, а также легко смываются. К числу их недостатков от-

Таблица 2. Особенности лубрикантов в зависимости от состава

Характеристики	Основа		
	Водная	Силиконовая	Масляная
Типичные компоненты и присадка	Глицерин, пропиленгликоль, сорбитол, целлюлоза	Силикон и другие силоксановые полимеры	Растительные масла, минеральные масла
Консистенция	Жидкая, гелевая, желеподобная в зависимости от присадок	Жидкая, текучая, текстура зависит от основы	Более жидкая или более густая в зависимости от масла
Латексные презервативы	Совместимо	Совместимо	Несовместимо
Синтетические презервативы	Совместимо	Совместимо	Несовместимо
Совместимость с секс-игрушками	Совместимо с любыми материалами	Несовместимо с силиконом	Совместимо только со стеклянными и с металлическими игрушками
Легкость удаления	Легко смывается водой	Смывается водой, но дольше, чем водные	Смываются долго, как и любое масло

носится то, что они относительно быстро высыхают, поэтому при продолжительном сексуальном контакте может потребоваться повторное нанесение. В редких случаях, когда вода высыхает, оставшийся на коже глицерин может вызвать раздражение. В целом этот вид лубрикантов считается универсальным.

Лубриканты на основе силикона и других подобных соединений – самые текучие, не испаряются и обеспечивают увлажнение дольше, чем водные лубриканты. Они не вызывают жжения и раздражения. Они совместимы с любыми видами презервативов. Их нельзя использовать вместе с секс-игрушками, сделанными из силикона, поскольку силиконовые масла повреждают поверхность игрушки. Силиконовые лубриканты смываются водой и мылом/гелем для душа, хотя и дольше, чем водные. Некоторые виды могут оставлять следы на белье. В целом этот вид лубрикантов чаще рекомендуют для анального секса или для пар, у которых возникают неприятные ощущения от компонентов других лубрикантов.

Лубриканты на основе масел (растительных и минеральных) дают наибольший по длительности эффект. Обычно они более густые по консистенции, плохо смываются, могут оставлять следы на белье. Их нельзя использовать с презервативами и секс-игрушками из силикона, резины, латекса и пластика. Подчеркнем, что речь идет именно о специальных маслах. Недопустимо в качестве смазки использовать продукты питания (оливковое, подсолнечное, растительное масла и пр.) и бытовые крема и лосьоны (крем от загара, крем от ожогов, массажный крем, косметический питающий крем) [5].

Негормональные интимные гели

Негормональные интимные гели составляют отдельную категорию, они по своему составу ближе к лекарственным средствам. Они восполняют дефицит естественного увлажнения, а также за счет дополнительных компонентов в составе оказывают комплексное профилактическое действие. Их применение наиболее обосновано у женщин, испытывающих трудности в сексуальной жизни на фоне гинекологических заболеваний. Рассмотрим возможности применения негормональных интимных гелей на примере новых для российского рынка средств Флоражель® и Вагиженаль®.

Флоражель® – это восстанавливающий гель для регулярного ухода за интимной зоной. Его ключевой активный компонент – натуральный пребиотик BIOECOLIA (альфа-глюкан олигосахарид), который предоставляет питание для бактерий и тем самым создает условия для развития полезной микрофлоры. Молочная кислота обладает противовоспалительным и иммуномодулирующим эффектом, подавляет активность ряда патогенов [6]. Сок алоэ вера способствует восстановлению упругости интимной зоны. Совокупно с действием пантенола в составе геля Флоражель® это оказывает омолаживающее и оздоравливающее действие на слизистую влагалища. Наконец, экстракт ромашки оказывает дополнительное бактерицидное и противовоспалительное действие. Таким образом, Флоражель® способствует восстановлению микрофлоры влагалища, устраняет зуд и жжение, устраняет вагинальный дискомфорт и повышает качество сексуальной жизни. Флоражель® позволяет

ускорить восстановление качества жизни и здоровья женщины при лечении таких состояний, как бактериальный вагиноз или рецидивирующий вагинальный кандидоз, а также на фоне частых половых контактов, после менструации и т. д. Отметим, что Флорагель® не заменяет, а лишь дополняет методы лечения, предписанные клиническими рекомендациями.

Вагиженаль® – это увлажняющий гель для ежедневного ухода за интимной зоной. Как и в случае с рядом других препаратов этой группы основным активным веществом здесь является молочная кислота. Однако ее эффекты здесь усилены за счет экстракта тимьяна (антибактериальный эффект, препятствие появлению неприятного запаха) и пантенола, который уменьшает ощущения раздражения и зуда. Если Флорагель® работает на увлажнение и восстановление пораженной слизистой, то Вагиженаль® подходит для ежедневного применения, предотвращая появление микротравм и воспаления.

Таким образом, негормональные интимные гели, обладающие более широким спектром эффекта по сравнению с обычными лубрикантами, предпочтительны для применения у женщин, которые сталкиваются с сексуальной дисфункцией на фоне недостатка естественного увлажнения, атрофии слизистой и других проблем. Иными словами, Флорагель® и Вагиженаль® стоят ближе других к средствам для лечения и профилактики гинекологических заболеваний. Поэтому их допустимо и целесообразно рекомендовать женщине на приеме врача-гинеколога.

Заключение

Нарушения качества сексуальной жизни часто связаны с гинекологическими заболеваниями. Поэтому врачу – акушеру-гинекологу, помимо диагностических и лечебных мероприятий, целесообразно в меру своих знаний и опыта давать женщинам рекомендации по гармонизации сексуальной жизни. Эти рекомендации позволяют решить некоторые проблемы, против которых бессильна медикаментозная терапия.

В заключение важно сказать, что из практических и этических соображений любой диалог, затрагивающий сферу сексуальности, должен:

1. Быть уважительным и тактичным – недопустимо критиковать пациентку, обвинять ее в сексуаль-

ной пассивности или ссылаться на то, что «бывает хуже» и «надо терпеть».

2. Учитывать разнообразие сексуальных предпочтений мужчин и женщин и любую информацию о трудностях и особенностях пациента принимать к сведению и рекомендовать оптимальные решения. Выход из нейтральной позиции и открытое осуждение пациента – это демонстрация непрофессионализма. Наоборот, спокойная и уважительная позиция врача повышает доверие пациента, улучшает приверженность к терапии, снижает вероятность конфликта.
3. Блюсти тайну, поскольку другие врачи, другие пациенты и тем более родственники пациента способны причинить ему или ей значительные страдания, случись им узнать о проблеме, которая стала причиной обращения к специалисту.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку публикации.

Литература

1. Steege JF, Ling FW. Dyspareunia. A Special Type of Chronic Pelvic Pain. *Obstet. Gynecol. Clin. North Am.* 1993; 20: 779–793.
2. Goldstein I, Clayton AH, Goldstein AT, et al. *Textbook of Female Sexual Function and Dysfunction: Diagnosis and Treatment*; John Wiley & Sons, 2018; ISBN 9781119266099.
3. Denny E, Mann CH. Endometriosis-Associated Dyspareunia: The Impact on Women's Lives. *J. Fam. Plann. Reprod. Health Care.* 2007; 33: 189–193.
4. Naumova I, Castelo-Branco C. Current Treatment Options for Postmenopausal Vaginal Atrophy. *Int. J. Womens Health.* 2018; 10: 387–395.
5. Organization WH. *Others Use and Procurement of Additional Lubricants for Male and Female Condoms: WHO/UNFPA/FHI360: Advisory Note*; World Health Organization, 2012.
6. Plummer EL, Bradshaw CS, Doyle M, et al. Lactic Acid-Containing Products for Bacterial Vaginosis and Their Impact on the Vaginal Microbiota: A Systematic Review. *PLoS One* 2021, 16, e0246953.

Информация об авторах

Кузнецова Ирина Всеволодовна, доктор медицинских наук, профессор, советник директора ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени ак. В.И. Кулакова» Минздрава России. ORCID: 0000-0001-5541-3767.

Адрес: 117997, Москва, ул. Академика Опарина, д. 4.

Бурчаков Денис Игоревич, доцент кафедры эндокринологии, НОЧУ ДПО «Высшая медицинская школа». ORCID: 0000-0001-9081-9041.

Адрес: 107023, Москва, ул. Малая Семеновская, д. 3А, стр. 2.

Бурчакова Милана Николаевна, репродуктивный психолог, супружеский психолог, EMDR-терапевт, Московский государственный гуманитарный университет, кафедра общей психологии и истории психологии. ORCID: 0000-0002-1415-1649.

Адрес: 111395, Москва, ул. Юности, д. 5.



ИНТИМНЫЕ ГЕЛИ ДЛЯ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ

ФЛОРАЖЕЛЬ ВОССТАНАВЛИВАЮЩИЙ ГЕЛЬ

Восстановление
микрофлоры

Вагинальное
омоложение



ПРОЛОНГИРОВАННОЕ
ДЕЙСТВИЕ



ШИРОКИЙ СПЕКТР
ПРИМЕНЕНИЯ



МУЛЬТИЭФФЕКТ



ВАГИЖЕНАЛЬ УВЛАЖНЯЮЩИЙ ГЕЛЬ

Длительное
увлажнение

Интимный
комфорт

Реклама

www.intimgeli.ru