

Деринат в комплексном лечении хронического цервицита

Значительную долю воспалительных заболеваний женских половых органов составляют воспалительные процессы шейки матки — эндо- и экзоцервициты [1, 2, 3]. Хронические цервициты часто ассоциированы с хроническими эндометритом, хроническим сальпингитом, воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ), приводят к бесплодию, нарушению течения беременности и родов, инфицированию ребенка, послеродовым заболеваниям.

Одним из наиболее сложных на сегодняшний день остается вопрос эффективности терапии урогенитальных инфекций. Многочисленные исследования посвящены разработке схем и методик применения тех или иных антимикробных препаратов. Предпринимаются попытки оптимизировать терапию с помощью иммуномодуляторов, ферментных и других лекарственных средств [2, 3, 8, 10].

Особенностью хронического цервицита является то, что причинного фактора, например, гонококков, хламидий и других факультативно-анаэробных бактерий уже не обнаруживается, а на первое место выступает воспалительная реакция измененных тканей шейки матки. Этиотропная антибиотикотерапия хронического цервицита в этом случае не только не дает клинического эффекта излечения, а наоборот, приводит к появлению неблагоприятных симптомов, таких как зуд, выделения из влагалища, рези при мочеиспускании, вздутие живота, отрыжка, изжога и многих симптомов, не относящихся к хроническому цервициту. При длительном течении хронического цервицита уре- и/или микоплазменной этиологии, микст-инфекции, наличии в анамнезе неудачных попыток лечения одним-двумя курсами антибактериальных препаратов целесообразно включение в состав комплексной терапии иммуномодулирующих препаратов после предварительной оценки интерфероновой статуса с определением чувствительности интерферонпродуцирующих клеток к ним [2, 3, 5, 8, 10].

Терапия инфекций, передаваемых половым путем, должна быть комплексной, а применяемые препараты — обладать широким спектром действия. Лечение без коррекции иммунных нарушений является малоэффективным или недостаточно эффективным, особенно при хронической или рецидивирующей инфекции.

Для лечения больных в стандартную схему включали современный отечественный иммуномодулятор и репаративный препарат Деринат — дезоксирибонуклеат-На природного происхождения (ЗАО «ФП «Техномедсервис», Россия), который успешно используется в клинической практике для лечения вирусных и бактериальных инфекций. В ходе многочисленных экспериментальных и клинико-лабораторных исследований доказано отсутствие мутагенного, тератогенного, эмбриотоксического, канцерогенного действия, алергизирующих свойств, цитогене-

тических эффектов; выявлено его умеренное антимутагенное действие [2, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. Препарат обладает мультифакторными механизмами: оказывает иммунорегулирующий и иммуномодулирующий эффекты, противовоспалительное, репаративное и цитопротективное действие [8, 10].

Для лечения больных в стандартную схему включали:

1. Деринат раствор 15 мг/мл по 5 мл в/м через 48 часов, на курс 10 инъекций.

2. Раствор Дерината 0,25% внутрицервикальные орошения стерильного по 2 мл 2 раза в неделю N 10.

3. Раствор Дерината 0,25% влагалищные тампоны (2-5 мл на тампон) 2 раза в неделю одновременно с внутрицервикальными орошениями.

При наличии деформаций шейки матки бывшими разрывами, КРЖ (кисточно-расширенными железами), лечение Деринатом начиналось с первого приема (после забора материала на исследование: мазок на микрофлору, ПЦР, цитологию и др.) и продолжалось в течение всего времени лечения шейки: удаление КРЖ, восстановление целостности шейки, устранение эктопий методами криолечения, радиоволновым методом, хирургическими приемами.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением было 677 женщин в возрасте от 19 до 57 лет с установленным диагнозом хронического цервицита. Исследованные случайным образом разделены на 3 группы:

1-я группа (основная) — 407 женщин, пролеченных с использованием препарата Деринат р-р 15 мг/мл по 5 мл в/м через 48 часов N 10; инсталляций 0,25% р-ра по 2,5-5 мл в цервикальный канал и в тампонах Деринат 0,25% по 2,5-5 мл в те же дни, в которые проводились инъекции и гинекологические обработки: вскрытие КРЖ, удаление папиллом крио и радиоволновым методами, хирургическое восстановление целостности шейки матки и др. процедуры.

2-я группа (контрольная) — 234 женщины, продолжившие традиционное лечение (антибиотикотерапия, в том числе противогрибковая, общеукрепляющая, десенсебилизирующая и т.д.) без применения Дерината.

3-я группа (плацебо) — 36 женщин отказались от какого-либо лечения.

Участники исследования — женщины трудоспособного возраста с анамнезом хронического цервицита от 1 до 30 лет, с явлениями выделений слабой, средней и высокой степени тяжести.

Критерием отбора женщин в группах с хроническим цервицитом служило наличие лейкоцитов в мазке не менее 10 в поле зрения.

Среднее количество лейкоцитов в мазках из цервикального канала в группах составило 27,3±9,4, а среднее число лейкоцитов в крови обследованных женщин было 4,2±1,37, что свидетельствовало о значительной интоксикации, вызванной различными

факторами, в т.ч. антибиотиками и другими медикаментами.

Распределение больных по возрасту представлено в таблице 1, по длительности анамнеза хронического цервицита — в таблице 2.

Таблица 1.

Распределение больных по возрасту

| Возраст (лет) | Основная группа (n=407) | Контрольная группа (n=234) | Плацебо (n=36) |
|---------------|-------------------------|----------------------------|----------------|
| 19-20 | 54 (13,3%) | 37 (15,8%) | 4 (11,1%) |
| 21-30 | 202 (49,6%) | 14 (5,98%) | 7 (19,4%) |
| 31-40 | 62 (15,2%) | 40 (17,1%) | 21 (58,3%) |
| 41-50 | 68 (16,7%) | 101 (43,2%) | 3 (8,3%) |
| 51-57 | 21 (5,1%) | 52 (22,2%) | 1 (2,7%) |

Таблица 2.

Распределение больных по длительности анамнеза

| Длительность анамнеза (лет) | Основная группа (n=407) | Контрольная группа (n=234) | Плацебо (n=36) |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------|
| От 1 до 3 лет | 69 | 167 | 19 |
| От 3 до 5 лет | 211 | 38 | 15 |
| От 5 лет и более | 127 | 29 | 2 |

Таблица 3.

Распределение больных по наличию сопутствующих заболеваний

| Формы заболевания | Основная группа (n=407) | Контрольная группа (n=234) | Плацебо (n=36) |
|--------------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------|
| Спаечный процесс в малом тазу | 343 | 171 | 21 |
| Хронический кольпит | 394 | 201 | 27 |
| Нарушение менструального цикла | 341 | 156 | 9 |
| Бесплодие первичное | 17 | 13 | 4 |
| Бесплодие вторичное | 67 | 43 | 5 |
| Эктопия шейки матки | 211 | 94 | 8 |
| Хронический эндометрит | 314 | 176 | 15 |
| Эндометриоз | 73 | 47 | 12 |
| Миома матки | 114 | 62 | 4 |

Во всех группах женщины страдали соматическими заболеваниями (хр. пиелонефритом, дисбактериозами, хр. циститами, хр. колитами, геморроем и др.).

У больных хроническим цервицитом были характерные жалобы на выделение из половых путей слизисто-гнойного характера и гнояного характера: зуд, жжение в области вульвы, боли внизу живота.

В анамнезе неоднократное посещение врача-гинеколога, проведение гинекологического обследования, выявление заболеваний соматических и гинекологических, лечение, оценка бактериологических, бактериоскопических, ПЦР, цитологических, кольпоскопических, гистологических методов исследования.

Таблица 4.

Распределение больных основной группы по количеству проведенных курсов лечения с использованием Дерината в зависимости от тяжести течения

| Степень тяжести хр. цервицита | 1 курс лечения Деринатом (n=229) | 2 курса лечения Деринатом (n=143) | 3 курса лечения Деринатом (n=35) |
|-------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1-я степень (n=201) | 173 | 25 | 3 |
| 2-я степень (n=184) | 53 | 111 | 20 |
| 3-я степень (n=22) | 3 | 7 | 12 |

Оценка результатов лечения осуществлялась через 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год. 3-я группа пациентов (плацебо) вызвана для осмотра через 1 год.

Результаты и обсуждение

В ходе лечения в обеих группах отмечалось уменьшение признаков выделений слизисто-гнойного и гнояного характера. В основной группе больных исчезли жалобы на: зуд, жжение в области вульвы уже после 1-го курса лечения в комплексе с Деринатом.

В контрольной группе число и интенсивность этих жалоб прибавлялось ввиду появления и увеличения числа очагов папилломавирусной инфекции, грибковых заболеваний, признаков дисбактериоза кишечника и гениталий, герпетических высыпаний.

В основной группе необходимость повторных курсов возникла ввиду продолжения лечения по поводу миомы и шейки матки, удаления эктопических очагов эндометриоза, кистовидно-расширенных желез шейки матки, устранение папиллоидоза шейки матки, стенок влагалища, необходимости хирургического лечения деформаций шейки матки и влагалища.

Таким образом, во время проведения данного клинического наблюдения было установлено:

1. Препарат Деринат обладает хорошей переносимостью, как при в/м введении, так и при инсталляции в цервикальный канал у женщин, страдающих хроническим цервицитом.

2. Препарат Деринат применяемый по вышеуказанным схемам в комплексном лечении хронического цервицита, показал высокую эффективность терапии.

3. В группе пациенток, получавших препарат Деринат как местно, так и внутримышечно, не было отмечено каких-либо проявлений непереносимости или аллергических реакций.

Высокая клиническая эффективность препарата Деринат, обладающего репарирующим и иммуномодулирующим действием, направленных на восстановление основных звеньев иммунитета и нормализации репаративных процессов, подтвержденная в значительном числе исследований, позволяет рекомендовать его для широкого применения в комплексной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний половых органов у женщин [2, 5, 7, 8, 9, 10].

Н. М. СИДОРОВ¹, О. Н. НАЗАРОВА¹,
О. А. ПАЕВСКАЯ², О. В. КАШАЕВА³,
О. В. КРАСЮК³

¹Медицинский центр «Орис»,
²Первый МГМУ им. И. М. Сеченова,
³МГМСУ, Москва.

Литература

- Твердикова М. А., Тютюнник В. Л. Основные принципы терапии инфекций, передаваемых половым путем. // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13, № 7 (231). — С. 494-496.
- Серов В. Н., Тютюнник В. Л., Твердикова М. А., Павлович С. В. Иммунная и репаративная терапия в комплексном лечении инфекционно-воспалительных заболеваний гениталий у женщин. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2010. — Т. 9, № 2. — С. 57-63.
- Серов В. Н., Твердикова М. А., Тютюнник В. Л. Клиника, диагностика и лечение урогенитального кандидоза. // Фарматека. — 2004. — № 15 (92). — С. 28-32.
- Дмитриев Г. А. Урогенитальная хламидийная инфекция. Подходы к диагностике и терапии. // Инфекции, передаваемые половым путем. — 2002. — № 2. — С. 21-24.
- Применение Дерината в гинекологии: Посobie для практикующих врачей / Под ред. Н. М. Сидорова. — М.-Тверь: ООО «Издательство «Трида», 2009. — 72 с.
- Пыцкий В. И. Механизмы возникновения и развития бронхиальной астмы и основные принципы их лечения. — М.: «Фармарус Принт Медиа», 2008. — С. 46-47.
- Казачкова Э. А., Казачков Е. Л., Каточкова И. М. Хронический цервицит: этиология, патогенетические аспекты, диагностика и лечение в современных условиях. Методические рекомендации. — 2004. — 20 с.
- Макаров К. Ю., Карболина Ж. Н. Патогенетическое обоснование применения препарата Деринат у пациенток с хроническим неспецифическим цервицитом. Сборн. тезис. и докл. XVI Росс. нац. конгр. «Человек и лекарство». Российские лекарственные препараты на основе ДНК — медицина завтрашнего дня. — М.-Тверь: ООО «Издательство «Трида», 2009. — С. 44-46.
- Кульмухаметова Н. Г., Ибрагимова Г. Я. Комбинированное лечение хронических кандидозных вульвовагинитов с включением Дерината. Сборник материалов XVII Росс. нац. конгр. «Человек и лекарство» (тезисы докладов). — М., 2010.
- Макаров К. Ю. Патогенетическое обоснование применения иммунокоррекции препаратом Деринат в комплексной программе лечения воспалительных заболеваний женских половых органов. Сборн. тезис. и докл. XVI Росс. нац. конгр. «Человек и лекарство». Российские лекарственные препараты на основе ДНК — медицина завтрашнего дня. — М.-Тверь: ООО «Издательство «Трида», 2009. — С. 38-43.



Деринат в комплексном лечении хронического цервицита

Значительную долю воспалительных заболеваний женских половых органов составляют воспалительные процессы шейки матки — эндо- и экзоцервициты [1, 2, 3]. Хронические цервициты часто ассоциированы с хроническими эндометритом, хроническим сальпингитом, воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ), приводят к бесплодию, нарушению течения беременности и родов, инфицированию ребенка, послеродовым заболеваниям.

Одним из наиболее сложных на сегодняшний день остается вопрос эффективности терапии урогенитальных инфекций. Многочисленные исследования посвящены разработке схем и методик применения тех или иных антимикробных препаратов. Предпринимаются попытки оптимизировать терапию с помощью иммуномодуляторов, ферментных и других лекарственных средств [2, 3, 8, 10].

Особенностью хронического цервицита является то, что причинного фактора, например, гонококков, хламидий и других факультативно-анаэробных бактерий уже не обнаруживается, а на первое место выступает воспалительная реакция измененных тканей шейки матки. Этиотропная антибиотикотерапия хронического цервицита в этом случае не только не дает клинического эффекта излечения, а наоборот, приводит к появлению неблагоприятных симптомов, таких, как зуд, выделения из гениталий, рези при мочеиспускании, вздутие живота, отрыжка, изжога и многих симптомов, не относящихся к хроническому цервициту. При длительном течении хронического цервицита уреа- и/или микоплазменной этиологии, микст-инфекции, наличии в анамнезе неудачных попыток лечения одним-двумя курсами антибактериальных препаратов целесообразно включение в состав комплексной терапии иммуномодулирующих препаратов после предварительной оценки интерфероновидного статуса с определением чувствительности интерферонпродуцирующих клеток к ним [2, 3, 5, 8, 10].

Терапия инфекции, передаваемых половым путем, должна быть комплексной, а применяемые препараты — обладать широким спектром действия. Лечение без коррекции иммунных нарушений является малоэффективным или недостаточно эффективным, особенно при хронической или рецидивирующей инфекции.

Для лечения больных в стандартную схему включали современный отечественный иммуномодулятор и репаративный препарат Деринат — дезоксирибонуклеат-На природного происхождения (ЗАО «ФП «Техномедсервис», Россия), который успешно используется в клинической практике для лечения вирусных и бактериальных инфекций. В ходе многочисленных экспериментальных и клинико-лабораторных исследований доказано отсутствие мутагенного, тератогенного, эмбриотоксического, канцерогенного действия, аллергизирующих свойств, цитогенетических эффектов; выявлено его умеренное антимутагенное действие [2, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. Препарат обладает мультифакторными механизмами: оказывает иммунорегулирующий и иммуномодулирующий эффекты, противовоспалительное, репаративное и цитопротективное действие [8, 10].

Для лечения больных в стандартную схему включали:

1. Дерината раствор 15 мг/мл по 5 мл в/м через 48 часов, на курс 10 инъекций.

2. Раствор Дерината 0,25% внутрицервикальные орошения стерильного по 2 мл 2 раза в неделю N 10.

3. Раствор Дерината 0,25% влажалошные тампоны (2-5 мл на тампон) 2 раза в неделю одновременно с внутрицервикальными орошениями.

При наличии деформаций шейки матки — большими разрывами, КРЖ (кистозно-расширенными железами), лечение Деринатом начиналось с первого приема (после забора материала на исследование: ма-

зок на микрофлору, ПЦР, цитологию и др.) и продолжалось в течение всего времени лечения шейки: удаление КРЖ, восстановление целостности шейки, устранение эктопий методами криолечения, радиоволновым методом, хирургическими приемами.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением было 677 женщин в возрасте от 19 до 57 лет с установленным диагнозом хронического цервицита. Обследованные случайным образом разделены на 3 группы:

1-я группа (основная) — 407 женщин, пролеченных с использованием препарата Деринат р-р 15 мг/мл по 5 мл в/м через 48 часов N 10; инсталляций 0,25% р-ра по 2,5-5 мл в цервикальный канал и в тампонах Деринат 0,25% по 2,5-5 мл в те же дни, в которые проводились инъекции и гинекологические обработки: вскрытие КРЖ, удаление папиллом крио и радиоволновым методами, хирургическое восстановление целостности шейки матки и др. процедуры.

2-я группа (контрольная) — 234 женщины, продолжившие традиционное лечение (антибиотикотерапия, в том числе противогрибковая, общеукрепляющая, десенсебилизирующая и т.д.) без применения Дерината.

3-я группа (плацебо) — 36 женщин отказались от какого-либо лечения.

Участники исследования — женщины трудоспособного возраста с анамнезом хронического цервицита от 1 до 30 лет, с явлениями выделений слабой, средней и высокой степени тяжести.

Критерием отбора женщин в группах с хроническим цервицитом служило наличие лейкоцитов в мазке не менее 10 в поле зрения.

Среднее количество лейкоцитов в мазках из цервикального канала в группах составило 27,3±9,4, а среднее число лейкоцитов в крови обследованных женщин было 4,2±1,37, что свидетельствовало о значительной интоксикации, вызванной различными факторами, в т.ч. антибиотиками и другими медикаментами.

Распределение больных по возрасту представлено в таблице 1, по длительности анамнеза хронического цервицита — в таблице 2.

Таблица 1.

Распределение больных по возрасту

| Возраст (лет) | Основная группа (n=407) | Контрольная группа (n=234) | Плацебо (n=36) |
|---------------|-------------------------|----------------------------|----------------|
| 19-20 | 54 (13,3%) | 37 (15,8%) | 4 (11,1%) |
| 21-30 | 202 (49,6%) | 14 (5,98%) | 7 (19,4%) |
| 31-40 | 62 (15,2%) | 40 (17,1%) | 21 (58,3%) |
| 41-50 | 68 (16,7%) | 101 (43,2%) | 3 (8,3%) |
| 51-57 | 21 (5,1%) | 52 (22,2%) | 1 (2,7%) |

Таблица 2.

Распределение больных по длительности анамнеза

| Длительность анамнеза (лет) | Основная группа (n=407) | Контрольная группа (n=234) | Плацебо (n=36) |
|-----------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------|
| От 1 до 3 лет | 69 | 167 | 19 |
| От 3 до 5 лет | 211 | 38 | 15 |
| От 5 лет и более | 127 | 29 | 2 |

Таблица 3.

Распределение больных по наличию сопутствующих заболеваний

| Формы заболевания | Основная группа (n=407) | Контрольная группа (n=234) | Плацебо (n=36) |
|--------------------------------|-------------------------|----------------------------|----------------|
| Спаечный процесс в малом тазу | 343 | 171 | 21 |
| Хронический кольпит | 394 | 201 | 27 |
| Нарушение менструального цикла | 341 | 156 | 9 |
| Бесплодие первичное | 17 | 13 | 4 |
| Бесплодие вторичное | 67 | 43 | 5 |
| Эктопия шейки матки | 211 | 94 | 8 |
| Хронический эндометрит | 314 | 176 | 15 |
| Эндометриоз | 73 | 47 | 12 |
| Миома матки | 114 | 62 | 4 |

Во всех группах женщины страдали соматическими заболеваниями (хр. пиелонефритом, дисбактериозами, хр. циститами, хр. колитами, геморроем и др.).

У больных хроническим цервицитом были характерные жалобы на выделение из половых путей слизисто-гнойного характера и гнояного характера: зуд, жжение в области вульвы, боли внизу живота.

В анамнезе неоднократное посещение врача-гинеколога, проведение гинекологического обследования, выявление заболеваний соматических и гинекологических, лечение, оценка бактериологических, бактериоскопических, ПЦР, цитологических, кольпоскопических, гистологических методов исследования.

Таблица 4.

Распределение больных основной группы по количеству проведенных курсов лечения с использованием Дерината в зависимости от тяжести течения

| Степень тяжести хр. цервицита (n=407) | 1 курс лечения Деринатом (n=229) | 2 курса лечения Деринатом (n=143) | 3 курса лечения Деринатом (n=35) |
|---------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 1-я степень (n=201) | 173 | 25 | 3 |
| 2-я степень (n=184) | 53 | 111 | 20 |
| 3-я степень (n=22) | 3 | 7 | 12 |

Оценка результатов лечения осуществлялась через 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 1 год. 3-я группа пациентов (плацебо) вызвана для осмотра через 1 год.

Результаты и обсуждение

В ходе лечения в обеих группах отмечалось уменьшение признаков выделений слизисто-гнойного и гнояного характера. В основной группе больных исчезли жалобы на зуд, жжение в области вульвы уже после 1-го курса лечения в комплексе с Деринатом.

В контрольной группе число и интенсивность этих жалоб прибавлялось ввиду появления и увеличения числа очагов папилломавирусной инфекции, грибковых заболеваний, признаков дисбактериоза кишечника и гениталий, герпетических высыпаний.

В основной группе необходимость повторных курсов возникла ввиду продолжения лечения по поводу миомы и шейки матки, удаления эктопических очагов эндометриоза, кистовидно-расширенных желез шейки матки, удаление папиллоидоза шейки матки, стенок влагалища, необходимости хирургического лечения деформаций шейки матки и влагалища.

Таким образом, во время проведения данного клинического наблюдения было установлено:

1. Препарат Деринат обладает хорошей переносимостью, как при в/м введении, так и при инсталляции в цервикальный канал у женщин, страдающих хроническим цервицитом.

2. Препарат Деринат применяемый по вышеуказанным схемам в комплексном лечении хронического цервицита, показал высокую эффективность терапии.

3. В группе пациенток, получавших препарат Деринат как местно, так и внутримышечно, не было отмечено каких-либо проявлений непереносимости или аллергических реакций.

Высокая клиническая эффективность препарата Деринат, обладающего репаративным и иммуномодулирующим действием, направленных на восстановление основных звеньев иммунитета и нормализации репаративных процессов, подтвержденная в значительном числе исследований, позволяет рекомендовать его для широкого применения в комплексной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний половых органов у женщин [2, 5, 7, 8, 9, 10].

Н. М. СИДОРОВ¹, О. Н. НАЗАРОВА¹,
О. А. ПАЕВСКАЯ², О. В. КАШАЕВА³,
О. В. КРАСЮК³.

¹Медицинский центр «Орис»,
²Первый МГМУ им. И. М. Сеченова,
³МГМСУ, Москва.



Литература

1. Твердикова М. А., Тютюнник В. Л. Основные принципы терапии инфекций, передаваемых половым путем. // Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13, № 7 (231). — С.494-496.

2. Серов В. Н., Тютюнник В. Л., Твердикова М. А., Павлович С. В. Иммунная и репаративная терапия в комплексном лечении инфекционно-воспалительных заболеваний гениталий у женщин. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2010. — Т. 9, № 2. — С. 57-63.

3. Серов В. Н., Твердикова М. А., Тютюнник В. Л. Клиника, диагностика и лечение урогенитального кандидоза. // Фарматека. — 2004. — № 15 (92). — С. 28-32.

4. Дмитриев Г. А. Урогенитальная хламидийная инфекция. Подходы к диагностике и терапии. // Инфекции, передаваемые половым путем. — 2002. — № 2. — С. 21-24.

5. Применение Дерината в гинекологии: Пособие для практикующих врачей / Под ред. Н. М. Сидорова. — М.-Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2009. — 72 с.

6. Пыцкий В. И. Механизмы возникновения и развития бронхиальной астмы и основные принципы их лечения. — М.: «Фармарус Принт Медиа», 2008. — С. 46-47.

7. Казачкова Э. А., Казачков Е. Л., Казачкова И. М. Хронический цервицит: этиология, патогенетические аспекты, диагностика и лечение в современных условиях. Методические рекомендации. — 2004. — 20 с.

8. Макаров К. Ю., Карболина Ж. Н. Патогенетическое обоснование применения препарата Деринат у пациенток с хроническим неспецифическим цервицитом. Сборн. тезис. и докл. XVI Росс. нац. конгр. «Человек и лекарство». Российские лекарственные препараты на основе ДНК — медицина завтрашнего дня. — М.-Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2009. — С. 44-46.

9. Кульмухаметова Н. Г., Ибрагимова Г. Я. Комбинированное лечение хронических кандидозных вульвовагинитов с включением Дерината. Сборник материалов XVII Росс. нац. конгр. «Человек и лекарство» (тезисы докладов). — М., 2010.

10. Макаров К. Ю. Патогенетическое обоснование применения иммунокоррекции препаратом Деринат в комплексной программе лечения воспалительных заболеваний женских половых органов. Сборн. тезис. и докл. XVI Росс. нац. конгр. «Человек и лекарство». Российские лекарственные препараты на основе ДНК — медицина завтрашнего дня. — М.-Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2009. — С. 38-43.