

Hi+Med

Высокие технологии в медицине

www.himedtech.ru

Выпуск № 1 (92) 2026

Особенности ведения
пациенток с эндометриозом
и аномальными маточными
кровотечениями





Особенности ведения пациенток с эндометриозом и аномальными маточными кровотечениями

22–23 января 2026 г. в Москве в ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. акад. В.И. Кулакова» (НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова) прошел XX Международный конгресс по репродуктивной медицине «Эндометриоз. Искусственный интеллект в гинекологии» с курсом лапароскопии и гистероскопии. Большой интерес вызвало пленарное заседание «Пути решения репродуктивных и гинекологических проблем: хирургия и не только».

С докладом «Патогенетическая терапия аномальных маточных кровотечений (АМК) у женщин с избыточной массой тела и ожирением» выступила С.В. Юренева, д.м.н., профессор, заместитель директора Института онкогинекологии и маммологии НМИЦ АГП им. В.И. Кулакова Минздрава России. Она напомнила, что распространенность АМК связана с возрастом и индексом массы тела (ИМТ), проблема встречается у 30% женщин репродуктивного возраста, у 70% в пери-



С.В. Юренева

менопаузе [1]. «При абдоминальном ожирении, окружности талии больше 88 см у пациентки выше риск развития АМК и онкологических заболеваний репродуктивной системы, особенно рака эндометрия (РЭ)», – отметила эксперт. При наличии избыточного веса вероятность развития АМК составляет 66,7%, при ожирении I степени – до 83,3%, при ожирении II, III степени – до 100% [2].

С.В. Юренева представила классификацию PALM-COEIN, разработанную Международной федерацией акуше-

ров-гинекологов, согласно которой причины АМК у небеременных женщин делятся на структурные и функциональные [3]. К первой категории относятся: полип, аденомиоз, лейомиома, опухоль или гиперплазия эндометрия (ГЭ). Ко второй – коагулопатия, овulatoryная, эндометриальная, ятрогенная и неуточненная дисфункции. У женщин с ожирением встречаются как структурные, так и неструктурные нарушения, выше риск АМК, синдрома поликистозных яичников (СПЯ), а чем старше женщина, тем выше риск ГЭ, РЭ, миомы матки [4].

Докладчик отметила, что ожирение запускает патогенетические процессы: хроническое вялотекущее воспаление, изменение экспрессии генов, синтез провоспалительных молекул, окислительный стресс, нарушение регуляции гипоталамо-гипофизарно-яичниковой оси. Происходит стимуляция пролиферации в эндо- и миометрии, что приводит к нарушению менструального цикла, ановуляции, АМК [5].

Крупномасштабные исследования и метаанализы доказали связь РЭ

с высоким ИМТ и ожирением [6–9]. Среди факторов риска РЭ у женщин, получающих менопаузальную гормональную терапию (МГТ), наиболее значимые: ИМТ >40 кг/м², генетическая предрасположенность, прием только эстрогенов более 6 мес. у женщин с сохраненной маткой, синтетических гестагенов – более 12 мес. (от 10 дней в месяц) или МП менее 12 дней в месяц в рамках циклического режима [10].

Алгоритм обследования пациенток с АМК включает: сбор анамнеза и физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования: УЗИ органов малого таза, МРТ, биопсия эндометрия, гистероскопия с отдельным диагностическим выскабливанием [11].

Лечение АМК назначается в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями, алгоритм представлен на рисунке 1. Профессор С.В. Юренева отметила, что «женщинам с избыточной массой тела и ожирением гораздо чаще требуется визуализация эндометрия, гистероскопия, отдельное диагностиче-

ское выскабливание. Тактика лечения зависит от планов женщины. Если ей необходимо реализовать репродуктивную функцию, назначается консервативная терапия с постоянным мониторингом».

Пациенткам с миомой матки и АМК рекомендованы:

- транексамовая кислота 3–4 г/сут до 4 дней;
- НПВП;
- прогестагены (кроме субмукозной миомы матки) – с 5-го по 25-й день менструального цикла (эффективность 30–50%);
- установка левоноргестрел-высвобождающей внутриматочной системы (ЛНГ-ВМС) 52 мг;
- комбинированные оральные контрацептивы (КОК) – для пациенток, нуждающихся в контрацепции;
- агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона (аГнРГ) – применение ограничено 6 мес., далее с add-back терапией;
- антигестагены, мифепристон (кроме субмукозной миомы) – 50 мг/сут в течение 3 мес. [12–14].

Пациенткам с полипом эндометрия и АМК медикаментозная терапия не рекомендована. При аденомиозе и АМК назначаются:

- транексамовая кислота 3–4 г/сут до 4 дней;
- НПВП;
- прогестагены в непрерывном режиме, предпочтительно – ЛНГ-ВМС 52 мг;
- КОК – для пациенток, нуждающихся в контрацепции;
- аГнРГ – предпочтительно при распространенной форме аденомиоза или после хирургического лечения [12–14].

При АМК на фоне ГЭ первоочередной задачей является купирование кровотечения, профилактика рецидивов ГЭ и развития РЭ. Выбор тактики лечения зависит от патологоанатомического заключения, возраста пациентки, ее репродуктивных планов, наличия факторов риска РЭ и сопутствующей патологии. Пациенткам без атипичии рекомендованы: ВМС-ЛНГ, прогестагены, аГнРГ. В случае отсутствия эффективности – хирургическое лечение [15]. Пациенткам с ати-

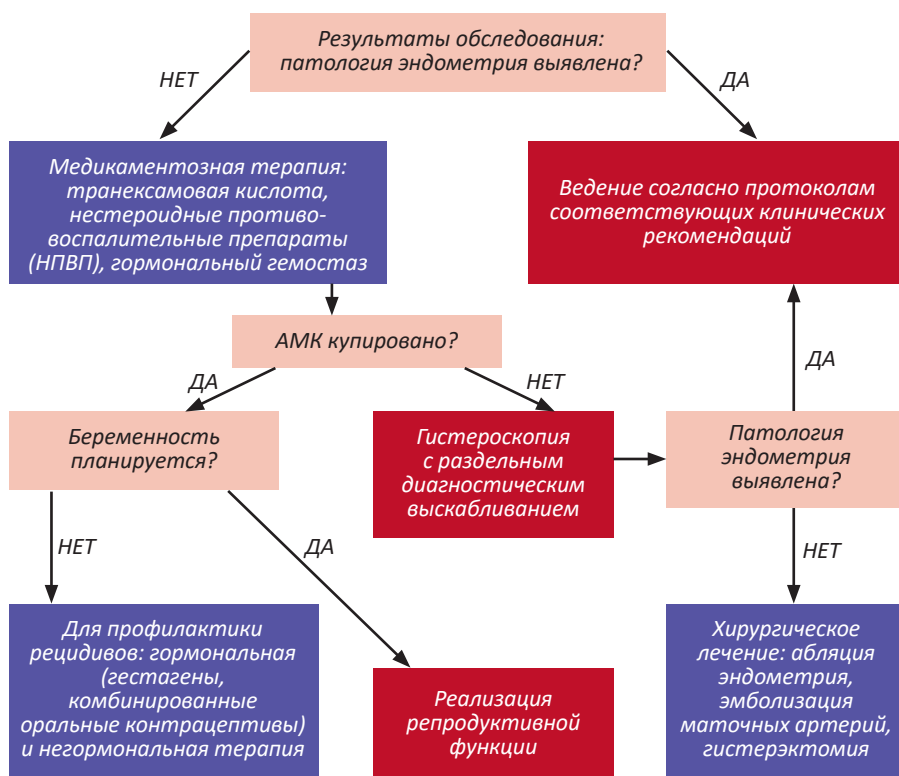


Рис. 1. Алгоритм лечения пациенток с АМК

пией проводится гистерэктомия, по возможности с лапароскопическим доступом. Но при наличии репродуктивных планов и отказе от гистерэктомии возможно консервативное ведение (ВМС-ЛНГ) с обязательной биопсией эндометрия каждые 3 мес. и уточнением дальнейшей тактики ведения, а после рождения ребенка – гистерэктомия [15].

«Среди гормональных препаратов предпочтение отдается гестагенам – они наиболее эффективны и безопасны», – подчеркнула эксперт. Дидрогестерон может быть назначен в соответствии с показаниями в общей характеристике лекарственного препарата и клиническими рекомендациями Минздрава России «Аномальные маточные кровотечения» 2024 г. Эффективность 21-дневной схемы приема пероральных гестагенов в пролонгированном циклическом режиме для снижения менструальной кровопотери сопоставима с эффективностью приема КОК [11]. Для остановки дисфункциональных маточных кровотечений Дидроменс® назначается по 10 мг 2 р/сут в течение 5–7 дней, для их



М.Р. Думановская

предупреждения – та же дозировка с 11-го по 25-й день цикла.

Доказано, что Дидроменс® является биоэквивалентным оригинальному лекарственному препарату дидрогестерона Дюфастон® и обладает сопоставимым профилем безопасности [16]. Исследователи зафиксировали нежелательные явления у 40% получавших Дидроменс® и 51,4% – Дюфастон®. Серьезных нежелательных явлений в обеих группах не было [16].

Далее доклад «Тактика ведения аномальных маточных кровоте-

ний в позднем репродуктивном возрасте» представила М.Р. Думановская, к.м.н., старший научный сотрудник отделения гинекологической эндокринологии НИИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова» Минздрава России, член исполнительного комитета Российского общества специалистов по гинекологической эндокринологии и менопаузе. Она напомнила, что АМК могут развиваться в любом возрасте: и у девочек, и у девушек, и у женщин. Это симптом аденомиоза, миомы матки, овуляторной дисфункции, полипа или ГЭ, овуляторной дисфункции.

М.Р. Думановская рассказала, что «в период менопаузального перехода происходит колебание уровней половых гормонов, формируется дефицит эстрогенов, высока частота аномальных маточных кровотечений, связанных с овуляторной дисфункцией». Поэтому в российских клинических рекомендациях «Менопауза и климактерическое состояние у женщин» 2025 г. указано назначение прогестагенов женщинам для профилактики гиперпластических процессов эндо-



метрия и регуляции менструального цикла [17].

Среди препаратов для лечения АМК М.Р. Думановская выделила прогестагены, назначаемые в пролонгированном циклическом режиме, – они хорошо переносятся, не влияют на другие органы и системы [11]. «Дидрогестерон не взаимодействует с эстрогеновыми, андрогеновыми, минералокортикоидными и глюкокортикоидными рецепторами, не влияет на костную и мышечную массу, метаболизм жиров и углеводов», – подчеркнула эксперт.

При выявлении полипа эндометрия (цервикального канала) необходимо удалить его и снизить вероятность рецидива [18]. В мае 2025 г. на российском рынке зарегистрирован Дидроменс® (дидрогестерон 10 мг) российской компании «Биофарм Групп», биоэквивалентный оригинальному препарату и имеющий сопоставимый профиль переносимости и безопасности [16].

«Прием дидрогестерона способствует нормализации и поддержанию регулярного цикла, купирует мен-



Л.В. Адамян

струальную боль и снижает уровень тревоги, уменьшает обильность менструальных кровотечений и повышает качество жизни пациенток. Эффективность и безопасность препарата доказаны в международных исследованиях, поэтому он включен во все российские клинические рекомендации по лечению нарушения менструального цикла», – заключила М.Р. Думановская.

В ходе дискуссии профессор С.В. Юренева отметила, что ожирение развивается у женщин всех воз-

растов, поэтому профилактика АМК и гиперпластических процессов – это, прежде всего, контроль веса. Также она добавила, что в молодом возрасте ожирение часто сопровождается РЭ. «Поскольку у этой категории больных ожирение является коморбидным процессом, мы крайне ограничены в выборе лекарственных препаратов. С точки зрения эффективности и безопасности оптимальным выбором являются гестагены. У гестагенов не всегда есть прямые показания в инструкции по применению, необходимо ориентироваться на клинические рекомендации. «Женщинам с ожирением необходимо назначать метаболически нейтральные пероральные гестагены, например, дидрогестерон», – отметила профессор Юренева.

Академик Л.В. Адамян добавила, что «в текущей ситуации, когда оригинальный препарат дидрогестерона может в любой момент уйти с российского рынка, препаратом выбора для женщин с ожирением и гиперпластическими процессами в эндометрии является Дидроменс® с доказан-



ной биоэквивалентностью и безопасностью».

М.Р. Думановской поступил уточняющий вопрос о схеме лечения пациенток позднего репродуктивного возраста. Она отметила, что «назначать дидрогестерон для регуляции цикла нужно с 16-го по 25-й день, если необходимо уменьшить объем менструальной кровопотери – на 5-й – 25-й день, для лечения гиперплазии эндометрия – с 5-го по 25-й день цикла».

После дискуссии М.И. Ярмолинская, д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, заведующая отделом гинекологии и эндокринологии ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта» (Санкт-Петербург), представила доклад «Выбор клинических решений в лечении эндометриоза на основе научного анализа эффективности и безопасности гормональной терапии». Она процитировала российские клинические рекомендации по лечению эндометриоза:



М.И. Ярмолинская

за: «В качестве терапии первой линии рекомендована монотерапия прогестагенами» [14].

Спикер подготовила систематический обзор эффективности и безопасности диеногеста в терапии эндометриоза на основании 49 наблюдательных исследований. Они подтвердили эффективность препарата в снижении всех видов эндометриоз-ассоциированной боли: при дисменорее, тазовой боли, диспареунии, дисхезии, дизурии [19–21]. Анализ показал, что диеногест улучшает физическое и

эмоциональное состояние, социальное функционирование женщин.

В исследовании ENVISION с участием 887 женщин после приема диеногеста выраженность тазовой боли по цифровой рейтинговой шкале снизилась на $4,6 \pm 3$ балла. А качество жизни по данным опросника EHP-30 через 6 и 24 мес. лечения улучшилось на $28,9 \pm 27,5$ и $34 \pm 28,4$ балла [21]. Большинство пациентов и врачей остались довольны лечением. Более 80% пациенток с эндометриозом отметили снижение выраженности симптомов [21].

На фоне терапии диеногестом отмечается уменьшение размеров эндометриозных очагов и снижение риска рецидивов и повторных оперативных вмешательств. В исследовании Ota Y. и соавт. с включением 568 пациенток рецидивы наблюдались через 5 лет у 4% в группе диеногеста и 69% в группе без лечения [22]. В исследовании Seo Y.S. и соавт. с участием 19 470 пациенток частота повторных операций составила 0,4% в группе диеногеста и 0,6% в контрольной группе [23].



На фоне лечения диеногестом в ряде исследований отмечалось влияние на минеральную плотность ткани (МПК), но оно не превышало 4,6% [22, 24, 25]. Наиболее частыми нежелательными явлениями на фоне терапии были АМК: они возникали в первые месяцы лечения (от 3,2% до 71% в различных исследованиях), но затем снижались [24–27]. В большинстве случаев АМК не приводили к прекращению терапии [24, 25, 27].

Докладчик поделилась опытом назначения диеногеста в дозе 2 мг своим 937 пациенткам с наружным генитальным эндометриозом [28]. Через $29,5 \pm 8,2$ мес. дисменорея снизилась на 89%, диспареуния – на 81,6%, тазовая боль – на 85,8%, дисшизия – на 98,9%, дизурия – на 99,3%. Беременность наступила у 33,8% женщин, страдающих бесплодием [28].

Есть данные о влиянии наружного генитального эндометриоза на осложнения течения беременности: задержку роста плода, преждевременные роды, преэклампсию, а также родоразрешение путем операции кесарева сечения [29].

Эксперт обосновала, что применение гормономодулирующей терапии (диеногест 2 мг) у больных с наружным генитальным эндометриозом на этапе прегравидарной подготовки достоверно снижает частоту осложнений беременности и улучшает исход родов [30]. На фоне лечения риски преэклампсии снизились в 5 раз, преждевременных родов – в 2,7 раза, задержки роста плода – в 4,19 раза, рождения с низкой оценкой по шкале Алгар – в 2,4 раза [30]. Частота оперативного родоразрешения у пациенток, получивших на этапе прегравидарной подготовки гормономодулирующую терапию, была достоверно ниже и составила 32,8% [30].

М.И. Ярмолинская отметила, что «диеногест эффективен для контроля боли и улучшения качества жизни пациенток с эндометриозом. Препарат может быть рекомендован для длительной терапии, он хорошо переносится и минимально влияет на костную ткань, снижает риск рецидивов».

В декабре 2024 г. российская компания «Биннофарм Групп» зарегистрировала новый препарат диено-

геста – Норметрилла. Он производится в соответствии со стандартами GMP. Проведенные исследования подтверждают биоэквивалентность препарата оригинальному референсному средству и сопоставимый профиль безопасности [16]. Под руководством Л.В. Адамян проводится многоцентровое российское исследование по оценке препарата Норметрилла. «Это доступная долгосрочная терапия по сравнению с другими препаратами диеногеста», – отметила эксперт.

Кроме прочего, Норметрилла – это микронизированный диеногест. Микронизация (уменьшение размера частиц лекарственного вещества до микро- или субмикронного диапазона) способствует повышению скорости всасывания, а значит – биодоступности и терапевтической эффективности препарата. Этот подход широко применяется в фармацевтике.

Норметрилла способствует эффективному купированию болевого синдрома при эндометриозе, в том числе при долговременной терапии, после или в отсутствие операции. Он может



применяться длительно за счет хорошей переносимости, доказанной в многочисленных международных исследованиях. Диеногест снижает количество рецидивов и повторных операций, может назначаться девушкам-подросткам с 12 лет при наличии менархе.

ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ

- Kaur S.B., Singh S., Singh A. Correlation of body mass index with endometrial pathology in perimenopausal women with AUB: A Prospective Study. *J Midlife Health*. 2025;16(1):19–25.
- Jain V., Chodankar R.R., Maybin J.A., Critchley H.O.D. Uterine bleeding: how understanding endometrial physiology underpins menstrual health. *Nat Rev Endocrinol*. 2022;18(5):290–308.
- Munro M.G., Critchley H.O., Broder M.S., Fraser I.S.; FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;113(1):3–13.
- Jain V., Munro M.G., Critchley H.O.D. Contemporary evaluation of women and girls with abnormal uterine bleeding: FIGO Systems 1 and 2. *Int J Gynaecol Obstet*. 2023;162(2):29–42.
- Šišljagić D., Blažetić S., Heffer M., Vranješ Delač M., Muller A. The interplay of uterine health and obesity: a comprehensive review. *Biomedicines*. 2024;12(12):2801.
- Reeves G.K., Pirie K., Beral V., Green J., Spencer E., Bull D.; Million Women Study Collaboration. Cancer incidence and mortality in relation to body mass index in the Million Women Study: cohort study. *BMJ*. 2007;335(7630):1134.
- Renahan A.G., Tyson M., Egger M., Heller R.F., Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet*. 2008;371(9612):569–578.
- Calle E.E., Rodriguez C., Walker-Thurmond K., Thun M.J. Overweight, obesity, and mortality from cancer in a prospectively studied cohort of U.S. adults. *N Engl J Med*. 2003;348(17):1625–1638.
- Venkatesh S.S., Ferreira T., Benonisdottir S., Rahmioglu N., Becker C.M., Granne I., Zondervan K.T., Holmes M.V., Lindgren C.M., Wittemans L.B.L. Obesity and risk of female reproductive conditions: A Mendelian randomisation study. *PLoS Med*. 2022;19(2):e1003679.
- Manley K., Hillard T., Clark J., Kumar G., Morrison J., Hamoda H., Barber K., Holloway D., Middleton B., Oyston M., Pickering M., Sassarini J., Williams N. Management of unscheduled bleeding on HRT: A joint guideline on behalf of the British Menopause Society, Royal College Obstetricians and Gynaecologists, British Gynaecological Cancer Society, British Society for Gynaecological Endoscopy, Faculty of Sexual and Reproductive Health, Royal College of General Practitioners and Getting it Right First Time. *Post Reprod Health*. 2024;30(2):95–116.
- Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ «Аномальные маточные кровотечения», 2024.
- Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ «Миома матки», 2024.
- Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ «Полипы эндометрия», 2023.
- Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ «Эндометриоз», 2024.
- Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ «Гиперплазия эндометрия», 2021.
- Резюме клинических исследований препарата Дидроменс® от 19.06.2024.
- Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ «Менопауза и климактерическое состояние у женщин», 2025.
- Bougie O., Randle E., Thurston J., Magee B., Warshafsky C., Rittenberg D. Guideline No. 447: Diagnosis and Management of Endometrial Polyps. *J Obstet Gynaecol Can*. 2024;46(3):102402.
- Ярмолинская М.И., Петросян М.А., Флорова М.С., Молотков А.С., Денисова А.С., Сулова Е.В., Тхазаплизева С.Ш. Сравнительная оценка эффективности перспективных препаратов для таргетной терапии эндометриоза на основании экспериментальной модели заболевания. *Гинекология*. 2018;20(5):46–51.
- Cho B., Roh J.W., Park J., Jeong K., Kim T.H., Kim Y.S., Kwon Y.S., Cho C.H., Park S.H., Kim S.H. Safety and Effectiveness of Dienogest (Visanne®) for Treatment of Endometriosis: A Large Prospective Cohort Study. *Reprod Sci*. 2020;27(3):905–915.
- Techatraisak K., Hestiantoro A., Soon R., Banal-Silao M.J., Kim M.R., Seong S.J., Hidayat S.T., Cai L., Shin S., Lee B.S. Impact of long-term dienogest therapy on quality of life in asian women with endometriosis: the prospective non-interventional study ENVISIO-eN. *Reprod Sci*. 2022;29(4):1157–1169.
- Ota Y., Andou M., Yanai S., Nakajima S., Fukuda M., Takano M. Long-term administration of dienogest reduces recurrence after excision of endometrioma. *J Endometr*. 2015;7(2):63–67.
- Seo Y.S., Yuk J.S., Cho Y.K. Dienogest and the risk of reoperation in endometriosis. *J Pers Med*. 2021;11(9):924.
- Momoeda M., Harada T., Terakawa N., Aso T., Fukunaga M., Hagino H., Taketani Y. Long-term use of dienogest for the treatment of endometriosis. *J Obstet Gynaecol Res*. 2009;35(6):1069–1076.
- Takagi H., Takata E., Sakamoto J., Fujita S., Takakura M., Sasagawa T. Malignant Transformation of an Ovarian Endometrioma during Endometriosis Treatment: A Case Report. *Case Rep Obstet Gynecol*. 2018;2018:6210172.
- Piacenti I., Viscardi M.F., Masciullo L., Sanguiliano C., Scaramuzzino S., Piccioni M.G., Muzii L., Benedetti Panici P., Porpora M.G. Dienogest versus continuous oral levonorgestrel/EE in patients with endometriosis: what's the best choice? *Gynecol Endocrinol*. 2021;37(5):471–475.
- Lee H.J., Yoon S.H., Lee J.H., Chung Y.J., Park S.Y., Kim S.W., Hong Y.H., Kim S.E., Kim Y., Chun S., Na Y.J. Clinical evaluation and management of endometriosis: 2024 guideline for Korean patients from the Korean Society of Endometriosis. *Obstet Gynecol Sci*. 2025;68(1):43–58.
- Ярмолинская М.И., Флорова М.С. Возможности терапии диеногестом 2 мг у больных наружным генитальным эндометриозом. *Проблемы репродукции*. 2017;23(1):70–79.
- Сейидова Ч.И., Ярмолинская М.И. Влияние гормономодулирующей терапии на этапе прегравидарной подготовки на течение беременности и родов у пациенток с наружным генитальным эндометриозом в анамнезе. *Журнал акушерства и женских болезней*. 2023;72(6):105–114.
- Ярмолинская М.И., Сейидова Ч.И. Оценка эффективности применения диеногеста на этапе прегравидарной подготовки на течение беременности и исход родов у пациенток с эндометриозом. *Проблемы репродукции*. 2024;30(5):118–125.

Благополучие каждой женщины

Новые решения в гинекологии от «Биннофарм групп»

Диеногест

«Норметрилла»



июнь 2025

Дидрогестерон

«Дидроменс®»



сентябрь 2025

Дезогестрел

«Дезерия®»



ноябрь 2025

Аммония глицирризинат

«Гинокейр®»



ноябрь 2025

Хлормадион + Этинилэстрадиол

«Хлорэтта®»



март 2026

M-M-NOR-2025_07-504. Реклама.

Норметрилла ПУ ЛП-№(O08252)-(PГ-RU) от 24.12.2024. Краткая инструкция по препарату Норметрилла ПУ ЛП-№(O08252)-(PГ-RU) от 24.12.2024, ссылка: https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=cab561c0-69fe-4397-9e54-ab89fd64dbf1.

Дезерия® ПУ ЛП-№(O08669)-(PГ-RU) от 03.02.2025. Краткая инструкция по препарату Дезерия® ПУ ЛП-№(O08669)-(PГ-RU) от 03.02.2025, ссылка: https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=ba0d4387-3e19-4308-a49a-7cd9d54ef6b1.

Дидроменс® ПУ ЛП-№(O10053)-(PГ-RU) от 06.05.2025. Краткая инструкция по препарату Дидроменс® ПУ ЛП-№(O10053)-(PГ-RU) от 06.05.2025, ссылка: https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=93075059-4d63-4894-87ab-ddf55de06537.

Хлорэтта® ПУ ЛП-№(O10261)-(PГ-RU) от 21.05.2025, ссылка: https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=4661bb1c-1169-4d9e-b5f5-4c127281634c. Гинокейр® ПУ ЛП-№(O10860)-(PГ-RU) от 08.07.2025, ссылка: https://grls.minzdrav.gov.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=4661bb1c-1169-4d9e-b5f5-4c127281634c. Материал выпущен при поддержке компании ООО «Биннофарм Групп». Адрес местонахождения: РФ, 115114, Москва, ул. Кожевническая, д. 14, стр. 5. Контакты для обращения: +7 (495) 646-28-68, infobf@binnopharmgroup.ru.



МАТЕРИАЛ ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ