

Н. В. Авраменко

## Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин как ведущий фактор формирования трубно-перитонеального бесплодия

Запорожский государственный медицинский университет

**Ключевые слова:** воспалительные заболевания тазовых органов, инфекции, передающиеся половым путем, бесплодие, диагностика, терапия.

Воспалительные заболевания органов малого таза занимают ведущее место среди факторов формирования трубно-перитонеального бесплодия. С целью обобщить и представить современный взгляд на этиологию, течение воспалительных заболеваний органов малого таза, современную стратегию лечения, направленную на сохранение анатомо-функционального состояния маточных труб и яичников, провели обзор специализированной литературы. Установили, что их этиологическим фактором чаще всего являются микробные ассоциации, а течение характеризуется полиэтиологичностью и, как следствие, теряет нозологическую специфичность. Современная стратегия лечения этой патологии должна быть направлена не только на ликвидацию самого воспалительного процесса и санацию организма от возбудителей, но и на сохранение репродуктивной функции. В связи с этим целью терапии должно быть сохранение анатомо-функционального состояния маточных труб и яичников.

## Запальні захворювання органів малого таза у жінок як провідний фактор виникнення трубно-перитонеального непліддя

Н. В. Авраменко

Запальні захворювання органів малого таза посідають провідне місце серед факторів формування трубно-перитонеального непліддя. З метою узагальнення й опису сучасних поглядів на етіологію, перебіг запальних захворювань органів малого таза, сучасну стратегію лікування, що спрямована на збереження анатомо-функціонального стану маткових труб і яєчників, здійснили огляд фахової літератури. Встановили, що їх етіологічним фактором найчастіше є мікробні асоціації, а перебіг характеризується поліетіологічністю і, як наслідок, втрачає нозологічну специфічність. Сучасна стратегія лікування цієї патології має бути спрямована не тільки на ліквідацію самого запального процесу й санацию організму від збудника, але й на збереження репродуктивної функції. У зв'язку з цим мета терапії має полягати у збереженні анатомо-функціонального стану маткових труб і яєчників.

**Ключові слова:** запальні захворювання тазових органів, інфекції, що передаються статевим шляхом, трубно-перитонеальне непліддя, діагностика, терапія.

Запорізький медичний журнал. – 2014. – №4 (85). – С. 63–68

## Inflammatory diseases of the pelvic organs in women as the leading factor of formation of tubal-peritoneal infertility

N. V. Avramenko

Inflammatory diseases of the pelvic organs occupy a leading place among the factors of formation of tubal-peritoneal infertility.

**Aim.** On the basis of data analysis of the specialized literature to summarize and present the modern view on etiology, modern inflammatory diseases of the small pelvis, modern treatment strategy aimed at preservation of anatomical and functional condition of the fallopian tubes and ovaries.

**Conclusions.** The Modern inflammatory diseases of the small pelvis is characterized by the etiology and, consequently, loses nosological specificity, which is manifested by the absence of pathognomonic symptoms and course. Etiological factors are often microbial associations that contribute to a better adaptation of the pathogen and to the parasitic increase the pathogenicity of each pathogen, their resistance to the action of antibiotics, making it difficult to treat diseases in general. Modern strategy of treatment of inflammatory diseases of the pelvic organs should be aimed not only on elimination of the inflammatory process and sanitation of the organism from agents, but also on preservation of reproductive function. In this regard, the therapy must be directed on preservation of anatomical and functional condition of the fallopian tubes and ovaries.

**Key words:** Inflammatory Diseases Of The Pelvic Organs, Infections, Sexually Transmitted Diseases, Tuboperitoneal Infertility, Diagnostics, Treatment.

Zaporozhye medical journal 2014; №4 (85): 63–68

Больные с воспалительными заболеваниями половой сферы составляют 60–65% всех гинекологических больных [2–4,15]. Заболевания, передающиеся половым путем, оказывают множество неблагоприятных воздействий на здоровье человека, но наиболее значимым является урон, наносимый репродуктивной функции [2,3,7–9]. Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) являются причиной негормонального бесплодия, эктопической беременности, невынашивания беременности, болезней и пороков развития плода, большого количества оперативных вмешательств [15]. Как свидетельствуют результаты много-

центровых исследований, только 25% супружеских пар, у которых установлен трубно-перитонеальный фактор бесплодия, не отмечают в анамнезе инфекций, передающихся половым путем, ни у одного из партнеров [3].

### Цель работы

На основе анализа данных специализированной литературы обобщить и представить современный взгляд на этиологию, современное течение воспалительных заболеваний органов малого таза, современную стратегию лечения, направленную на сохранение анатомо-функционального состояния маточных труб и яичников.



К сожалению, в нашей стране отсутствуют истинные данные о количестве женщин, страдающих ВЗОМТ.

Отмечен ряд факторов, влияющих на трудность определения фактического уровня заболеваемости распространенности ВЗОМТ, причиной которых являются инфекции, передающиеся половым путем:

- непризнание болезни со стороны пациентов;
- трудность в получении доступа к медицинской помощи;
- субъективный метод диагностики заболеваний;
- отсутствие диагностики и лабораторной базы во многих регионах;
- недостаток средств и необходимых медикаментов в системе здравоохранения.

В 2012 г. опубликовано Европейское руководство IUSTI/WHO по ведению пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза, которое подготовлено известными специалистами по мочеполовым инфекциям из Великобритании (проф. J. Ross) и Франции (проф. R. Juddin). Возглавил группу по разработке руководства J. Jensen из Дании [6].

Важнейшим принципом, которым руководствуется редакционный совет Европейских руководств IUSTI/WHO, является соответствие приведенных в них положений основам доказательной медицины.

Этиологическим фактором чаще всего является микробная ассоциация, которая может быть представлена как абсолютными патогенами с преимущественно половым путем передачи, так и эндогенными анаэробами и аэробами [6,7,10]. Микробные ассоциации способствуют лучшей адаптации возбудителя и паразитированию, усиливают патогенность каждого возбудителя, их устойчивость к действию антибиотиков, что осложняет лечение заболевания в целом [1,7,13]. Согласно результатам последних исследований, ВЗОМТ имеют полимикробную этиологию. Основной спектр таких заболеваний представлен преимущественно смешанной микробно-протозойно-вирусной инфекцией; концепция одного из возбудителей утратила свое значение. Преобладают возбудители, передаваемые половым путем – *Neisseria gonorrhoeae* (25–50%) и *Chlamydia trachomatis* (25–30%) [4]. У женщин с ВЗОМТ также выделяют *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Bacteroides*, *Gardnerella vaginalis*, *Haemophilus influenzae* и др. грамотрицательные бактерии, *Streptococcus agalactiae*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* [4,12,13,18,19]. Особая роль среди этиологических факторов ВЗОМТ, особенно у подростков и женщин молодого возраста, принадлежит *C. trachomatis*.

Человек – естественный хозяин, по крайней мере, 11 видов микоплазм, из них три вида (*Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*) способны вызывать воспалительные заболевания уrogenитального тракта [4]. Носительство *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma urealyticum* среди населения варьирует от 10 до 50% [5,7,14]. Смешанную аэробную и анаэробную флору отмечают в 26% случаев [4,10,11,18].

По данным Н.В. Зароченцевой, А.К. Аршакян, Н.С. Мень-

шиковой (2013 г.), главную роль в возникновении и поддержании инфекций играет инфекционный процесс, связанный с различными микроорганизмами:

- хламидийная инфекция (*Chlamydia trachomatis* – 30%) и гонококковая (*Neisseria gonorrhoeae* – 40%);
- аэробными грамположительными бактериями родов *Staphylococcus* (в 53–56% случаев) и *Streptococcus* (33%);
- условно-патогенной флорой (*Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*), которую обнаруживают изолированно или в ассоциациях (10–15%);
- анаэробные бактерии (18%), чаще всего отмечают *Peptostreptococcus* и *Clostridium* (17%);
- смешанной аэробной и анаэробной флорой – в 26% [11].

Возросла роль микстинфекции, т.е. бактериально-вирусной – сочетание микоплазменной, уреоплазменной инфекции с вирусом простого герпеса 1 и 2 типа, цитомегаловирусом, вирусом Эпштейна – Барр и вирусом папилломы человека. Выделяют ВЗОМТ, ассоциированные с ВИЧ [11,18].

Большинство авторов отмечают, что при формировании хронического воспалительного процесса (ХВП) у большинства больных микробный фактор возникновения обострения уже не играет существенной роли. Под влиянием неспецифических факторов развивается картина, воспроизводящая в большей или меньшей степени первоначальный патологический процесс. Часто индуктором процессов обострения выступает герпетическая инфекция [12,18].

Можно выделить основные факторы, связанные с развитием ВЗОМТ:

- сексуальное поведение;
- молодой возраст;
- большое число половых партнеров;
- появление нового полового партнера (в предыдущие 3 месяца);
- наличие инфекций, передаваемых половым путем в анамнезе у пациентки или ее полового партнера;
- инструментальное вмешательство на матке, способное привести к нарушению цервикального барьера;
- прерывание беременности;
- внутриматочное введение контрацептивов в течение последних 6 недель;
- гистеросальпингография, диагностическое выскабливание, биопсия эндометрия;
- экстракорпоральное оплодотворение, инсеминации [4,5].

Механизмы, посредством которых микроорганизмы поднимаются из нижних половых путей, до конца не ясны. Исследования показывают, что в этот процесс могут быть вовлечены многочисленные факторы [13,18,19].

Несмотря на то, что цервикальная слизь обеспечивает функциональный барьер против распространения вверх инфекции, эффективность этого барьера может быть уменьшена в связи с воспалительными изменениями во влагалище и шейке матки, гормональными изменениями во время овуляции и менструации [9,11,18].



Целый ряд факторов может способствовать развитию восходящих инфекций гениталий [5,14,16]:

- открытие шейки матки во время менструации, а также ретроградный заброс менструальной крови;
- занятие сексом – в связи с ритмичными сокращениями матки во время оргазма;
- возможность проникновения бактерий со сперматозоидами в матку и маточные трубы;
- бесконтрольный прием антибактериальных препаратов, нарушающий баланс эндогенной микрофлоры во влагалище, в результате чего обычно непатогенные микроорганизмы начинают чрезмерно размножаться и могут быть причиной воспалительных заболеваний гениталий.

В современных условиях ВЗОМТ имеют некоторые особенности [6,8,17]:

- редкое развитие классических форм заболеваний;
- стертая клиническая картина как острой, так и хронических стадий заболеваний;
- преобладание преимущественно хронических процессов, а в последнее время – появление первично хронических заболеваний;
- стойким рецидивирующим течением хронических процессов;
- наиболее частой локализацией воспалительного процесса в придатках матки;
- редким поражением параметральной клетчатки;
- редким развитием гнойных процессов [4,18].

Выделены два клинко-патогенетических варианта воспалительного процесса [11,15]. Для первого характерно преобладание инфекционно-токсического влияния как результата активации микроба и активного влияния вирусно-бактериального агента (острое начало, боль, интоксикация, повышенная температура тела) – инфекционно-токсический вариант. Второй вариант характеризуется стойким болевым синдромом с признаками нарушения функций сосудистой, нервной и эндокринной систем [10].

Классификация ВЗОМТ [8,12]:

1. По клиническому течению:

- острые;
- подострые;
- хронические (в стадии ремиссии или обострения).

2. По локализации:

- воспаление наружных половых органов – вульвиты и бартолиниты;
- воспаление внутренних половых органов – кольпиты, вагиниты, цервициты, эндометриты и метроэндометриты, панметриты и периметриты, сальпингиты, оофориты или сальпингоофориты, гидро- и пиосальпинксы, пиовары, параметриты и пельвиоперитониты.

Одним из основных механизмов патогенеза ХВП внутренних половых органов у женщин считают состояние эндогенной интоксикации, при которой наступает угнетение функции ретикулоэндотелиальной системы, снижение активности фагоцитов, титра комплемента и других факторов неспецифической резистентности организма. Нерациональная (часто необоснованная антибактериальная терапия) поддерживает этот процесс [1,3,7].

Диагностика воспалительных заболеваний наружных половых органов не представляет никаких трудностей и осно-

вывается на данных анамнеза, осмотра, соскобов и мазков.

В отличие от воспалительных заболеваний наружных половых органов, воспалительные заболевания внутренних половых органов имеют тенденцию к хронизации и часто становятся причиной бесплодия, невынашивания беременности, преждевременных родов, нарушений половой и менструальной функций, эктопической беременности, неудачных попыток ЭКО и переноса эмбриона [11,18,19].

В структуре перинатальной смертности до 30% занимают дети, умершие в результате инфекционных процессов. При этом у большей части новорожденных имеется врожденная инфекция, которой они заражаются от матерей при синдроме инфицированных околоплодных вод либо во время родов [9,19].

При диагностике воспалительных заболеваний внутренних половых органов обращают на себя внимание данные:

- анамнеза (наличие ранее перенесенного воспалительного процесса в придатках матки после аборта, осложненного течения родов, послеродового и послеоперационного периодов, внутриматочных процедур, переохлаждения) [5];
- клинических симптомов (болезненность внизу живота, в паховых областях, области крестца, влагалища, усиливающиеся при охлаждении, интеркуррентных заболеваниях, перед менструацией или во время нее); симптомов интоксикации (температура тела выше 38°C, лейкоцитоз, изменение лейкоцитарной формулы со сдвигом влево, повышение СОЭ и С-реактивного белка), патологических выделений из половых путей, нарушения менструальной, половой функции (болезненный коитус, снижение или отсутствие либидо и др.); трансвагинального ультразвукового исследования органов малого таза;
- лапароскопических и гистероскопических методов исследования, при сомнительных случаях для уточнения диагноза;
- посевов на условно-патогенную флору и ПЦР-диагностики из влагалища, шейки матки, уретры, цервикального канала;
- микроскопия мазков из влагалища, шейки матки и уретры;
- пайпель-биопсия и/или гистероскопия на 7–11 дни менструального цикла с гистологическим исследованием биоптата [11,18].

Если женщина предъявляет жалобы на боли внизу живота, то необходимо исключить такие патологии [6]:

- внематочная беременность;
- острый аппендицит;
- эндометриоз;
- синдром раздраженной толстой кишки;
- осложнения со стороны кист яичника;
- функциональные боли неизвестного происхождения.

Первичное поражение маточных труб и ткани яичников определяет нарушения в репродуктивной функции. Хронические воспалительные заболевания женских половых органов вызывают формирование спаек в малом тазу с вовлечением репродуктивных органов, что приводит к бесплодию, хронической тазовой боли [10].



У 17–20% больных острый процесс переходит в хронический с развитием спаек, стойкого болевого синдрома, нарушением овуляции [10].

Современная стратегия лечения ВЗОМТ должна быть направлена не только на ликвидацию самого воспалительного процесса и санацию организма от возбудителей, но и на сохранение репродуктивной функции. Терапия должна быть направлена на сохранение анатомо-функционального состояния маточных труб и яичников [7,18,19].

Основной причиной нарушения анатомо-функционального состояния маточных труб является их повреждение и образование спаек как между маточными трубами и органами малого таза, так и непосредственно в фимбриальном отделе маточной трубы. В начальной стадии процесс носит характер катарального сальпингита: воспаление стенки трубы с гиперемией, отеком, усиленной секрецией. При прогрессировании воспалительного процесса и возникновении воспалительной непроходимости маточной трубы чрезмерно выделяющийся секрет растягивает стенки трубы, превращая ее в гидросальпинкс [7,10]. Если в просвете трубы скапливается гной, формируется пиосальпинкс.

Процессы, происходящие в воспалительном очаге, можно представить следующим образом. Инфекционный агент вызывает первичное повреждение в очаге. Следствием является образование и высвобождение соответствующих медиаторов воспаления, которые осуществляют лизис микроорганизмов, одновременно повреждая собственную ткань. Вторичная альтерация направлена на локализацию инфекционного агента в поврежденной им ткани – «защита ценой повреждения». Путем повышения сосудистой проницаемости, инициации хемотаксиса лейкоцитов, активации фибробластов автоматически вовлекается стандартный механизм подкрепления со стороны плазмы и клеток крови окружающей соединительной ткани (явление экссудации, эмиграции лейкоцитов и пролиферации). Моноциты и макрофаги главным образом ответственны за раневое очищение очага воспаления, пролиферацию, дифференцировку и активность фибробластов. По мере очищения очага воспаления от инфекционного агента и поврежденной им ткани, экссудация и эмиграция лейкоцитов стихают, усиливается пролиферация и происходит восстановление ткани или замещение дефекта [3,7,11].

Спайки образуются при повреждении висцеральной или париетальной брюшины, отслаиваний поверхностного слоя клеток мезотелия и контакта этого участка с окружающими органами и тканями. Возникновение местной воспалительной реакции приводит к появлению экссудата, богатого фибрином, и активации процессов свертывания крови. Прилегание поврежденных поверхностей тканей создает возможность миграции фибробластов, способствует процессам ангиогенеза и синтеза коллагена [2,8].

Процессы образования спаек детерминированы для каждого человека генетически. Наследуются особенности металлолигадного гомеостаза, определяющего гидроксирование коллагена, в результате – баланс между распадом и синтезом коллагена. У людей с медленным фенотипом

ацетилирования происходит накопление его субстратов, которые связываются с ионом меди, что снижает активность ферментов лизилоксидазы и пролилоксидазы. Вследствие этого нарушается гидроксирование коллагена, блокируется переход растворимых форм коллагена в нерастворимые, не образуются поперечные связи, снижается формирование коллагеновых волокон. Биодegradация коллагена преобладает над его синтезом, воспалительный процесс протекает вяло, и спайки не образуются. При быстром фенотипе ацетилирования отсутствует избыток субстратов ацетилирования. Ионы меди и железа не связываются с субстратами, а активность ферментов лизилоксидазы и пролилоксидазы повышается, в результате чего происходит ускорение образования коллагена. Его синтез превалирует над разрушением, воспалительный процесс протекает бурно с образованием спаек [5,13].

Основные пути профилактики образования спаек: уменьшение первичного воспалительного процесса и последующей экссудации (обеспечивается адекватной и современной антибактериальной терапией), ингибирование свертывания крови (применение антикоагулянтов и биогенных ферментных препаратов), стимуляция фибринолиза (применение протеолитических и фибринолитических препаратов), механическое разделение покрытых фибрином поверхностей [7], назначение антиоксидантов [9]. Обязательно назначение препаратов, обладающих одновременно противовоспалительным, иммуностимулирующим и обезболивающим эффектами [16].

Применение антибактериальных препаратов показано для лечения больных с инфекционно-токсическим вариантом ВЗОМТ. У больных со вторым вариантом течения ВЗОМТ используют различные физиотерапевтические методы с одновременной коррекцией нарушений нервной, эндокринной и сосудистой систем [10].

Лечение ВЗОМТ у женщин должно быть комплексным и включать [11]:

- антибиотики широкого спектра действия или с учетом чувствительности при установлении инфекционного компонента;
- антианаэробные препараты (метронидазол, орнидазол, курс 10 дней);
- антимикотики: производные имидазола (миконазол, кетоканазол, итраконазол, клотримазол, эконазол, бутконазол), производные триазола (флуконазол, итраконазол, вориконазол);
- противовирусные препараты, аномальные нуклеотиды (ацикловир, валацикловир), вакцины;
- местные комбинированные препараты (неопенотран, тержинан, полижинакс) или антисептики (гексикон, бетадин);
- физиотерапия на этапе реабилитации (электрофорез, лазеротерапия, магнитотерапия, иглорефлексотерапия, озонотерапия).

Установлено, что лимфотропное введение антибиотиков позволяет добиться более раннего снижения активности воспаления при уменьшении сроков лечения и дозы препаратов [9].



Половой партнер женщины, больной ВЗОМТ, должен быть обследован на инфекции, передающиеся половым путем. В период лечения рекомендуется ограничение половых контактов и использование методов барьерной контрацепции.

Важно отметить, что удаление внутриматочной спирали при лечении ВЗОМТ значительно улучшает клинические исходы воспалительного процесса.

У подростков тактика диагностики, терапии и показания к госпитализации при ВЗОМТ точно такие же, как и у взрослых.

Пациентки с ВИЧ обычно имеют более тяжелые клинические симптомы ВЗОМТ и чаще нуждаются в проведении хирургического лечения по поводу tuboовариальных абсцессов, но, как правило, хорошо отвечают на антибактериальную терапию. При ВИЧ более частыми возбудителями ВЗОМТ являются *M. Hominis*, *C. Albicans*, *Streptococcus spp.*, а также активация вируса папилломы человека. Тактика терапии в целом у ВИЧ-позитивных и ВИЧ-негативных пациенток не отличается [18].

### Выводы

Анализ отечественной и зарубежной литературы позволил определить общие положения ведения больных ВЗОМТ:

1. Ведение пациенток с ВЗОМТ является сложной, но, безусловно, очень важной задачей, благоприятным результатом которой служит наступление, вынашивание и исход беременности.

2. Лечение острого сальпингоофорита подчинено общим принципам терапии инфекционной патологии и подразумевает проведение адекватной антибактериальной терапии, которая в большинстве случаев носит эмпирический характер и предполагает учет факторов риска ВЗОМТ.

3. Рекомендуется оценить первые результаты лечения через 72 часа после начала лечения. Это особенно важно при тяжелых и среднетяжелых формах заболеваний. Об успешности выбранной тактики можно судить по улучше-

нию клинической симптоматики. Амбулаторное лечение показано пациентам с легкой и среднетяжелой формами ВЗОМТ и обязательно должно включать препараты с анти-анаэробной активностью. Постельный режим показан при выраженных симптомах интоксикации, при болевом синдроме необходима адекватная анальгезия. Стационарное лечение и внутривенное или внутриматочное введение антимикробных препаратов предпочтительно при тяжелом течении ВЗОМТ, беременности, tuboовариальных абсцессах, пельвиоперитоните, а также при отсутствии эффекта от амбулаторного лечения. Хирургическое лечение проводится с целью адгезиолиза и дренирования tuboовариальных абсцессов (может быть использована лапароскопия или аспирация под контролем ультразвукового исследования). Лимфотропный способ антибиотикотерапии приводит к более раннему купированию клинико-лабораторных признаков воспаления.

4. У женщин репродуктивного возраста при обострении хронических воспалительных процессов внутренних половых органов отмечают снижение неспецифической защиты организма, нарушение цитокиновой регуляции иммунной системы, повышение продукции и уменьшение концентрации противовоспалительных цитокинов.

5. Реабилитацию репродуктивной функции женщин следует проводить на всех этапах оказания лечебной помощи, особенно на амбулаторном, так как зачастую является первым и единственным контактом пациентки с врачом. Особое внимание необходимо уделить профилактике и рекомендациям по здоровому образу жизни. Повторный визит пациента назначается через 4 недели после окончания лечения и должен быть использован для оценки клинических результатов лечения, обследования и лечения половых партнеров, совета по использованию презервативов с целью предупреждения ВЗОМТ.

### Список литературы

1. Агарков Н.М. Информативность клинических симптомов, иммунологических, гематологических показателей и проявлений эндогенной интоксикации при остром неспецифическом сальпингоофорите / И.М. Агарков, И.В. Будник // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. – Т. 61. – № 4. – С. 11–15.
2. Бесплодный брак: практическое руководство / [под ред. чл.-корр. НАМН Украины, проф. В.К. Чайки. ЧП «Лавис»]. – Донецк, 2012. – 148 с.
3. Бесплодный брак. Современные подходы к диагностике и лечению / [под ред. акад. Г.Г. Сухих, проф. Т.А. Назаренко]. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 53–96.
4. Вдовиченко Ю.П. Воспалительные заболевания органов малого таза – комплексный подход для эффективной терапии / Ю.П. Вдовиченко, Е.И. Гопчук // Здоровье женщины. – 2012. – № 4. – С. 102–108.
5. Гинекологический анамнез женщин, поступивших для лечения в программы вспомогательных репродуктивных технологий / [З.З. Токова, И.Е. Корнеева, Е.Н. Медведева и др.] // Гинекология. – 2013. – Т. 15. – № 5. – С. 56–58.
6. Гомберг М.А. Ведение пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза / М.А. Гомберг // Гинекология. – 2013. – Т. 15. – № 6. – С. 46–49.
7. Грищенко О.В. Комплексная реабилитационная терапия у пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза – залог сохранения репродуктивной функции / О.В. Грищенко, А.В. Стрчак, Т.А. Струк // Здоровье женщины. – 2011. – № 6. – С. 143–150.
8. Грищенко О.В. Новые акценты в лечении пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза / О.В. Грищенко, И.В. Лахно // Здоровье женщины. – 2013. – № 9. – С. 147–151.
9. Дергачева Т.И. Влияние различных способов введения антибиотиков на состояние лимфоидных клеток слизистых оболочек гениталий при лечении острых сальпингитов и оофоритов у женщин репродуктивного возраста / Т.И. Дергачева, А.В. Шурлыгина, В.И. Коненков // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. – Т. 13. – № 1. – С. 7–11.
10. Дубчак А.Е. Неспецифические воспалительные заболевания органов малого таза у женщин / А.Е. Дубчак, А.В. Милевский, Е.Н. Довгань // Здоровье женщины. – 2013. – № 2. – С. 51–55.
11. Зароченцева Н.В. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (обзор литературы) / Н.В. Зароченцева, А.К. Аршакян, Н.С. Меньшикова // Гинекология. – 2013. – Т. 15. – № 4. – С. 65–69.



12. Коган Б.Г. Выбор антибиотиков при лечении воспалительных заболеваний женских половых органов смешанной этиологии / Б.Г. Коган, Г.Д. Гордеева // Репродуктивная эндокринология. – 2013. – Т. 6. – С. 57–62.
13. Косей Н.В. Современные принципы лечения воспалительных заболеваний женских половых органов / Н.В. Косей // Репродуктивная эндокринология. – 2013. – № 1. – С. 78–85.
14. Кохреидзе Н.А. О возможных причинах снижения качества терапии у больных с острыми воспалительными заболеваниями придатков матки в условиях стационаров / Н.А. Кохреидзе, Н.П. Каменева, Г.Ф. Кутушева. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2012. – Т. 12. – № 3. – С. 98–101.
15. Тихомиров А.Л. Практическая гинекология / А.Л. Тихомиров, Д.М. Лубнин // Руководство для врачей. – М., 2009. – С. 156–197.
16. Фальконе Т. Репродуктивная медицина и хирургия / Т. Фальконе, В. Херд; [пер. с англ. под ред. акад. РАМН Г.Г. Сухих]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 510–567, С. 582–632, С. 737–944.
17. Чурикова М.С. Коррекция перекисного стресса как важный элемент патогенетического лечения воспалительных заболеваний органов малого таза / М.С. Чурикова, Г.О. Гречканев // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. – Т. 13. – № 5. – С. 8–11.
18. Шуршаллина А.В. Оптимизация тактики ведения пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза / А.В. Шуршаллина. // Гинекология. – 2012. – Т. 14. – № 2. – С. 32–34.
19. Эмпирическая антибиотикотерапия воспалительных заболеваний органов малого таза на стационарном этапе / [Е.В. Елисеева, И.П. Тарговицкая, А.В. Тыртышник и др.] // Гинекология. – 2013. – Т. 15. – № 1. – С. 12–17.
- sohraneniya reproduktivnoj funkcii [Complex rehabilitation therapy in patients with inflammatory diseases of the pelvic organs are the guarantee of preservation of reproductive function]. *Zdorov'e zhenshhiny*, 6, 143–150. [in Ukrainian].
8. Grishhenko, O. V. & Lakhno, I. V. (2013) Novye akcenty v lechenii pacientok s vospalitel'nymi zabolovaniyami organov malogo taza [New accents in the treatment of patients with inflammatory diseases of the small pelvis] *Zdorov'e zhenshhiny*, 9, 147–151. [in Ukrainian].
9. Dergacheva, T. I., Shurlygina, A. V., Konenkov, V. I. (2013) [Impact of different routes of administration of antibiotics on the genital mucosal lymphoid cells in the treatment of acute salpingitis and oophoritis in reproductive-aged women]. *Rossijskij vestnik akushera-ginekologa*, 13(1), 7–11. [in Russian].
10. Dubchak, A. U., Milevskij, A. V., & Dovgan' E. N. (2013) Nespecifichekije vospalitel'nye zabolovaniya organov malogo taza u zhenschin [Nonspecific inflammatory diseases of small pelvis organs in women]. *Zdorov'e zhenshhiny*, 2, 51–55. [in Ukrainian].
11. Zarotchentseva N. V., Arshakyan, A. K., & Menshikova, N. S. (2013) Vospalitel'nye zabolovaniya organov malogo taza u zhenschin (obzor literatury) [Pelvic inflammatory diseases in women (review)]. *Ginekologiya*, 15(4), 65–69. [in Russian].
12. Kogan, B. G. & Gordeeva, G. D. (2013). Vybort antibiotikov pri lechenii vospalitel'nykh zabolovaniy zhenskikh polovykh organov smeshannoje etologii [Choice of antibiotics in the treatment of inflammatory diseases of female genital organs mixed etiology]. *Reproduktivnaya e'ndokrinologiya*, 6, 57–62. [in Ukrainian].
13. Kosej, N. V. (2013) Sovremennye principy lecheniya vospalitel'nykh zabolovaniy zhenskikh polovykh organov [Modern principles of treatment of inflammatory diseases of female genitals]. *Reproduktivnaya e'ndokrinologiya*, 1, 78–85. [in Ukrainian].
14. Kokhreizde, N. A., Kamenev, I. E., & Kutusheva, G. F. (2012) O vozmozhnykh prichinah snizheniya kachestva terapii u bol'nykh s ostrymi vospalitel'nymi zabolovaniyami pridatkov matki v usloviyakh stacionarov [About the possible causes of reduced quality of treatment of patients with acute inflammatory diseases of the uterine appendages in conditions of hospitals]. *Rossijskij vestnik akushera-ginekologa*, 12(3), 98–101. [in Russian].
15. Tikhomirov, A. L. & Lubnin, D. M. (2009) *Prakticheskaya ginekologiya* [Practical gynecology]. Moscow. [in Russian].
16. Falcone, T., & Hurd, W. (2013) *Reproduktivnaya medicina i khirurgiya* [Reproductive medicine and surgery]. Moscow: GEOTAR-Media. [in Russian].
17. Churikova, M. S., Grechkanev, G. O. (2013) Korrekciya perekisnogo stressa kak vazhnyj e'lement patogenetizheskogo lezheniya vospalitel'nykh zabolovaniy organov malogo taza [Peroxide stress correction as an important component of pathogenetic treatment for inflammatory diseases of small pelvic organs]. *Rossijskij vestnik akushera-ginekologa*, 13(5), 8–11. [in Russian].
18. Shurshalina, A. V. (2012) Optimizaciya taktiki vedeniya pacientok s vospalitel'nymi zabolovaniyami organov malogo taza [Optimization tactics of patients with inflammatory diseases of the small pelvis]. *Ginekologiya*, 14(2), 32–34. [in Russian].
19. Eliseeva, E. V., Torgovitskaya, I. P., Tyrtysnikova, A. V., Feoktistova, Yu. V., Poddubny, E. A., & Grekhneva, L. M. (2013) E'mpiricheskaya antibiotikoterapiya vospalitel'nykh zabolovaniy organov malogo taza na stacionarnom e'tape [Empiric antibiotic treatment of lesser pelvis inflammatory diseases at the hospital stage]. *Ginekologiya*, 15(1), 12–17. [in Russian].

#### Сведения об авторе:

Авраменко Н.В., д. н. по гос. упр., зав. каф. акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФПО, Запорожский государственный медицинский университет, E-mail: zocrf@mail.ru.

Поступила в редакцию 11.06.2014 г.