

Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин (обзор литературы)

Н.В.Зароченцева¹, А.К.Аршакян², Н.С.Меньшикова¹
¹ГБУЗ Московский областной НИИ акушерства и гинекологии;
²ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, Москва

Резюме

Своевременная качественная диагностика и адекватная терапия воспалительных заболеваний органов малого таза являются надежной основой сохранения репродуктивного здоровья женщин.

Ключевые слова: воспалительные заболевания органов малого таза, хронический эндометрит, диагностика хронического эндометрита, схемы лечения хронического эндометрита.

Pelvic inflammatory diseases in women (review)

N.V.Zarotchentseva, A.K.Arsbakyan, N.S.Menshikova

Summary

The timely, high-quality diagnosis and adequate treatment of inflammatory diseases of the pelvic organs are the foundation of female reproductive health.

Key words: pelvic inflammatory disease, chronic endometritis, diagnosis of CE, CE treatment scheme.

Сведения об авторах

Зароченцева Нина Викторовна – д-р.мед. наук, вед. науч. сотр. отд-ния гинекологической эндокринологии ГБУЗ МОНИИАГ.

E-mail: nvzmvz@mail.ru

Аршакян Анна Казаросовна – аспирант ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского

Меньшикова Наталья Сергеевна – канд.мед. наук, науч. сотр. поликлинического отд-ния МОНИИАГ

Медицинская, социальная и экономическая важность проблемы воспалительных заболеваний органов малого таза (ВЗОМТ) требует очень внимательного отношения к диагностике и лечению этой патологии. В структуре гинекологической заболеваемости число пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями гениталий занимает первое место, составляя 60,4–65,0%, причем не только в России, но и во всем мире. Показатель заболеваемости ВЗОМТ за первое десятилетие XXI в. возрос у пациенток 18–24 лет в 1,4 раза, а у 25–29-летних – в 1,8 [13]. Одновременно возросли затраты на диагностику и лечение, которые достигают 50–60% всех расходов на оказание гинекологической помощи населению.

В большинстве случаев ВЗОМТ страдают сексуально активные женщины детородного возраста, что крайне неблагоприятно отражается в дальнейшем на их репродуктивном здоровье. У каждой четвертой женщины, перенесшей ВЗОМТ, впоследствии встречаются такие осложнения, как бесплодие, невынашивание беременности, внематочная беременность, фетоплацентарная недостаточность и синдром хронической тазовой боли [1, 2, 8].

ВЗОМТ являются следствием распространения микроорганизмов из нижних отделов женских половых органов в верхние и могут быть представлены в различных формах: эндометрит, сальпингит, оофорит, лечение которых может проводиться в амбулаторных условиях, а также параметрит, tuboовариальный абсцесс, пельвиоперитонит, которые требуют обязательной госпитализации в стационар.

Главную роль в возникновении и поддержании воспалительного процесса в половых органах женщины играет инфекционный процесс, связанный с разными микроорганизмами [4, 5, 9, 21, 22]:

- хламидийной (*Chlamydia trachomatis* – 30%) и гонококковой (*Neisseria gonorrhoeae* – 40–50%) флорой;
- аэробными грамположительными бактериями родов *Staphylococcus* (в 53–56% случаев) и *Streptococcus* (33%);
- условно-патогенной флорой (*Gardnerella vaginalis*, *Escherichia coli*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*), которая встречается изолированно или в ассоциации с другими микроорганизмами (10–15%);

- анаэробными бактериями (18%), чаще встречаются *Peptostreptococcus* и *Clostridium* (17%);
- смешанной аэробной и анаэробной флорой в 26%.

Возросла роль микстинфекции, т.е. бактериально-вирусной – сочетание микоплазменной, уреоплазменной инфекции с вирусом простого герпеса 1 и 2-го типа, цитомегаловирусом, вирусом Эпштейна–Барр и вирусом папилломы человека, выделяют ВЗОМТ, ассоциированные с ВИЧ [6].

Следует отметить, что часто процесс хронизируется в результате отсутствия или поздней диагностики заболевания, неправильно и/или несвоевременно назначенной антибактериальной терапии, неадекватной сопутствующей терапии.

Предрасполагающие факторы возникновения ВЗОМТ

- оперативные вмешательства на органах малого таза, особенно инвазивные вмешательства в полости матки (аборты, диагностические выскабливания, биопсии эндометрия, гистероскопии, гистеросальпингографии, инсеминации, экстракорпоральное оплодотворение – ЭКО);
- наличие инфекций, передаваемых половым путем, в том числе в анамнезе;
- большое число половых партнеров, частая их смена;
- отсутствие барьерных методов контрацепции;
- снижение эндокринной функции желез внутренней секреции (заболевания яичников разной природы, менопауза, ожирение, сахарный диабет);
- опущение или выпадение половых органов, зияние половой щели;
- менструация (кровь и отторгнутый эндометрий являются хорошей питательной средой, поэтому около 60% острых ВЗОМТ начинаются сразу после менструации);
- внутриматочные контрацептивы.

В современных условиях ВЗОМТ имеют некоторые особенности, которые существенно отличают их от клинической картины заболеваний 20-летней давности:

- редким развитием классических форм заболевания;
- стертой клинической картиной как острой, так и хронической стадии заболевания;

Таблица 1. Рекомендуемые схемы лечения смешанных инфекций при ВЗОМТ в амбулаторных условиях [7]

Режимы	Сочетания препаратов				
	препарат №1		препарат №2	препарат №3	
Первоочередные	Для эрадикации <i>N. gonorrhoeae</i> – цефтриаксон 0,25 г однократно внутримышечно или цефотаксим 0,5 г однократно внутримышечно	+	Азитромицин 1 г внутрь на 1 и 8-й день или Доксициклин 0,1 г 2 раза в день или Эритромицин 0,5 г 4 раза в день (или спирамицин)	+	Метронидазол 0,5 г 3 раза в день
	Амоксициллин/клавуланат 500/125 г 3 раза в день или 1,0 г 2 раза в день	+	Азитромицин 1 г внутрь на 1 и 8-й день или Доксициклин 0,1 г 2 раза в день или Эритромицин 0,5 г 4 раза в день (или спирамицин)		
Альтернативные	Офлоксацин 0,4 г 2 раза в день	+	Метронидазол 0,5 г 3 раза в день		
	Ципрофлоксацин 0,5 г 2 раза в день	+	Азитромицин 1 г внутрь на 1 и 8-й день или Доксициклин 0,1 г 2 раза в день или Эритромицин 0,5 г 4 раза в день (или спирамицин)	+	Метронидазол 0,5 г 3 раза в день

- преобладанием преимущественно хронических процессов, а в последнее время появлением первично хронических заболеваний;
- стойким рецидивирующим течением хронических процессов;
- наиболее частой локализацией воспалительного процесса в придатках матки;
- редким поражением параметральной клетчатки;
- редким развитием гнойных процессов.

Классификации ВЗОМТ [21, 22]:

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 (или аднекситы), гидро- и пиосальпинксы, пиовары, параметриты и пельвиоперитониты.

Диагностика воспалительных заболеваний наружных половых органов не представляет никаких трудностей и основывается на данных анамнеза, осмотра, соскобов и мазков.

В отличие от воспалительных заболеваний наружных половых органов, которые протекают в более или менее легкой форме и при своевременном лечении редко дают осложнения, воспалительные заболевания внутренних половых органов имеют тенденцию к хронизации и часто становятся причиной бесплодия, невынашивания беременности, преждевременных родов, нарушений половой и менструальной функций, экопической беременности, неудачных попыток ЭКО и переноса эмбрионов. Поэтому именно они требуют более пристального внимания к диагностике и адекватного лечения.

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);

- клинических симптомов (болезненность внизу живота, в паховых областях, области крестца, влагалище, усиливающиеся при охлаждении, интеркуррентных заболеваниях, перед менструацией или во время нее); симптомы интоксикации (температура тела выше 38°C, лейкоцитоз, изменение лейкоцитарной формулы со сдвигом влево, повышение СОЭ и С-реактивного белка), патологические выделения из половых путей, нарушение менструальной функции по типу гипофункции яичников и ановуляции; нарушение половой функции (болезненный коитус, снижение или отсутствие либидо и др.);
- трансвагинального ультразвукового исследования органов малого таза (эндометриты и метроэндометриты; панметриты и периметриты; сальпингиты, оофориты или сальпингоофориты (или аднекситы); гидро- и пиосальпинксы, пиовары, параметриты и пельвиоперитониты);
- лапароскопических и гистероскопических (+ ГСГ) методов исследования при сомнительных случаях для уточнения диагноза (эндометриты и метроэндометриты; панметриты и периметриты; сальпингиты, оофориты или сальпингоофориты, или аднекситы; гидро- и пиосальпинксы, пиовары, параметриты и пельвиоперитониты);
- посевов на условно-патогенную флору и ПЦР-диагностики из влагалища, цервикального канала, микроскопии мазков из влагалища, шейки матки и уретры (кольпиты, вагиниты; цервициты и эндоцервициты);
- пайпель-биопсии и/или гистероскопии на 7–11-й дни менструального цикла с гистологическим исследованием биоптата эндометрия (эндометриты и метроэндометриты).

Следует отметить, что в настоящее время хронический эндометрит (ХЭ) выделен как отдельная нозологическая форма в Международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти IX пересмотра в 1975 г. В Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра ХЭ закрепил свое положение [18]. На Всемирном конгрессе акушеров-гинекологов FIGO (Куала Лумпур, Малайзия, 2007) было определено, что каждый случай неразвивающейся беременности следует считать ассоциированным с ХЭ (как причиной, так и неизбежным следствием) [12]. Частота ХЭ у женщин с привычным невынашиванием беременности колеблется в широких пределах: от 33 до 70% и более. По мнению Т.В.Стрижовой (2012 г.), морфологические признаки, характерные для ХЭ, с наибольшей частотой

Безусловно, появление новых антибактериальных препаратов обеспечивает лучшую клиническую эффективность и отсутствие антибиотикорезистентности.

При ведении пациенток с ВЗОМТ следует помнить: «Золотое правило антибактериальной терапии – лучший препарат не следует приберегать для более тяжелых случаев, лучший препарат должен быть препаратом выбора в любых ситуациях» (Bassetti, 2005. Ref. 2).

Согласно опыту отечественных и зарубежных коллег применение монотерапии имеет преимущество перед комбинированной терапией благодаря более высокой приверженности пациентов к лечению. В настоящее время для лечения ВЗОМТ в монотерапии рекомендовано применение только моксифлоксацина, фторхинолона IV поколения, который активен в отношении основных возбудителей ВЗОМТ [28, 29].

Монотерапия препаратом Авелокс в дозе 400 мг 1 раз в сутки в течение 14 дней по клинической и бактериологической эффективности сопоставима с комбинированной терапией неосложненных ВЗОМТ, а также значительно лучше переносится и вызывает меньше побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, чем комбинированная терапия (табл. 2) [28, 29]. При терапии препаратом Авелокс необходимости в применении производных нитроимидазолов нет, так как он активен в отношении атипичных бактерий и анаэробов [19]. Моксифлоксацин по активности в отношении анаэробов сравним с метронидазолом [19].

После применения антибактериальной терапии при ведении пациенток с ВЗОМТ необходимо проведение реабилитации, основной целью которой является восстановление морфофункционального потенциала ткани и устранение результатов вторичных повреждений: коррекция метаболических нарушений и последствий ацидоза, восстановление гемодинамики в тканях. Но нужно помнить, что реабилитация должна быть продолжительной и контролируемой.

Традиционно в комплексной терапии ХЭ применяют физиотерапию. Чаще всего применяют электроимпульсную терапию, интерференционные токи, переменное магнитное поле низкой частоты, токи надтональной частоты, низкочастотный ультразвук и кавитированные им жидкости (антисептики), внутривенное лазерное облучение крови, иглорефлексотерапию, общесистемную магнитотерапию, пелоидотерапию.

Задача физиотерапии при ВЗОМТ заключается в улучшении гемодинамики и микроциркуляции органов малого таза, стимуляции функции рецепторов, ускорении процессов регенерации, разрушении фибриновых наложений.

Дискуссионными остаются вопросы целесообразности использования в комплексном лечении ВЗОМТ циклической гормональной терапии. В настоящее время считается оправданным дифференцированное назначение гормонотерапии при наличии гипофункции яичников или ановуляции. Потенциал к патологической регенерации ткани, который таит в себе хроническое воспаление, при назначении циклической заместительной гормональной терапии может быть уменьшен. Поэтому целесообразно назначение комбинированных оральных контрацептивов с лечебной целью на 3–6 мес [23, 25].

Критериями эффективности проводимой терапии являются купирование клинических симптомов заболевания при их наличии, восстановление эхографической картины органов малого таза, улучшение васкуляризации при доплерометрии сосудов матки, элиминация или снижение активности инфекционного агента, восстановление морфологической структуры тканей. В случае с наличием ХЭ проводится контрольная аспирационная биопсия эндометрия на 7–10-й день менструального цикла с последующим морфологическим исследованием эндометрия и бактериологическое исследование эндометрия.

Учитывая постулат о том, что профилактика лучше, чем лечение, пациенткам репродуктивного возраста, особенно с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, нужно рекомендовать использование барьерных методов контрацепции (презерватив, диафрагма, губка), бактерицидным действием обладают спермициды, соблюдение личной

Таблица 2. Сравнительная характеристика антибактериальных препаратов, применяемых в гинекологии для лечения ВЗОМТ

МНН	Моксифлоксацин	Джозамицин	Офлоксацин	Метронидазол	Амоксициллин/клавуланат	Доксициклин
Группа	Фторхинолон	Макролид	Фторхинолон II поколения	Нитроимидазол	Ингибиторозащитные пенициллины	Тетрациклин
Формы выпуска	Таблетки 400 мг №5	Таблетки 500 мг №10, «солютаб» таблетки 1000 мг №10	Таблетки 200 мг №10	Таблетки 250 мг №20	Таблетки 625 мг №15	«Солютаб» таблетки 100 мг №10
Действие	Бактерицидное	Бактериостатическое	Бактерицидное	Бактериостатическое	Бактерицидное	Бактериостатическое
Спектр действия	Грамположительные, грамотрицательные, атипичные м/о, анаэробы	Грамположительные, атипичные м/о, некоторые грамотрицательные и анаэробы	Грамположительные, грамотрицательные, меньшая активность в отношении атипичных м/о	Анаэробы, простейшие (трихомонады)	Грамположительные, грамотрицательные, анаэробы	Грамположительные, грамотрицательные, меньшая активность в отношении атипичных м/о и анаэробов
Режим дозирования	1 таблетка 400 мг 1 раз в день	1 таблетка 500 мг 3 раза в день	2 таблетки 200 мг 2 раза в день	2 таблетки 250 мг 3 раза в день	1 таблетка 625 мг 3 раза в день	1 таблетка 100 мг 2 раза в день

Примечание. МНН – международное непатентованное название, м/о – микроорганизмы.

той отмечались в группе женщин с репродуктивными потерями в анамнезе, в том числе с привычным невынашиванием беременности, и доходили до 70,2% [15, 26, 27].

Как правило, ХЭ возникает вследствие персистирующей инфекции. Также его развитию способствуют инвазивные вмешательства в полости матки (гистероскопия, выскабливания после абортов, выкидышей и неразвивающихся беременностей, диагностические выскабливания, аспирационная биопсия эндометрия, гистеросальпингография, инсеминации, ЭКО и др.).

Диагностика ХЭ затруднена ввиду частого бессимптомного течения. У 35–40% пациенток какие-либо клинические симптомы заболевания отсутствуют (S.Bhagwandeem, 1976), в связи с чем откладывается своевременное лечение. Но даже при наличии симптомов клиническая картина ХЭ не отражает глубины структурных и функциональных изменений в ткани эндометрия [14]. По данным одних авторов, для ХЭ характерно нарушение менструального цикла по типу гиперполименореи и гипомеменореи, перименструальные кровянистые выделения (до 53,2%), болевой синдром (до 29,6%), серозные или серозно-гнойные выделения, множественные сгустки крови во время менструаций. По мнению других авторов, ХЭ – морфологическое понятие, и морфологический компонент этой структуры играет наиболее «активную» роль, а клиническая картина ХЭ чаще всего стертая. Нередко многие пациентки не имеют каких-либо перечисленных жалоб и обращаются к врачу в связи с бесплодием, неудачными попытками ЭКО и переносом эмбрионов и невынашиванием беременности.

Лечение ВЗОМТ у женщин должно быть комплексным и включать [20, 28]:

- антибиотики широкого спектра действия или с учетом чувствительности при выявлении инфекционного агента;
- антианаэробные препараты (метронидазол, орнидазол, курс 10 дней);
- антимикотики: производные имидазола (миконазол, кетоконазол, итраконазол, клотримазол, эконазол, бутаконазол), производные триазола (флуконазол, итраконазол, вориконазол) [32];
- противовирусные препараты, аномальные нуклеотиды (ацикловир, валацикловир), вакцины;
- местные комбинированные препараты (Неопенотран, Тержинан, Полижинакс) или антисептики (Гексикон, Бетадин);
- физиотерапию на этапе реабилитации (электрофорез с цинком, магнием, лазеротерапия, магнитотерапия, игло-рефлексотерапия, озонотерапия).

Терапия бактериальных инфекций предполагает назначение антибиотиков широкого спектра действия, которые хорошо проникают в очаг инфекции. Поскольку более 80% всех урогенитальных инфекций являются смешанными, в комплексное лечение необходимо включать анти-

анаэробные препараты. При развитии кандидоза на фоне применения антибиотиков необходимо назначение противогрибковых препаратов. Наиболее часто применяются препараты флуконазола в дозе 150 мг дважды. При наличии вирусной инфекции в зависимости от клинической картины применяют противовирусные препараты, необходимость которых при лечении больных с хроническими инфекционными процессами является доказанной. Известно, что эффективность антибиотиков, противовирусных препаратов и противогрибковых средств у лиц с пониженным антиинфекционным иммунитетом значительно ниже.

Основу базовой антибактериальной терапии должны составлять антибиотики широкого спектра действия и с высокой способностью проникновения в клетку [33].

Таким требованиям соответствуют:

- комбинации макролидов последнего поколения и нитроимидазолы (джозамицин 500 мг 3 раза в день 10 дней + метронидазол 500 мг 3 раза в день 14 дней);
- защищенных пенициллинов с макролидами (амоксициллин/клавулановая кислота 1000 мг 2 раза в день + кларитромицин 250 мг 2 раза в день);
- фторхинолонов II поколения с нитроимидазолами (офлоксацин 400 мг 2 раза в день + метронидазол 500 мг 3 раза в день);
- фторхинолонов IV поколения (моксифлоксацин 400 мг 1 раз в день);
- цефалоспорины III поколения (при подозрении на гонококковую инфекцию цефтриаксон 0,5 г в/м однократно). Лечение целесообразно начинать с 1-го дня менструации. Длительность применения в среднем 10–14 дней (табл. 1) [33].

Руководство Центра контроля и профилактики заболеваний, передаваемых половым путем, (CDC, 2007) рекомендует следующие комбинации антибактериальных препаратов для приема внутрь при лечении ВЗОМТ:

Схема А:

- левофлоксацин 500 мг внутрь 1 раз в день в течение 14 дней или офлоксацин 400 мг внутрь 2 раза в день в течение 14 дней;
- ± метронидазол 500 мг внутрь 2 раза в день в течение 14 дней.

Схема В:

- цефтриаксон 250 мг внутримышечно, или цефокситин 2 г внутримышечно с параллельным приемом внутрь 1 г пробенецида, или другие парентеральные цефалоспорины III поколения (например, цефтизоксим или цефотаксим) + доксициклин 100 мг внутрь 2 раза в день в течение 14 дней;
- ± метронидазол 500 мг внутрь 2 раза в день в течение 14 дней.

гигиены, ежегодное посещение гинекологического кабинета. Также профилактикой ВЗОМТ является применение пероральных контрацептивов вследствие уменьшения кровопотери при менструации, изменения характеристики слизи шейки матки, препятствующей проникновению бактерий.

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

Список использованной литературы

1. Агаджанова АА. Современные методы терапии больных с привычным невынашиванием беременности. *Рус. мед. журн.* 2003; 11 (1): 3–6.
2. Акушерство. Национальное руководство. Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
3. Аракелян АР. Современные аспекты этиологии и лечения хронического эндометрита. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ереван, 2001.
4. Баранов В.Н. Хронические воспалительные заболевания матки и придатков и их отдаленные последствия: особенности патогенеза, клинико-морфологическая характеристика, лечение и медицинская реабилитация. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Челябинск, 2002.
5. Бодяжина В.И. Хронические неспецифические воспалительные заболевания женских половых органов. М.: Медицина, 1978.
6. Ведение больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями. Клинические рекомендации. Российское общество дерматологов и косметологов. М., 2012.
7. Демидов В.Н., Демидов В.С., Марченко Л.А. Эхографические критерии хронического эндометрита. Ультразвук. диагностика в акуши, гинекол. и перинатол. 1993; 4: 21–7.
8. Доброхотова Ю.Э., Джобавая Э.М., Озерова Р.И. Неразвивающаяся беременность. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
9. Еришов Г.В., Бочкарев Д.Н. и др. Этиологическая структура и резистентность возбудителей воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин. *Клини. микробиол. и антимикроб. химиотер.* 2004; 6 (2): 201–3.
10. Еришов Ф.И., Кубанова А.А., Пинегин Б.В. и др. Влияние терапии «Аллокином-альфа» на течение рецидивов хронического генитального герпеса. *Деловые партнеры.* 2003; 40 (4): 103–11.
11. Еришов Ф.И., Романичев М.Г. Лекарственные средства, применяемые при вирусных заболеваниях: Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007; с. 363.
12. Иммунная партитура беременности. *Status Praesens. Гинекол, акуш., бесплодный брак.* 2011; 5 (2): 30–5.
13. Контраверсии в акушерстве и гинекологии. *Status Praesens. Гинекол, акуш., бесплодный брак.* 2012; 9 (3): 88–93.

14. Кондриков Н.И. Биопсия эндометрия в гинекологической практике. *Акуши. и гинекол.* 1989; 4: 68–74.
15. Кулаков В.И., Шуришалина А.В. Хронический эндометрит. *Гинекология.* 2005; 11 (5): 302–4.
16. Кузнецова А.В. Хронический эндометрит. *Арх. патол.* 2000; 3 (62): 48–52.
17. Лечение хронического эндометрита в предгравидарной подготовке женщин с невынашиванием беременности. Пособие для врачей. Под ред. В.И. Кулаковского. М., 2008.
18. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. X пересмотр. Пер. с англ. Женева, 1995. Т. 1. Ч. 2; с. 2–9.
19. Моксифлоксацин при лечении воспалительных заболеваний органов малого таза. Жен. консультация. 2011; 2: 7.
20. Назаренко Т.А., Дубницкая Л.В. Возможности энзимотерапии хронических эндометритов у пациенток репродуктивного возраста. *Проблемы репрод.* 2007; 13 (6): 25–8.
21. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. Под ред. В.И. Кулакова, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
22. Савельева И.С. Инфекционно-воспалительные поражения женских половых органов и дисменорея. Современные аспекты этиопатогенеза, диагностики и лечения хронических воспалительных заболеваний внутренних половых органов. РМЖ 1999; 7 (3): 29.
23. Сидельникова В.М., Сухих Г.Т. Невынашивание беременности. М.: МИА, 2011.
24. Серов В.Н., Тихомиров А.Л. Современные принципы терапии воспалительных заболеваний женских половых органов. Методическое пособие. М., 2002.
25. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. Руководство для врачей. 3-е изд. М.: Мед. информ. агентство, 2006; с. 582–92.
26. Стрижова Т.В. Повторные потери беременности: роль хронического эндометрита (патогенез и диагностика). Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2012.
27. Сухих Г.Т., Шуришалина А.В. Хронический эндометрит. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
28. Тихомиров А.Л., Сарсания С.И. Лечение воспалительных заболеваний органов малого таза. *Врач.* 2005; 6: 38–41.
29. Тихомиров А.Л. Современное лечение воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин с использованием офлоксацина. *Гинекология.* 2000; 2 (6).
30. Шуришалина А.В. Хронический эндометрит. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2007.
31. Черныш С.И. Аллокины, антивирусные и противоопухолевые препараты нового типа. XII национальный конгресс «Человек и лекарство». М., 2005; с. 72.
32. Яглов В.В. Воспалительные заболевания органов. *Гинекология.* 2006; 8 (4): 78–81.
33. Department of health and human services, Centers for Disease Control and Prevention. *Sex Transm Dis Treatment Guidelines 2006.*