

П.В. БУДАНОВ,  
К.М.Н., доцент  
ММА им. И.М. Сеченова

# Оптимизация лечения больных с воспалительными заболеваниями придатков матки

*Несмотря на несомненные достижения науки и практики в борьбе с инфекцией, проблема лечения воспалительных заболеваний женских половых органов остается актуальной. Многообразие вариантов клиники, диагностики и тактики лечения позволяет отнести эти процессы к наиболее сложным заболеваниям в гинекологии.*

**В**оспалительные заболевания половых органов, составляющие по данным различным авторов 60-65% среди амбулаторных и до 30% среди стационарных больных, представляют собой одну из основных медицинских проблем и оказывают существенное влияние на здоровье миллионов женщин детородного возраста (2, 9, 10, 13, 14). За последние годы во всех странах мира отмечено увеличение числа воспалительных заболеваний гениталий на 13% в общей популяции женщин репродуктивного периода и на 25% у женщин с ВМК, причем в три раза увеличилась частота тубо-овариальных образований, и их доля в структуре всех форм воспаления гениталий составила 27% (9, 14).

Придавая большое значение про-  
воцирующим факторам и факторам

риска, роль самого микробного агента в развитии воспалительных заболеваний половых органов является определяющей (1, 3).

Анализ результатов многочисленных бактериологических исследований в гинекологии, произведенных за последние 50 лет, выявил смену возбудителей этих заболеваний за эти годы (1, 3, 5, 10).

Аэробы, грамотрицательные и грамположительные микроорганизмы, чаще определяются в виде различных по составу микробных ассоциаций и значительно реже – монокультур; факультативные и облигатные анаэробы присутствуют изолированно или в составе с аэробными возбудителями (7).

При острых воспалительных заболеваниях придатков матки у 96,7% больных выявляются преимущественно полимикробные ассоциации, в которых доминирующая роль (73,3%) принадлежит условно-патогенным микроорганизмам (кишечная палочка, энтерококк, эпидермальный стафилококк) и анаэробам-бактероидам. Среди других микроорганизмов (26,7%) были выявлены хламидии (12,1%), микоплазмы (9,2%), уреоплазмы (11,6%), гарднереллы (19,3%), ВПП (6%) (2).

Роль вирусов в гнойном воспалении внутренних половых органов опосредована. До сих пор действие их остается недостаточно ясным и связывается в основном с иммунодефицитом, а именно с дефицитом интерферонов (14).

Воспаление придатков матки на протяжении многих лет занимает первое место в структуре гинекологических заболеваний и, несмотря на совершенствование методов лечения сальпингофоритов, не имеет тенденции к снижению. Подобная ситуация обусловлена, главным образом, резким увеличением частоты инфекций, передаваемых половым путем. Специфические инфекции являются основной причиной бесплодия и одним из ведущих факторов невынашивания беременности (16, 17). Этиологическая структура воспалительных заболеваний половых органов женщины крайне разнообразна. Спектр возбудителей включает в себя десятки видов всех классов микроорганизмов – бактерии, вирусы, простейшие и грибы.

В последние годы наряду с повышением общей частоты сальпингофоритов возросло число их стертых (латентных) форм, в клинике которых преобладают слизистогнойные или творожистые бели, умеренные боли, локализованные в нижних отделах живота, скудные ациклические маточные кровотечения, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Причем каждый из указанных симптомов может иметь самостоятельное значение или сочетаться лишь с од-

**Вобэнзим уменьшает побочные эффекты, связанные с приемом гормональных препаратов, Вобэнзим регулирует механизмы неспецифической защиты (выработка интерферонов), тем самым, проявляя противовирусное и противомикробное действие. Вторичное анальгезирующее действие Вобэнзима проявляется через воздействие на причинные факторы острого воспалительного процесса.**

ним признаком воспаления. В подобных ситуациях, как правило, не возникает необходимость в стационарном лечении, однако латентные формы сальпингоофоритов опасны не менее гнойных процессов, потому что из-за неадекватной терапии эти формы легко переходят в рецидивирующее течение, сопровождающиеся нарушениями анатомии в малом тазу (формирование плотных сращений, гидросальпинкса) и развитием хронической тазовой боли (3, 13, 14).

Осложненные формы гнойно-септических заболеваний в гинекологии – тяжелая патология. Несмотря на небольшую долю в структуре воспалительных заболеваний гениталий (около 5-7%), они приводят не только к потере специфических функций женского организма, но и к инвалидизации больных. Наиболее частой причиной развития абсцессов в области малого таза являются различные внутриматочные вмешательства (аборты, диагностическое выскабливание, гистероскопия), внутриматочные контрацептивы (46%), роды (53%).

В связи с широким повсеместным использованием антибиотиков и длительным использованием внутриматочной контрацепции отмечено возрастание роли грибов в развитии гнойного процесса (17). Грибы очень трудно культивируются и обычно ассоциируются с другими аэробными и анаэробными микроорганизмами, при этом точная роль актиномицетов в формировании абсцесса остается неясной. Одним из главных моментов в патогенезе воспалительного процесса является симбиоз патогенов (1, 3).

Второй по частоте (20-33%) причиной гнойного воспаления в малом тазу являются осложнения предыдущих операций. При этом провоцирующим фактором могут являться любые гинекологические вмешательства (включая лапароскопические) и особенно паллиативные и нерадикальные хирургические операции при гнойных заболеваниях придатков матки (4).

Таким образом, концепция этиологии и патогенеза воспалительных заболеваний в гинекологии включает:

- гноеродную микрофлору любой генитальной локализации, которая носит преимущественно ассоциативный характер, при этом грамотрицательные и анаэробные микроорганизмы являются основными деструктивными факторами; в то же время гонококк как возбудитель гнойного процесса в трубах и реже в матке и яичнике не только не утратил своего значения, но и повысил степень своей агрессии за счет сопутствующей микрофлоры, и в первую очередь ИППП;

- прогрессирование нагноения и последующей деструкции тканей на фоне активной антибактериальной терапии, поэтому при воспалительном процессе гениталий той или иной локализации степень и выраженность интоксикации, равно как и возможность развития септических осложнений, значительно возрастает ввиду повышающейся вирулентности и резистентности микрофлоры;

- недостаточность иммунной системы у больных с гнойными заболеваниями органов малого таза, которая является следствием не только тяжелого воспалительного процесса и длительного лечения, но и во многих наблюдениях причиной новых рецидивов, обострений и более тяжелого течения послеоперационного периода.

В основе успешного исхода лечения лежат хирургический и медикаментозный компоненты, причем их всегда необходимо рассматривать только как единое целое. Выбор метода, доступа и объема хирургического вмешательства всегда индивидуален, но в любом случае основной его принцип – радикальное удаление очага деструкции, по возможности атравматичное вмешательство, адекватная санация и дренирование брюшной полости, правильно подобранная интенсивная терапия и последующая реабилитация (2, 3, 4).

Неадекватная оценка тяжести течения инфекционного процесса и неправильная разработанная стратегия терапии приводят к развитию аутоиммунной патологии и хронизации воспалительных заболеваний (16).

В современных условиях, когда возрастает значимость амбулаторно-поликлинического лечения, полностью оправдан поиск новых методов лечения больных воспалительными заболеваниями гениталий. При этом должна преследоваться главная цель – достижение таких же условий эффективности, какие обеспечивает стационар. Однако не следует подменять ста-

Системная энзимотерапия была внедрена в клиническую практику 40 лет назад. В последнее время в нашей стране она начинает приобретать все большую популярность. Кэнтеральным формам протеолитических ферментов относится, в частности, препарат Вобэнзим, обладающий противоотечным, противовоспалительным, иммуномодулирующим действием.

ционарное лечение амбулаторным. Напротив, нужно заменить обоснованное стационарное лечение поликлиническим. Для этого, прежде всего, целесообразно выделить группы больных воспалительными заболеваниями придатков матки, лечение которых может проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях без снижения его эффективности.

В настоящее время существует множество различных антибактериальных препаратов, используемых при воспалительных заболеваниях половых органов у женщин, однако их эффективность остается низкой, поэтому проблема поиска новых препаратов и схем лечения остается весьма актуальной (6, 8, 11, 15).

Залогом успеха лечения больных воспалением придатков матки в амбулаторно-поликлинических условиях следует признать использование комплексного лечения и реабилитации, позволяющей снизить хронизацию процесса, частоту таких отдаленных осложнений как формирование тазовых перитонеальных спаек, внематочной беременности и бесплодия.

Воспалительные заболевания вне зависимости от этиологии сопровождаются выраженными явлениями

дисбактериоза, который усугубляется использованием антибактериальных препаратов, а у каждой второй пациентки происходит аллергия организма, что снижает эффективность и ограничивает применение антибактериальных препаратов.

Системная энзимотерапия была внедрена в клиническую практику 40 лет назад. В последнее время в нашей стране она начинает приобретать все большую популярность. К энтеральным формам протеолитических ферментов относится, в частности, препарат Вобэнзим, обладающий противовоспалительным, противовоспалительным, иммуномодулирующим действием.

Вобэнзим является комбинированным препаратом и представляет собой сочетание высокоактивных ферментов растительного и животного происхождения. Оказывает иммуномодулирующее, противовоспалительное, фибринолитическое, антиагрегантное и вторичное анальгезирующее действие.

Вобэнзим оказывает положительное воздействие на ход воспалительного процесса, ограничивает патологические проявления аутоиммунных и иммунокомплексных процессов, положительно влияет на показатели иммунологической реактивности организма. Стимулирует и регулирует функциональную активность моноцитов-макрофагов, естественных киллерных клеток, стимулирует противоопухолевый иммунитет, цитотоксические Т-лимфоциты, фагоцитарную активность клеток.

Под воздействием Вобэнзима снижается количество циркулирующих иммунных комплексов и происходит выведение мембранных депозитов иммунных комплексов из тканей.

Вобэнзим уменьшает инфильтрацию интерстиция плазматическими клетками. Повышает элиминацию белкового детрита и депозитов фибрина в зоне воспаления, ускоряет лизис токсических продуктов обмена веществ и отмирающих тканей; улучшает рассасывание гематом и отеков; нормализует проницаемость стенок сосудов. Вобэнзим снижает концентрацию тромбосана и агрегацию тромбоцитов. Регулирует адгезию клеток крови, повышает способность эритроцитов изменять свою форму, регулируя их пластичность; нормализует число нормальных дискоцитов (эритроциты) и уменьшает общее число активированных форм тромбоцитов, нормализует вязкость крови, снижает общее число микроагрегантов, таким образом, улучшая микроциркуляцию и реологические свойства крови, а также снабжение тканей кислородом и питательными веществами. Вобэнзим нормализует липидный обмен, снижает синтез эндогенного холестерина, повышает содержание липопротеинов высокой плотности, снижает уровень атерогенных липидов, улучшает всасывание полиненасыщенных жирных кислот.

Вобэнзим повышает эффективность антибиотикотерапии, увеличивая концентрацию антибиотиков в плазме крови и очаге воспаления, а также уменьшает побочные эффекты антибиотиков.

Вобэнзим уменьшает побочные эффекты, связанные с приемом гормональных препаратов, Вобэнзим регулирует механизмы неспецифической защиты (выработка интерферонов), тем самым, проявляя противовирусное и противомикробное действие. Вторичное анальгезирующее дей-

ствие Вобэнзима проявляется через воздействие на причинные факторы острого воспалительного процесса.

В основу данной работы положен анализ клинических наблюдений за 80 больными воспалением придатков матки в возрасте от 32 до 52 лет, получавших амбулаторное лечение.

Средний возраст обследованных женщин составил  $40,06 \pm 5,86$  лет. Необходимо отметить, что большинство из них – 47 (58,75%) находились в репродуктивном периоде, 33 (41,25%) – в пременопаузальном периоде.

При изучении особенностей менструальной функции установлено, что средний возраст наступления менархе составил  $13,08 \pm 1,24$  лет. Наиболее часто менструация наступала в возрасте 13-14 лет – 75%. До 12 лет менархе отмечалось у 13 (16,25%) женщин, а после 15 лет – у 7 (8,75%).

Продолжительность менструального цикла у большинства больных в среднем составила  $27,43 \pm 2,68$  дней, у 7 (8,75%) пациенток отмечался укороченный (меньше 21 дня) менструальный цикл, удлинённый (больше 35 дней) отмечен у 4 (5%). Во всех наблюдениях менструальный цикл был регулярным.

Длительность менструального кровотечения в среднем составила  $5,46 \pm 2,56$  дней, у 16 (20%) пациенток отмечено удлинение менструаций (свыше 7 дней), а у 4 (5%) – их укорочение (до 2 дней).

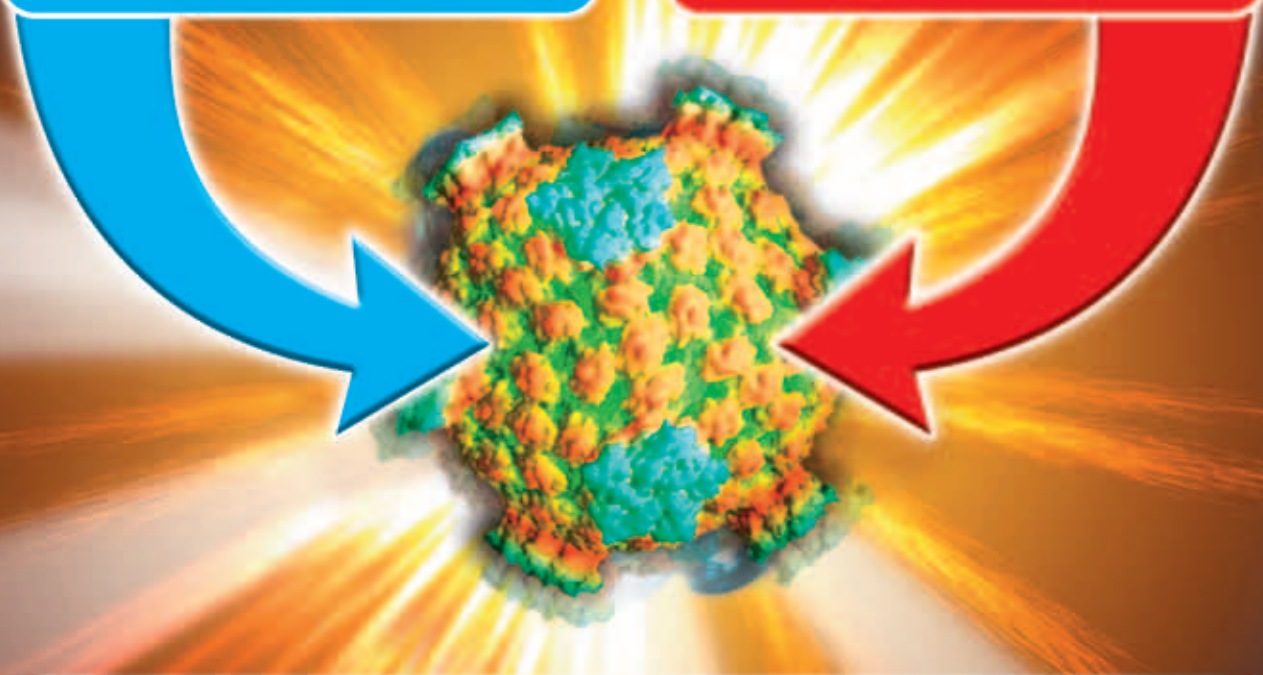
Средний возраст начала половой жизни составил  $18,21 \pm 0,57$  лет. При этом ее раннее начало (14-17 лет) отмечено в 33,3% наблюдений. К моменту обследования 96,6% женщин вели регулярную половую жизнь, а 13,3% пациенток указывали на наличие двух и более половых партнеров.

При изучении репродуктивной функции обнаружено, что одну и более беременностей имели 67 женщин: 3 (3,75%) – одну беременность, а 64 (80%) – несколько. 59 (73,75%) женщин предохранялись от нежелательной беременности с помощью внутриматочных контрацептивов. У 56 (70%) пациенток беременности заканчивались рода-

**Вобэнзим оказывает положительное воздействие на ход воспалительного процесса, ограничивает патологические проявления аутоиммунных и иммунокомплексных процессов, положительно влияет на показатели иммунологической реактивности организма. Стимулирует и регулирует функциональную активность моноцитов-макрофагов, естественных киллерных клеток, стимулирует противоопухолевый иммунитет, цитотоксические Т-лимфоциты, фагоцитарную активность клеток.**



# Антибиотики + Вобэнзим



## ДВОЙНОЙ УДАР ПО ИНФЕКЦИИ

- Активизирует иммунную систему, стимулирует выработку интерферонов
- Увеличивает эффективность антибиотиков и их концентрацию в очаге воспаления
- Уменьшает токсичность антибиотиков и выраженность побочных эффектов
- Поддерживает биоценоз кишечника и улучшает процессы переваривания
- Снижает риск заболеваний и осложнений



Один препарат **5** действий

С.-Петербург (812) 315-9585  
Москва (495) 231-2731  
Ростов-на-Дону (863) 244-1645  
Самара (846) 273-3463



Новосибирск (913) 945-2008  
Владивосток (4332) 22-0126  
Н. Новгород (8312) 91-8049  
[www.mucos.ru](http://www.mucos.ru)



**Таблица 1. Результаты бактериологического исследования содержимого цервикального канала при сальпингофорите**

Тип возбудителя	Количество обследованных больных
<i>St.aureus, epidermidis</i>	12 (15%)
<i>E.coli</i>	6 (7,5%)
<i>Str. pyogenes, viridans</i>	18 (22,5%)
<i>Acinetobacter baumannii</i>	3 (3,75%)
<i>Bacteroides fragilis</i>	9 (11,25%)
<i>Enterobacter cloacae</i>	3 (3,75%)
<i>Enterococcus</i>	6 (7,5%)
<i>Gargnerella vaginalis</i>	9 (11,25%)
<i>Candida albicans</i>	6 (7,5%)
<i>Peptostreptococcus anaerobius</i>	6 (7,5%)
<i>Peptostreptococcus intermedius</i>	15 (17,86%)

ми, у 61 (76,25%) женщин выполнен искусственный аборт. Наличие в анамнезе внематочной беременности установлено у 8 (10%) больных.

Изучение характера телосложения, произведенное с учетом индекса массы тела (ИМТ = масса (кг)/рост (м<sup>2</sup>)), показало, что избыточную массу тела имели 40% больных.

Большинство пациенток в прошлом перенесли различные экстрагенитальные заболевания как в детском, так и репродуктивном возрасте. При этом отмечено сочетание двух или нескольких нозологий. Среди перенесенных гинекологических заболеваний наиболее часто встречались воспалительные процессы матки и ее придатков. При этом ранее сальпингофорит диагностирован у 38 (47,5%) обследованных пациенток. Псевдоэрозия шейки матки в анамнезе отмечена у 14 (17,5%) пациенток.

Хирургическое лечение в прошлом выполнено 15 (18,75%) пациенткам: в 7 (8,75%) наблюдениях по поводу опухолей и опухолеподоб-

ных образований яичников в объеме резекции яичников, в 8 (10%) – по поводу нарушенной трубной беременности (тубэктомия).

Комплекс диагностических мероприятий составил: детальное клиническое исследование с изучением анамнеза, особенностей менструальной и репродуктивной функций; катamnестическое наблюдение в течение 1 года; трансвагинальное ультразвуковое сканирование; бактериологическое исследование отделяемого из цервикального канала. Варианты проведенного лечения привели к разделению больных на две группы. В первую группу вошли 36 женщин, получавших только антибактериальную и симптоматическую терапию. Вторую группу (44 больных) составили пациентки, принимавшие Вобэнзим одновременно с началом антибактериальной терапии.

Длительность основного заболевания во всех исследуемых группах колебалась от нескольких часов до нескольких дней. Основными кли-

ническими проявлениями воспаления придатков матки были боли различной интенсивности, локализованные в нижних отделах живота (100%), лихорадка фебрильного и гипертермического типов (60%), нарушения менструальной функции по типу метrorрагии (32,5%), дизурические расстройства (26,25%). Острое начало заболевания отмечено у 53 (66,25%) больных.

Нарушение функции желудочно-кишечного тракта отмечено у 15 (18,75%) больных. Нарушения проявлялись в болезненной перистальтике, тенезмах, запорах, диарее, тошноте и рвоте, болями при дефекации.

При изучении морфологии крови наличие острофазовых показателей (нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ, гиперглобулинемия) выявлено у 80 (100%) женщин, в клиническом анализе мочи у 12 (40%) больных первой группы и у 14 (46,66%) – второй группы.

Бактериологическое исследование проводилось всем пациенткам. Микробный спектр выделенных возбудителей отличался многообразием – факультативные анаэробы: энтеробактерии, энтерококки, стрептококки, стафилококки, гарднереллы; облигатные анаэробы: бактероиды, пептострептококки; аэробы: ацетобактерии; грибы рода *Candida* (таблица 1). Бактериальный рост получен в 70,57% исследований.

Факультативные анаэробы и аэробы присутствовали в 46,07% наблюдений, облигатные анаэробы – в 36,61%, грибы *Candida* – в 7,5%.

Наиболее часто встречались *Str. pyogenes, viridans* (22,5%), *Peptostreptococcus intermedius* (17,86%), *St.aureus, epidermidis* (15%), *Bacteroides fragilis* (11,25%), *Gargnerella vaginalis* (11,25%, высеивалась только в ассоциациях с другими микроорганизмами). Проведенные исследования показали, что у каждой третьей пациентки бактериальный рост отсутствовал. Среди этих больных в процессе обследования были обнаружены различные инфекции, передающиеся преимущественно половым путем.

**Осложненные формы гнойно-септических заболеваний в гинекологии – тяжелая патология. Несмотря на небольшую долю в структуре воспалительных заболеваний гениталий (около 5-7%), они приводят не только к потере специфических функций женского организма, но и к инвалидизации больных. Наиболее частой причиной развития абсцессов в области малого таза являются различные внутриматочные вмешательства (аборты, диагностическое выскабливание, гистероскопия), внутриматочные контрацептивы, роды.**

Почти в половине наблюдений имелись различные ассоциации микроорганизмов, максимально до четырех в одном посеве.

Чувствительность к антибактериальным препаратам изучена у всех штаммов микроорганизмов, выделенных при исследовании.

Выбор антибактериального препарата осуществлялся с учетом чувствительности возбудителя, удобства применения и возможностью перорального приема.

Пациентки второй группы, кроме комплексного этиотропного лечения воспаления придатков матки, одновременно с началом медикаментозной терапии получали Вобэнзим по схеме: 7 драже 3 раза в день в течение 2-х месяцев, курсовая доза составила 1200 драже. Препарат хорошо переносился больными, побочных эффектов, потребовавших отмены препарата не наблюдалось.

Патогенетическим обоснованием применения полиферментного препарата Вобэнзим явилось его противовоспалительное, антипролиферативное, иммуномодулирующее, анальгезирующее действия. Эффективность использования сопоставлялась с традиционной терапией. Сравнительный анализ базировался на данных клинического, эхографического и бактериологического исследований с учетом результатов в течение 1 года.

В первой группе пациентов адекватный эффект применения антибиотиков в сочетании с нестероидными противовоспалительными средствами не был достигнут у двух пациенток (5,5%), что потребовало

**Рисунок 1. Сравнительная эффективность включения энзимотерапии в комплекс лечения больных острым сальпингофоритом**



лечения в стационаре. Среди женщин, получавших в составе терапии Вобэнзим, клиническая эффективность составила 100% (рисунок 1).

Кроме того, на фоне применения Вобэнзима отмечено более быстрое купирование болевого синдрома, функциональных расстройств желудочно-кишечного тракта: в среднем, к 3-4 суткам лечения, тогда как традиционная терапия достигала субъективных результатов к 4-6 суткам лечения. Показатели микробиологической эффективности прямо коррелировали с клиническим эффектом.

Назначение антибактериальной терапии приводило к развитию дисбактериоза кишечника у 44,4% больных первой группы. Использование энзимотерапии позволило в 6,5 раза уменьшить риск развития дисбактериоза кишечника.

Наблюдение за женщинами в течение одного года после проведенного лечения позволило установить, что сочетание традиционного лечения больных острым сальпингофоритом с назначением поли-

ферментных препаратов позволяет снизить частоту рецидивирования воспалительных заболеваний почти в 5 раз. После применения энзимотерапии отмечено в 2,2 раза более частое наступление беременности, что позволяет предположить оптимизацию процессов пролиферации и репарации инфекционного процесса, приводящую к восстановлению анатомической и функциональной полноценности тканей.

Таким образом, отсутствие побочных реакций от применения Вобэнзима, более быстрое купирование субъективных симптомов придают энзимотерапию высокую комплаентность. Включение Вобэнзима в состав терапии воспалительных заболеваний половых органов у женщин повышает эффективность лечения и составляет важную часть противорецидивной терапии, позволяющей сохранить репродуктивную функцию. Профилактика развития дисбактериоза кишечника на фоне энзимотерапии составляет основу сохранения общей резистентности организма.

## Список литературы:

1. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Баев О.Р., Буданов П.В. Генитальные инфекции. М.: Издательский дом «Династия», Москва, 2003, с. 140.
2. Зуев В.М. Некоторые вопросы патогенеза, диагностика и комплексная терапия женщин с воспалительными процессами и доброкачественными новообразованиями органов репродуктивной системы. Автореф. дисс. докт. мед. наук, Москва, 1998, с. 58.
3. Кисина В.И., Канищева Е.Ю. Воспалительные заболевания органов малого таза у женщин и связь их с инфекциями, передаваемыми половым путем. Часть 1. Этиология, патогенез. Вест. дермат. и венерол., 2002; 3, с. 25-30.
4. Краснополянский В.И. Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. Москва: МЕДпресс, 2001, с. 8.
5. Краснополянский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. Москва: МЕДпресс, 1999, с. 233.
6. Падейская Е.Н. Профилактика, диагностика и фармакотерапия некоторых инфекционных заболеваний: Лекции для практического врача. Москва, 2002, с. 64-73.
7. Подзолкова Н.М. Патогенез, диагностика и лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки. Автореф. дис. докт. мед. наук. Москва, 1993, с. 47.
8. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. Москва, Боргес, 2002, с. 276.
9. Савельева Г.М., Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов у женщин. Москва, Медицина, 1987, с. 158.
10. Савельева Г.М., Серов В.Н., Кулаков В.И. Объединенный пленум правлений Всероссийского научного общества акушеров-гинекологов: Тезисы докладов. Москва, 1999, с. 5-11.
11. Сметник В.П., Гуртовая Н.Б. Принципы лечения острых воспалительных заболеваний придатков матки (обзор литературы). Межд. реф. журн. 1989, № 4.
12. Яковлев В.П., Яковлев С.В. Рациональная антимикробная фармакотерапия. Литера, 2003.
13. Gardo S. Inflammation of the pelvis minor. Orv. Hetil. 1998. Vol. 139 (36). P. 2115-2120.
14. Kottmann L.M. Pelvic inflammatory disease: clinical overview. J. Obstet. Gynec. Neonatal. Nurs. 1995. Vol. 24. P. 759-767.
15. Milo G., Katchman E.A., Paul M. et al. Duration of antibacterial treatment for uncomplicated urinary tract infection in women. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Apr 18; (2):CD004682.
16. Sary A. European guidelines for management of Chlamydial infection. Int. J. of STD and AIDS. 2001. V. 12 (Suppl. 3). P. 30-34.
17. William M.G. Approaches to the management of uncomplicated genital Chlamydia trachomatis infections. Expert Review of Anti-infective Therapy. Oct. 2004. Vol. 2, №. 5. Pages 771-785.