

А.Г. Корнацька, д.м.н., І.Б. Вовк, д.м.н., професор, Г.В. Чубей, ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології НАМН України», м. Київ

Запальні захворювання органів малого таза, спричинені інфекціями, що передаються статевим шляхом

Запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) займають перше місце (55–70%) в структурі гінекологічної захворюваності і є однією з причин порушення багатьох функцій органів та систем жіночого організму. До ЗЗОМТ належать запалення ендометрія та міометрія, маткових труб, яєчників та тазової очеревини. Сальпінгофорит належить до найчастішої локалізації ЗЗОМТ [1].

Відповідно до клінічних ознак розрізняють: гострий або підгострий сальпінгіт, який проявляється тазовими болями різної інтенсивності, а також клінічними та біологічними ознаками запалення, і хронічний сальпінгіт, який може перебігати без клінічних проявів та діагностується при виникненні віддалених ускладнень (безпліддя, позаматкова вагітність) [2].

У сучасних умовах запальні захворювання жіночих статевих органів нерідко мають тривалий рецидивуючий перебіг і переходять у хронічну стадію. Соціальне значення цієї патології зумовлене розвитком важких ускладнень, які призводять до зниження фертильності, а також викликають збільшення затрат, пов'язаних зі зниженням якості життя хворих [3].

Відомо, що частота запальних захворювань геніталій зростає з дебютом статевого життя, що свідчить про значну роль інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), у генезі цих захворювань [4].

ІПСШ — це інфекції, які поширюються, головним чином, в результаті сексуальних контактів від людини до людини. Існує понад 30 видів різних бактерій, вірусів і паразитів, які передаються статевим шляхом. Деякі, зокрема ВІЛ і сифіліс, можуть також передаватися від матері дитині під час вагітності і пологів, а також через продукти крові й при трансплантації тканин. Патогенні мікроорганізми, які викликають деякі з найпоширеніших ІПСШ, можна розділити на бактерії, віруси та паразити.

Бактеріальні інфекції:

- *Neisseria gonorrhoeae* (викликає гонорею або гонококову інфекцію);
- *Chlamydia trachomatis* (викликає хламідійні інфекції);
- *Treponema pallidum* (викликає сифіліс);
- *Haemophilus ducreyi* (викликає м'який шанкр);
- *Klebsiella granulomatis* (відома раніше як *Calymmatobacterium granulomatis*, викликає пахову грануому або донованоз).

Вірусні інфекції:

- вірус імунodefіциту людини (викликає СНІД);
- вірус простого герпесу 2 типу (викликає герпес статевих органів);
- вірус папіломи людини (викликає гострі кондиломи, а деякі підтипи призводять до розвитку раку шийки матки у жінок);
- вірус гепатиту В (викликає гепатит, а хронічні випадки можуть призводити до розвитку раку печінки);
- цитомегаловірус (викликає запалення цілої низки органів, включаючи мозок, очі й кишечник).

Інші мікроорганізми:

- *Trichomonas vaginalis* (викликає вагінальний трихомоніаз);
- *Candida albicans* (викликає вульвовагініт у жінок; запалення голівки статевого члена й крайньої плоті (баланопостит) у чоловіків) [5].

Однією з найбільш розповсюджених ІПСШ є хламідіоз. У США кожен рік реєструється понад 600 тис. хворих на урогенітальний хламідіоз. У Великій Британії розповсюдженість хламідійної інфекції найбільш висока у 15–19-річних жінок (800/100 тис. населення). У Швеції — 1000/100 тис. населення [6].

Збудник урогенітального хламідіозу — *Chlamidia trachomatis* серотипів DK, облигатний паразит, який має у складі ДНК і РНК, володіє високою контагіозністю і вираженням тропізмом до циліндричного, рідше багатонарвового плоского епітелію, моноцитів. Хламідіям властивий

унікальний цикл розвитку. Він представлений двома клітинними формами: інфекційними, які не проявляють метаболічну активність, елементарними тілами та репродуктивними внутрішньоклітинними ретикулярними тільцями [7].

Гонорея — інфекційне захворювання, яке викликає грамнегативний диплокок *Neisseria gonorrhoeae*. Гонорея — це досить розповсюджене захворювання, частота якого становить від 1–2 до 25% в деяких популяціях. Останнім часом відзначається зниження захворюваності на гонорею, проте така тенденція зумовлена швидше неповною реєстрацією захворювання, що пов'язано зі збільшенням хронічних форм, які перебігають безсимптомно або з мінімальними проявами [8].

Інфекція, викликана *Neisseria gonorrhoeae*, переважно вражає слизовий епітелій уретри, ектоцервікса, прямої кишки, глотки та кон'юнктиви. Може спостерігатися поширення інфекції через слизову оболонку з ураженням ендометрія та органів малого таза в жінок, а також лімфогенне та гематогенне розповсюдження збудника з ураженням різних органів та систем [9].

В останні роки зросла кількість запальних процесів геніталій, при яких не виявляють *N. gonorrhoeae* або *C. trachomatis*. Етіологічними агентами у таких випадках часто виступають генітальні уреоплазми і мікоплазми (*U. urealyticum*, *M. genitalium*). У людини виявляють 14 видів мікоплазм, більшість з яких є комменсалами здорових людей, проте деякі володіють патогенними властивостями. Найбільш часто з геніталій виділяють *U. urealyticum*, *M. hominis*, *M. genitalium* [10, 11].

Збудник сечостатевого трихомоніазу — найпростіший одноклітинний організм вагінальна трихомонада (*Trichomonas vaginalis*). *Trichomonas vaginalis* для людини є найбільш патогенною, основні місця паразитування: слизова піхви, ектоцервікс, уретра, сечовий міхур, інколи порожнина матки та маткові труби. У світі на трихомоніаз хворіють близько 170 млн людей. Частота інфікування в розвинених країнах становить 2–10%, а в країнах, що розвиваються — 15–40%. Носіями трихомонад є 40–50% хворих зі змішаною урогенітальною інфекцією, при цьому захворювання в 50% випадків перебігає безсимптомно. Середня тривалість трихомоніазу в жінок становить 3–5 років.

T. vaginalis здійснює незавершений фагоцитоз різних мікроорганізмів і цим самим сприяє резервуванню у собі гонококів, хламідій, вірусів та інших інфекційних агентів, у яких відзначається висока резистентність до антибіотиків, що є однією з причин рецидивів урогенітальних інфекцій [12].

Збудник кандидозу — дріжджові гриби роду *Candida*, одноклітинні мікроорганізми величиною 6–10 мкм. Гриби роду *Candida* диморфні: утворюють бластоміцети (клітини-бруньки) і псевдоміцелій (нитки подовжених клітин). Нараховується понад 180 видів мікроорганізмів роду *Candida*. Патогенними для людини є: *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. krusei*, *C. pseudotropicalis* та інші [13, 14].

Генітальний герпес може бути викликаний або вірусом простого герпесу 1 типу (ВПГ-1), або вірусом простого герпесу 2 типу (ВПГ-2). Герпетична інфекція проявляється симптоматичним (клінічно вираженим) перебігом на місці проникнення вірусу (тобто навколо геніталій) або перебігає як безсимптомне захворювання. Після інфікування вірус переходить у латентний стан у місцевому чутливому ганглії і періодично реактивується, викликаючи клінічно виражені вогнища.

Захворювання, викликані вірусами герпесу, займають друге місце серед причин смертності від вірусних інфекцій (поступаючись тільки вірусу грипу). До 13–14 років 70–80% дитячого населення інфіковані вірусами герпесу, а до 50 років кількість інфікованих перевищує 90%. На рецидивуючі форми хвороби страждають 5–12% населення, які потребують призначення лікування [15].

Основну роль у діагностиці ІПСШ відіграють лабораторні методи, направлені на виявлення збудників ІПСШ в різному біологічному матеріалі [16, 17]:

- мікроскопічний (аналіз мазка на мікрофлору);
- культуральний (кількісне виявлення збудника класичним бактеріологічним методом);
- напівкількісне виявлення та визначення чутливості;
- молекулярно-біологічний (полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР);
- імунологічний (імуноферментний аналіз).

Проте, не завжди є можливість лабораторної ідентифікації збудників перед призначенням терапії, особливо при гострому початку захворювання. Діагноз запальних захворювань геніталій базується на клінічних даних. Основними симптомами ЗЗОМТ є больовий синдром; порушення менструального циклу; порушення статевої функції; виділення зі статевих шляхів; дизуричні явища; загальні прояви запальних процесів [18].

Міжнародним центром з контролю і попередження захворювань США (CDC, 2006) встановлені такі мінімальні діагностичні критерії ЗЗОМТ [2]: болючість при пальпації нижньої частини живота, болючість у ділянці придатків, болючі тракції шийки матки.

Терапія запальних захворювань геніталій має бути комплексною і включати адекватне знеболення, дезінтоксикацію, хірургічне втручання за необхідності, але основою успішного лікування є раціональна антибактеріальна терапія [19, 20].

Основні принципи призначення антибактеріальної терапії згідно з Європейськими рекомендаціями щодо лікування ЗЗОМТ (2007 р.) [21]:

- За відсутності точних діагностичних критеріїв рекомендується емпіричне лікування ЗЗОМТ.
- Вибір антибіотиків для лікування ЗЗОМТ має базуватися на їх ефективності, підтвердженій в дослідженнях, які ґрунтуються на принципах доказової медицини.
- Перевагу надають монотерапії з використанням антибактеріальних препаратів адекватного спектра дії.



А.Г. Корнацька

- Проводиться лікування протягом 14 днів антибіотиками, які є ефективними проти:

- *Neisseria gonorrhoeae* (фторхфінолони, цефалоспорини, пеніциліни);
- *Chlamydia trachomatis* (тетрацикліни, макроліди);
- Анаеробних бактерій (метранідазол).

При важкому ускладненому перебігу запальних захворювань геніталій лікування проводиться в стаціонарі. Показаннями для госпіталізації в гінекологічний стаціонар є клінічні прояви гострого запального процесу жіночих статевих органів, тубооваріальні гнійні пухлини, необхідність виключення гострої хірургічної патології, важкий стан хворої, неефективна амбулаторна терапія або непереносимість пероральних форм антибактеріальних препаратів. Основні режими антибактеріальної терапії для використання в стаціонарі [1, 22, 23]:

- цефокситин 2 мг 4 рази на добу в/в + доксициклін в/в або per os 100 мг 2 рази на добу + метронідазол 400 мг 2 рази на добу 14 днів;
- кліндаміцин 900 мг в/в 3 рази на добу + гентаміцин 2 мг/кг і потім 1,5 мг/кг 3 рази на добу 14 днів;
- кліндаміцин 450 мг 4 рази на добу per os 14 днів;
- доксициклін 100 мг 2 рази на добу per os + метронідазол 400 мг 2 рази на добу 14 днів.

Протитрихомонадна терапія проводиться першим етапом — до антибіотикотерапії, враховуючи властивість трихомонад резервувати інші мікроорганізми. Необхідним є одночасне лікування статевих партнерів за епідеміологічними показаннями. Використовуються препарати класу 5-нітроїмідазолів: метронідазол, тинідазол, орнідазол, німоразол, тенонітрозол [9]. Препаратом першого вибору є метронідазол по 500 мг перорально двічі на день протягом 5–7 днів. Місцеве лікування проводиться метронідазолом по 500 мг (1 вагінальний свічок) протягом 7–10 днів [24].

Показання для призначення лікування гонореї:

- визначення з використанням мікроскопії внутрішньоклітинних грамнегативних диплококів у мазках, отриманих з урогенітальних виділень;
- позитивний результат посіву чи тесту на ампліфікацію антигенів на *N. gonorrhoeae* при будь-якій локалізації уражень;
- за епідеміологічними показниками, якщо в недавнього статевого партнера визначена гонококова інфекція;
- за наявності слизово-гнійного цервіциту, якщо проведення швидких діагностичних тестів не можливе, а також після збору мазків для лабораторних досліджень.

За таких обставин показане комбіноване лікування гонококової і хламідійної інфекцій. Препаратами вибору є антибіотики пеніцилінового ряду, макроліди, тетрацикліни, цефалоспорини [7].

Медична допомога у випадку неускладненої хламідійної інфекції нижнього відділу сечостатевого тракту надається в амбулаторних умовах (тривалість лікування — 10 днів), а у випадку ускладненої хламідійної інфекції органів малого таза та інших сечостатевих органів лікування

проводиться в стаціонарі (тривалість лікування — 14–20 днів). Проводиться одночасне лікування статевих партнерів [25].

В Україні згідно з клінічним протоколом «Інфекції, що передаються статевим шляхом» [24] для системної антибактеріальної терапії хламідійної інфекції рекомендовані такі препарати:

- азитроміцин (напівсинтетичний макролід) — перорально 1,0 г на добу, далі по 0,5 г 1 раз на добу протягом 3 днів;
- кларитроміцин — перорально по 250 мг 2 рази на добу протягом 7–14 днів;
- рокситроміцин — перорально по 0,3 г 2 рази на добу протягом 10–14 днів.

Місцеве лікування: еритроміцин — мазеві вагінальні аплікації протягом 10–14 днів.

У Російській Федерації для лікування рецидивуючого хламідіозу, хламідіозу верхніх відділів сечостатевої системи, органів малого тазу прийняті такі схеми терапії: азитроміцин 1,0 г одноразово 1 раз на тиждень протягом 3 тижнів, курсова доза 3 г або джозаміцин 500 мг перорально 2 рази на день протягом 14 днів [7].

Європейськими рекомендаціями щодо лікування хламідійної інфекції [26] регламентовані такі антибактеріальні препарати:

- азитроміцин — 1 г перорально одноразово;
 - доксициклін — по 100 мг перорально 2 рази на добу протягом 7 днів.
- Альтернативні схеми:
- кларитроміцин — 250 мг 2 рази протягом 7 днів;
 - еритроміцин — 500 мг перорально 4 рази на добу протягом 7 днів;
 - рокситроміцин — 150 мг перорально 2 рази на добу протягом 7 днів;
 - офлоксацин — 200 мг перорально 2 рази на добу протягом 7 днів.

Згідно з останніми рекомендаціями американських досліджень 2010 року фторхінолони не входять ні до рекомендованих, ні до альтернативних режимів терапії ЗЗОМТ у зв'язку з розповсюдженістю резистентних до них гонококів. Проте у разі неможливості використання цефалоспоринів все ж допускається призначення офлоксацина та левофлоксацина, якщо при мікробіологічному дослідженні або методом ПЛР *Neisseria gonorrhoeae* в цервікальному каналі не виявлена. Якщо вона все ж таки виявлена, то терапію коригують з урахуванням чутливості виділеного штаму, а при неможливості її визначення до любого фторхінолону додають 2 г азитроміцину одноразово для ерадикації гонококів. З практичної точки зору протихламідійні, протимікоплазменні фторхінолони можуть застосовуватися для лікування ЗЗОМТ, але обов'язково в поєднанні з одноразовим введенням ефективних протигонікокових препаратів (цефалоспоринів II–IV поколінь, переважно цефтріаксону) [2].

Більшість дослідників вважають, що критеріями призначення етіологічної терапії у разі виявлення генітальних мікоплазм є:

- клінічні та лабораторні ознаки запального процесу в органах сечостатевої системи;
- результати комплексного мікробіологічного обстеження на наявність патогенних та умовно-патогенних мікроорганізмів з кількісним виявленням генітальних мікоплазм $>10^4$ КОЕ/мл;
- перед майбутніми оперативними або іншими інвазивними втручаннями на органах малого тазу;
- безплідність, коли крім генітальних мікоплазм не встановлено інших її причин [27].

Схеми лікування в цьому випадку не відрізняються від схем лікування хламідійної інфекції. При цьому, слід відзначити, що при вивченні еволюції антибіотикочутливості мікоплазм встановлено зростання кількості резистентних штамів до рокситроміцину, кларитроміцину, левофлоксацину та кліндаміцину. Водночас частота антибіотикорезистентності до азитроміцину, джозаміцину, доксицикліну не змінилася. Проводиться одночасне лікування статевих партнерів [28].

Первинні випадки лікування гострого вульвовагінального кандидозу, як правило, не викликають ускладнень. Натомість лікування рецидивуючого вульвовагінального кандидозу є складнішим. Лікування потребує використання не лише протигрибкових препаратів, але й призначення комплексу допоміжної терапії. Практично всі штами *C. krusei* первинно резистентні до флуконазолу, а більшість ізолятів *C. glabrata* відрізняються дозозалежною чутливістю або резистентні до флуконазолу та ітраконазолу, а саме 15% штамів *C. glabrata* резистентні до флуконазолу, 46% штамів *C. glabrata* і 31% *C. krusei* резистентні до ітраконазолу [29].

Для лікування гострого вульвовагінального кандидозу в Російській Федерації запропоновано такі препарати:

- бутоконазол: 2% вагінальний крем 5 г одноразово;
- кетоконазол: вагінальні свічки 400 мг (1 свічка) 3–5 днів;
- флуконазол: перорально 150 мг одноразово;
- ітраконазол: перорально по 200 мг 2 рази на добу 3 дні;
- сертаконазол: 300 мг (1 вагінальна свічка) одноразово;
- клотримазол: по 100 мг (1 вагінальна таблетка) протягом 7 днів або по 200 мг (2 вагінальні таблетки) протягом 3 днів або по 500 мг (1 вагінальна таблетка) одноразово або 1% крем 5 г інтравагінально 7–14 днів;
- міконазол: вагінальні свічки по 100 мг (1 свічка) на ніч 7 днів або по 200 мг (1 свічка) 3 дні;
- ністатин: вагінальні таблетки 100000 ОД (1 свічка) 1 раз на добу протягом 14 днів;
- тіоконазол 6,5% мазь 5 г інтравагінально одноразово.

Незважаючи на високу ефективність традиційної місцевої терапії у багатьох пацієнток через 1–3 місяці виникають рецидиви. Терапія хронічного вульвовагінального кандидозу має включати системний антимікотик (ітраконазол по 200 мг 2 рази на добу 3 дні або флуконазол по 150 мг протягом 3 днів) та місцеву терапію препаратами азолового ряду, в середньому протягом 14 днів.

Профілактику рецидивів вульвовагінального кандидозу рекомендується проводити протягом 6 міс шляхом призначення ітраконазолу по 200 мг перорально або флуконазолу по 150 мг у перший день менструації, терапія місцевими препаратами 1 раз на тиждень [30].

В Україні лікування вагінального кандидозу регламентоване клінічним протоколом «Інфекції, що, передаються статевим шляхом» [24], згідно з яким системне антимікотичне лікування проводиться одним з таких препаратів: триазол (флуконазол) — перорально по 150 мг одноразово або по 50 мг протягом семи днів; або ітраконазол — перорально по 200 мг 2 рази на день протягом одного дня. Місцеве антимікотичне лікування включає використання клотримазолу — по 1 вагінальній таблетці (200 мг) 1 раз на добу протягом 3 днів (доза 500 мг щотижня може бути використана при рецидивуючому кандидозі), або міконазол — по 1 вагінальній свічці (400 мг) щоденно протягом 3 днів, або в дозі 1200 мг одноразово.

Для початку протигерпетичної терапії досить тільки клінічної підозри. Лікування первинного епізоду генітального герпесу має включати призначення системних протівірусних препаратів [24]:

- ацикловір — перорально по 200 мг 5 разів на добу протягом 5 днів;
- фамцикловір — перорально по 250 мг 3 рази на добу протягом 5 днів;
- валацикловір — перорально по 200 мг 5 разів на добу протягом 5 днів.

Місцеве лікування: ацикловір — крем наноситься на місця уражень 5 разів на добу протягом 5–10 днів.

Тривалість лікування в стаціонарі — 5–15 днів. Для закріплення терапевтичного ефекту у хворих з частими рецидивами

захворювання проводять тривале лікування ацикловіром (3–18 міс) амбулаторно [31].

Епізодична терапія показана пацієнтам з рецидивами менше 6 разів на рік. Вона не попереджує подальші рецидиви і проводиться шляхом призначення ацикловіру по 800 мг двічі на день або по 400 мг тричі на добу, або по 200 мг 5 разів на добу, тривалість лікування 5 днів.

Супресивна терапія показана пацієнтам з рецидивами генітального герпесу більше 6 разів на рік. Переваги: збільшені інтервали між рецидивами, зменшене кількість рецидивів на рік на 70–80%, знижує субклінічне виділення вірусу на 90%, зменшує передачу вірусу статевому партнеру. З метою супресивної терапії генітального герпесу призначається ацикловір у дозі 400 мг двічі на добу, тривалість лікування визначається індивідуально [32, 33].

Крім етіологічної терапії до комплексу лікування при запальних захворюваннях геніталій включають препарати, які сприяють відновленню нормального біоценозу піхви, покращують мікроциркуляцію. Успішність лікування запальних захворювань геніталій також залежить від своєчасної корекції гормональних порушень, лікування супутніх соматичних, ендокринних, інфекційних та інших захворювань.

Оцінка ефективності терапії проводиться на підставі клінічних даних через 2 тижні; результатів бактеріологічного та бактеріоскопічних досліджень, відсутності рецидиву захворювання через місяць.

Критеріями ефективності комплексної протизапальної терапії ЗЗОМТ є відсутність больового синдрому та патологічних виділень зі статевих шляхів; нормалізація бактеріальної флори при мікробіологічному дослідженні; відсутність хламідій, уреоплазм і мікоплазм при дослідженні методом ПЛР.

Зважаючи на складну демографічну ситуацію, що склалася в країні, пріоритетним напрямом є збереження репродуктивного здоров'я населення, особливого жіночого. Тому на сьогоднішній день особливою увагою приділяється прегравідарній підготовці. Пацієнтки з перенесеними ЗЗОМТ становлять групу ризику виникнення різноманітних перинатальних порушень, що зумовлює важливість обстеження таких жінок на етапі планування вагітності, а в разі виявлення ІПСШ проведення адекватного ефективного курсу комплексної терапії з урахуванням збудника з подальшим контролем ефективності лікування. Своєчасна діагностика та лікування запальних процесів органів малого тазу дозволяє значно знизити частоту ускладнень перебігу вагітності на різних термінах, попередити репродуктивні втрати та дає можливість жінці народити здорового дитину.

Таким чином, широка розповсюдженість ЗЗОМТ та їх численні негативні наслідки для репродуктивного здоров'я жінок, часто субклінічний та безсимптомний перебіг вимагають уважного ставлення лікарів до ІПСШ, які є однією з основних причин виникнення цієї патології. За наявності мінімальних ознак ЗЗОМТ необхідно проводити комплексне обстеження на ІПСШ особливо на етапі прегравідарної підготовки.

При призначенні антибактеріальної терапії слід враховувати полімікробну природу цієї патології та використовувати сучасні національні та міжнародні рекомендації. Успіх лікування залежить від багатьох чинників, таких як вибір оптимального антибактеріального препарату відповідно до виявленої флори, вибір оптимальної схеми лікування, чітке дотримання методики лікування, доступність препарату, хороша його переносимість та відсутність побічної дії.

Рання діагностика та своєчасна терапія ЗЗОМТ є запорукою зниження негативних наслідків захворювання та можливості запобігання виникненню ускладнень, особливо таких як безплідність, невиношування вагітності.

Література

1. Клінічний протокол з акушерської та гінекологічної практики «Запальні захворювання органів малого тазу», згідно з наказом МОЗ № 582 від 15.12.03 р. — К., 2007. — 200 с.
2. Workowski K.A. Berman S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2010 // MMWR Recomm Rep. 2010; 59 (RR-12): 1–10.
3. Sweet R.L., Gibbs R.S. Pelvic inflammatory disease. In: Infectious diseases of female genital tract. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009; p. 220–244.
4. Кисина В.И. Современные подходы к диагностике и лечению негонекококковых уретритов / В.И. Кисина, Е.В. Ширинова, К.И. Забиров, С.К. Мартазинова // Consilium Medicum. — 2005. — 7 (1).
5. Инфекции, передаваемые половым путем. Информационный бюллетень ВОЗ № 110. Август 2011 г. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/ru/index.html>.
6. Kohl K.S. Developments in the screening for Chlamydia trachomatis: a review. Kohl K.S., Markowitz L.E., Koumans E.H. Obstet Gynecol Clin North Am. 2003; 30 (4): 637–58.
7. Гомберг М.А. Гонорея: современное состояние вопроса с диагностикой и лечением / Гомберг М.А. // Дерматология. — 2011. — № 1. — <http://www.rmj.ru>
8. Калужная Л.Д. Инфекции, передающиеся половым путем: клиническая картина, диагностика, подходы к лечению / Л.Д. Калужная // УКР МЕД. ЧАСОПИС, 5 (91) — IX/X. — 2012. — С. 56–59.
9. Наказ МОЗ від 08.05.2009 № 312 Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання. <http://www.moz.gov.ua>
10. Ross J.D. Is Mycoplasma genitalium a cause of pelvic inflammatory disease? Infect. Dis. Clin. North. Am. — 2005. — Vol. — P. 407–413.
11. Deguchi T. et al. Longitudinal Quantitative Detection by Real-Time PCR of Mycoplasma genitalium in First-Pass Urine of Men with Recurrent Nongonococcal Urethritis. Journal of Clinical Microbiology, October 2002, p. 3854–3856, Vol. 40, №. 10, 0095–1137.
12. United Kingdom national guideline on the management of trichomonas vaginalis (2007). Available from: <http://www.bashh.org/documents/87/87.pdf>
13. Прилепская В.Н. Вульвовагинальный кандидоз: клинические и терапевтические аспекты / Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. // Гинекология, 2011. — № 4. — С. 47–49.
14. Грищенко О.В. Выбор метода лечения вульвовагинального кандидоза / Грищенко О.В., Лахно И.В., Дулько В.Л., Коровой С.В. // Здоровье женщины. — 2009. — № 3. — С. 84–88.
15. Деконенко Е.П. Вирус герпеса и поражение нервной системы / Деконенко Е.П. // Российский медицинский журнал. — 2002. — № 2. — С. 46–49.
16. Бочкарев Е.Г. Лабораторная диагностика хламидийной инфекции // Иммунопатология, аллергология, инфектология. — 2000. — № 4. — С. 65–72.
17. Бочкарев Е.Г. Место ПЦР в диагностике урогенитальных инфекций: взгляд клинициста / Е.Г. Бочкарев, Ю.В. Сергеев, Д.В. Рюмин // Вестник последипломного медицинского образования. — 2001. — № 2. — С. 12–16.
18. Серов В.Н. Воспалительные заболевания органов малого таза: диагностические критерии и принципы лечения / Серов В.Н., Дубиницкая Л.В., Тютюник В.Л. // Русский Медицинский Журнал. Мать и дитя. Акушерство и гинекология. — 2011 г. — № 1. — <http://www.rmj.ru>
19. Сехин С.В. Воспалительные заболевания органов малого таза: просто о сложном // Consilium Medicum. — 2012. — № 6, том 14.
20. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. Смоленск: МАКМАХ, 2007.
21. Jonathan Ross, Philippe Judlin, Lisbeth Nilas European guideline for the management of pelvic inflammatory disease — International Journal of STD & AIDS Volume 18 October 2007. — p. 662–666.
22. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2008 Nov 11p.
23. Management of Acute Pelvic Inflammatory Disease, RCOG, Nov. 2008.
24. Клінічний протокол з акушерської та гінекологічної практики «Інфекції, що передаються статевим шляхом», згідно з наказом МОЗ № 582 від 15.12.03. — К., 2007. — 200 с.
25. Кисина В.И. Критерии выбора рекомендованных и альтернативных методов лечения урогенитальных инфекций / В.И. Кисина, В.П. Ковальчук, Г.Л. Колева // Трудный пациент. — 2005. — № 2. — С. 3–6.
26. Lanjouw E., Ossewaarde J. M., Stary A. et al. 2010 European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections // Int J STD AIDS. 2010; 21 (11): 729–737.
27. Huggerty C.L. Evidence for a role of Mycoplasma genitalium in pelvic inflammatory disease // Curr. Opin. Infect. Dis. — 2008. — № 21. — P. 65–69.
28. Рахматулина М.Р. Эффективность терапии хламидийной и микоплазменной инфекции у беременных женщин. Результаты многоцентрового клинического исследования // Гинекология. — 2011. — № 1, том 13. — С. 8–12.
29. Мирзабалаева А.К. Опыт применения вагинальных суппозиториев «Ливарол» у больных острым кандидозным вульвовагинитом / Мирзабалаева А.К., Долго-Сабунова Ю.В., Колб З.К. // Гинекология. — 2006. — Том 8, № 2. — С. 11–14.
30. Гинекология. Национальное руководство / Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1088.
31. Российское общество дерматовенерологов. Инфекции, передаваемые половым путем. Клинические рекомендации. Дерматовенерология. Под ред. А.А. Кубановой. М.: ДЭКС-Пресс. 2010. С. 413–425.
32. Whitley R.J. Optimizing the management of genital herpes. Ed. Royal Society of Medicine. Ltd. 200; 24–7.
33. Wald A., Zeh J., Barnum G., Davis L.G. Suppression of Subclinical Shedding of Herpes Simplex Virus Type 2 with Acyclovir, Annals of Internal medicine // 1 January. — 1996. — V. 124. — P. 8–15.