New Day in Medicine
Новый День в Медицине
NDM

TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal

AVICENNA-MED.UZ

ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

11 (73) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н ГУСЕЙНОВА (Азарбайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»

Национальный медицинский исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского является генеральным научно-практическим консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных изданий, рецензируемых Высшей Аттестационной Комиссией Республики Узбекистан (Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (73)

2024

ноябрь

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

Received: 20.10.2024, Accepted: 02.11.2024, Published: 10.11.2024

УДК 618.11-002.7+618.11-009.7

НОВЫЙ МЕТОД КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ САЛЬПИНГООФОРИТОВ С СИНДРОМОМ ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

[1]Зияева Э.Р. https://orcid.org/0000-0003-3287-9577
[2]Рузиева Н.Х. https://orcid.org/0000-0003-0679

[1] Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон, Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti,
[2]Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул. Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ ***Резюме***

Хронический сальпингоофорит (ХСО) – распространенное заболевание, составляющее 60–65% всех воспалений органов малого таза, которое часто протекает бессимптомно и приводит к бесплодию (35–40%), хронической тазовой боли (33–40%) и внематочным беременностям (5%). ХСО сопровождается спаечными и фиброзными изменениями, иммунной дисфункцией и низкой эффективностью лечения (только 40% пациентов удовлетворены результатами). Заболевание оказывает значительное влияние на психическое здоровье, качество жизни и трудоспособность, что требует комплексных медицинских и социальных стратегий для решения проблемы.

Ключевые слова: хронический сальпингоофарит, репродуктивное здоровье, синдром хронической тазовой боли, последствия для психического здоровья, бесплодие, требующее комплексной медицинской стратегии.

NEW METHOD OF COMPREHENSIVE THERAPY FOR CHRONIC SALPINGO-OOPHORITIS WITH CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME

[1]Ziyaeva E.R. https://orcid.org/0000-0003-3287-9577
[2]Ruziyeva N.H. https://orcid.org/0000-0003-0679

[1]Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1
Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti
[2]Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St, tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ ***Resume***

Chronic salpingo-oophoritis (CSO), a prevalent gynecological condition accounting for 60–65% of pelvic inflammatory diseases, significantly affects women's reproductive health, particularly those aged 26–40. Often chronic and asymptomatic, CSO leads to severe complications, including infertility (35–40%), chronic pelvic pain syndrome (33–40%), ectopic pregnancies (5%), and pelvic abscesses. It is marked by adhesive and fibrotic changes, immune dysfunction, and resistance to treatment, with 70% of patients requiring repeated therapies annually, though only 40% experience satisfactory outcomes. Beyond medical challenges, CSO has profound social implications, including mental health issues, reduced quality of life, and productivity loss, highlighting its status as a critical medical and societal concern. Addressing CSO demands integrated medical and social strategies to mitigate its widespread impact on women's health and well-being.

Key words: chronic salpingoopharitis, reproductive health, chronic pelvic pain syndrome, mental health impacts, infertility, requiring integrated medical strategies.

SURUNKALI TOS OG'RIG'I SINDROMI BILAN SURUNKALI SALPINGO-OOFORITNI KOMPLEKS DAVOLASHNING YANGI USULI

[1]*Ziyaeva E.R. https://orcid.org/0000-0003-3287-9577*
[2]*Ro'zieva N.X. https://orcid.org/0000-0003-0679*

[1]Andijon davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Andijon, Otabekov 1
Tel: (0-374) 223-94-60. E.mail: info@adti
[2]Toshkent pediatriya tibbiyot instituti, O'zbekiston 100140, Toshkent, Bog'ishamol ko'chasi 223,
tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ ***Rezume***

Surunkali salpingo-ooforit (CSO) – bu tos a'zolarining barcha yallig'lanishlarining 60-65 foizini tashkil etadigan keng tarqalgan kasallik bo'lib, ko'pincha asemptomatik bo'lib, bepushtlik (35-40%), tos a'zolarining surunkali og'rig'i (33-40%) va ektopik homiladorlikka (5%) olib keladi. CSO yopishqoq va tolali o'zgarishlar, immunitetning buzilishi va davolanishning past samaradorligi bilan birga keladi (bemorlarning atigi 40 foizi natijalardan qoniqishadi). Kasallik ruhiy salomatlik, hayot sifati va ish qobiliyatiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi, bu muammoni hal qilish uchun keng qamrovli tibbiy va ijtimoiy strategiyalarni talab qiladi.

Kalit so'zlar: surunkali salpingo-ooforit, reproduktiv salomatlik, surunkali tos og'rig'i sindromi, ruhiy salomatlikka ta'siri, bepushtlik, keng qamrovli tibbiy strategiyani talab qiladi.

Актуальность

Хронические воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) являются существенным фактором риска репродуктивного здоровья, многие из этих патологий характеризуются хроническим и практически бессимптомным течением на фоне отсутствия инфекционных процессов нижних половых путей. Острые сальпингоофариты более присуще молодым женщинам 20-25 лет, хронические сальпингоофариты (ХСО) – женщинам 26-40 лет. Каждая пятая женщина с ВЗОМТ имеет осложнением бесплодие, у 2 из 5 – синдром хронической тазовой боли (СХТБ). Сегодня регламентированы диагностические и лечебные подходы относительно ВЗОМТ. Состояние здоровья женщин потребовало на государственном и глобальном уровнях разработки мер по комплексу медицинской помощи направленном на сохранение репродуктивности являются одним из основных направлений «Национальной стратегии» действий в интересах женщин. Актуальность ВЗОМТ в новом тысячелетии нисколько не утратила своей актуальности, напротив она активно обсуждается в отечественной и зарубежной литературе [16]. Хронический сальпингоофорит (ХСО) (аднексит) является наиболее распространенным диагнозом в гинекологической практике – около 60-65% среди всех гинекологических патологий [12]. Иногда продолжительность терапии и контроля ее эффективности относительно симптоматики ХСО практически сходна по длительности всего фертильного возраста пациентки [15]. Около 70% пациенток с ХСО получают лечение данной патологии неоднократно в год, причем ежегодно, около 40% эффективность лечения ХСО не удовлетворяет [5].ХСО оказывает крайне отрицательное воздействие на фертильность пациенток, а часть из них вообще не ощущает изменения после проведенного курса лечения. ХСО является причиной возникновения СХТБ у каждой третьей-четвертой пациентки, у около 5% женщин ХСО приводит к эктопической беременности, и около 40% пациенток приобретают бесплодие [8, 16]. СХТБ у этих пациенток обусловливает нарушения психического и соматического здоровья, сексуальным расстройствам, высокой частоте разводов, частой временной или даже стойкой утраты трудоспособности [10,17,19].

ХСО всегда имеет затяжное течение с частыми рецидивами или обострениями, приводит к бесплодию, а длительное течение обусловливает формирование СХТБ вследствие спаечных процессов вокруг придатков матки и с дальнейшим распространением на весь малый таз и возникновением гнойных процессов – пиосальпинкс, пиовар, тубооваривальные абсцессы и т.п. [10.].

ХСО характеризуется яркими склеротическими, спаечными, фиброзны ми и дистрофическими нарушениями большей части образований и придат ков матки,

морфологическими и функциональными патологиями, что нередко обусловливает дисбаланс клинической симптоматики с результатами гинекологического и инструментального исследований, а также с морфологическими показателями процесса в трубах, яичниках и окружающих их тканях [6]. Нередко причиной такого несоответствия выступает множественность и изменения вирулентности микрофлоры нижних половых путей, что отражается и на иммунной компетенции организма, и на эффективности проводимой терапии [14].

Хронизация сальпингоофаритов обусловлена иммунопатологической реакцией организма, обусловленная исходной функциональностью иммуните та: «уровень секреции иммуноглобулинов, цитокинов, патогенных иммунных комплексов и адгезивных молекул» [1, 2].

Самым распространенным осложнением ХСО общепринято считать бесплодие (более 35%), также характерна высокая встречаемость эктопичес кой беременности и ее невынашивания, нередки эндометриозы, добро- и злокачественных опухолей репродуктивной системы жещины [9, 17].

Таким образом, анализ изученной научно-медицинской литературы и показал, что ХСО является не только и не столько медицинской проблемой, но и социальной, что выводит ее в разряд актуальнейших медико-социальных проблем современной гинекологии.

Целью исследования - изучить особенности изменения содержания болевого пептида (SP) и цитокинов в крови у женщин с хроническим сальпингоофоритом осложненным болевым синдромом и разработка метода комплексной терапии.

Задачами исследования были:

определить частоту и типологические особенности ХСО в зависимости от длительности заболевания и характера обострения;

изучить характер нарушений в содержании болевого пептида (SP) и цитокинов крови у женщин с ХСО;

разработать методику комплексной терапии обострения ХСО и оценить её эффективность.

Объектом исследования явился анализ результатов диагностики и лечения 136 больных с ХСО с и без СХТБ, которые находились на лечении в на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии №1(заведующий кафедрой - профессор, доктор медицинских наук Асранкулова Д.Б.), Андижанском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра «Здоровье матери и ребенка» (директор, к.м.н. Насретдинова Д.Б.) в период 2018-2023 гг.

Материал и методы

Клинические материал набран в Андижанском государственном медицинском институте (ректор - профессор, доктор медицинских наук Мадазимов М.М.), на клинической базе кафедры акушерства и гинекологии №1(заведующий кафедрой - профессор, доктор медицинских наук Асранкулова Д.Б.), Андижанском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра «Здоровье матери и ребенка» (директор, к.м.н. Насретдинова Д.Б.). В гинекологическом отделении этой клинической базы, которая ранее назвалось Андижанский областной перинатальный центр, за 2018-2023 годы, где наблюдалось 136 женщин репродуктивного возраста 21-35 лет (средний возраст обследованных пациенток 27,8±2,89).

В период 2018-2023гг. обследованы 136 женщин репродуктивного возраста 21-35 лет (средний возраст обследованных пациенток составил 27,8±2,89) с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ), хроническим сальпингоофоритом, обратившихся в гинекологическое отделение.

В основную группу (ОГ) нами включены 54 пациенток с хроническим сальпингоофоритом (ХСО) в анамнезе длительностью 5-10 лет с нарушениями биоценоза женского организма в возрасте от 21 до 35 лет, средний возраст составил 28,2±1,34 лет.

В группу сравнения (ГС) вошли 52 женщины с ХСО в анамнезе длительностью до 10 лет без СХТБ без нарушения биоценоза женского организма в возрасте от 23 до 35 лет, средний возраст составил 28,8±1,17 лет.

В контрольную группу (КГ) нашего исследования вошли 30 женщин с ХСО продолжительностью до 5 лет без СХТБ в возрасте от 23 до 35 лет, средний возраст составил 28,6±1,25 лет.

По дизайну исследования всех пациенток ОГ и ГС мы обследовали впервые при обращении, потом повторно через 2 недели после завершения курса корригирующего лечения и спустя 3 месяца после него.

Критерии включения пациенток в исследование:

✓ ХСО с синдромом хронической тазовой боли, подтвержденный клинически и/или инструментально (УЗИ);

✓ диагностированное нарушение сексуальной функции вследствие ХСО с синдромом хронической тазовой боли в анамнезе или в ходе обследования;

✓ возраст от 21 до 35 лет;

✓ отсутствие на момент первичного обследования и до конца исследования тяжелых сопутствующих соматических патологий и/или осложнений;

✓ возможность и желание наряду с отсутствием противопоказаний к осмотру назначаемых специалистов и процедур, входящих в дизайн исследования;

✓ адекватность пациенток и готовность к сотрудничеству на протяжении всего исследования.

Критерии исключения из исследования:

✓ диагностированный эндометриоз

✓ развитие тяжелой соматической патологии и/или осложнения;

✓ отказ пациентки от дальнейшего участия в исследовании;

✓ эндокринные заболевания тяжелой степени: гипо- или гипертиреоз, гиперпролактинемия, болезнь Кушинга;

✓ экстрагенитальная патология, нарушающая гормональный гомеостаз;

✓ онкологические заболевания любых органов и систем;

✓ гематологическая патология;

✓ хирургические вмешательства на органах эндокринной системы, травма брюшной полости в анамнезе.

Стандартный прием пациента начинался с выявления жалоб и анамнестических данных пациентов, обращали внимание на факторы, приведшие к заболеванию. Опрос пациенток заключался в подробном выяснении жалоб и анамнеза.Особо скрупулезно и активно собирали анамнез жизни женщин и акушерско-гинекологический анамнез уделяя особое внимание времени появления, динамике изменений и характеру клинических жалоб и симптомов ХСО для выявления предрасполагающих факторов. Констатировали все заболевания (в препубертатном и пубертатном периодах) в анамнезе каждой пациентки, акцентируя внимание на воспалительные и не воспалительные патологии гениталий. Обращали внимание на патологии половых органов, органов малого таза и урологического тракта, перенесенные ИППП. Также выясняли объем и характер перенесенных ранее операций или инструментальных манипуляций на половых органах и мочеиспускательной системе или в малом тазу

Клиническое обследование пациентов включало в себя осмотр, физикальное и гинекологическое обследование. Все этапы клинического обследования пациенток проводили в соответствии с правилами и нормами гинекологической диагностики, оценивали клиническое течение ХСО по градациям степеней тяжести СХТБ.

Мы использовали цифровую рейтинговую шкалу ЦРШ, госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS) и тест Спилбергера STAI. Пациентками оценивалась тяжесть боли при обострении ХСО, собственное общее соматическое состояние, сила ХТБ, уровни тревоги, депрессии, личностной и реактивной тревожности

Методика корригирующей терапии пациенток с ХСО.

Основные группы пациенток нами были разделены по типу проведения корригирующей терапии, каждая на 2 подгруппы А и В.

Пациентки А подгрупп получали стандартную корригирующую терапию, которая включала в себя следующие медикаментозные препараты и мероприятия:

Всем пациенткам с обострением ХСО назначена стандартная терапия: «антибактериальные и противостоцидные препараты (фторхинолоны – офлоксацин 400 мг 2 раза в сутки в течение 10/ 14 дней, или азалиды – зитролид 500 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней, нитроимидазолы – метронидазол внутривенно 500 мг 2-3 раза в сутки, затем перорально 500 мг 3 раза в сутки в течение 5/ 10 дней) в соответствии с выявленными возбудителями инфекций с учетом антибиотикограмм, иммуномодуляторы (циклоферон 12,5%-ный раствор по 2 мл внутримышечно 1 раз в день на 3, 5, 7, 9, 11, 13, 17, 21-е дни лечения или виферон - III ректально № 10), витаминотерапию; препараты, улучшающие микроциркуляцию, протеолитические ферменты, физиолечение» [11].

Пациентки В подгрупп обеих групп в дополнение к стандартному лечению ХСО подгрупп А получали «Вобензим», сахаромицеты «Боуларди» (биотерол), комплекс витаминов группы В и проходили модификацию образа жизни (нормализацию сна, увеличение подвижности и элиминационную диету с исключением триггеров воспаления – фруктов, молочных продуктов, сладкого и пшеничной муки).

Статистическую обработку результатов исследования проводили методами вариационной статистики с помощью программ Microsoft Office Excel-2019 с вычислением среднего и средней арифметической ошибки по способу моментов (M±m), среднего квадратичного отклонения (σ). Для определения статистической значимости полученных измерений использовались критерии достоверности различий Стьюдента (t) и степень достоверности (P) для данных с нормальным распределением, различия принимали достоверными при 95% доверительном интервале (P≤0,05). [4, 7, 13]. Опирались на 4 уровня статистической значимости: «высокий – P<0,001, средний – P<0,01, низкий (предельный) – P<0,05, незначимый (недостоверный) – P>0,05» [4, 7, 13]. Корреляцию более 0,7 считали сильной, от 0,3 до 0,7 – средней силы, менее 0,3 – слабой [4, 7, 13].

Результат и обсуждения

Среди исследуемых нами пациенток начало половой жизни приходилось в среднем на 19,75±2,68 лет, 72 (67,92%) пациенток - замужем, 34 (32,08%) – не замужем и имеют 1-2 половых партнера.

Нами констатирована ожидаемая высокая частота общих инфекционных патологий – ОРВИ (43,72±4,19%), детские инфекционные заболевания (16,93±3,09%), вирусные патологие, вызванные вирусом гриппа и парагриппа (8,52±2,28%), пиелонефриты (9,91±2,52%).

В ОГ детские инфекционные заболевания констатированы у значимо большего числа исследуемых – у 35,68±7,39%, в ГС – у 14,11±4,89%, в КГ – у 12,14±4,58% (p>0,05); идентичная тенденция характеризует и пиелонефрит – в ОГ выявлен у 18,82±2,78%, в ГС – у 6,16±1,67% и в КГ – у 4,28±1,95%, что имело статистически значимую разницу (p>0,05).

Нами констатирована большая, относительно популяционной, встречаемость аппендицита (23,34±3,48%), возможно, являющегося неким вспомогательным процессом при формировании ХСО, учитывая его анатомическое близкое расположение и практически гарантированным послеоперационным спаечным процессом. Аппендектомию перенесли 22,04±5,87% представительниц КГ, 22,07±5,69% пациенток ГС и 35,68±7,39% случаев в ОГ, что практически полуторократно выше (p>0,05).

Таблица 1.Экстрагенитальные заболевания пациенток с ХСО (M±m %).

Перенесенные и имеющиеся заболевания	ОГ (n=54)	ГС (n=52)	КГ (n=30)	Всего (n=136)
Частые ОРВИ	46,08±6,93*	40,54±7,63	38,02±6,88	43,72±4,19
Детские инфекции	35,68±7,39*	14,11±4,89	12,14±4,58	16,93±3,09
Грипп	11,91±2,08*	7,04±1,88	6,56±1,18	8,52±2,28
ИМП	18,82±2,78*	6,16±1,67	4,28±1,95	9,91±2,52
Аппендэктомия	35,68±7,39	22,07±5,69	22,04±5,87	23,34±3,48
Заболевания ЖКТ	8(14,9%)	6(11,6%)	1(3,3%)	15(11%)
Железодефицитная анемия	14,04±4,88*	12,04±4,58*	2,42±1,29	8,67±3,59

Примечание: * - p≤0,05 относительно показателя КГ.

Разнообразные патологии ЖКТ, как доказанные факторы формирования развития дисбиоза влагалища, обусловливающего рост условно-патогенной флоры и рецидиву ХСО констатированы у 11,89±2,68% исследуемых.

Хронический гастрит констатирован у 4,93±1,78% исследуемых, ЯБЖДК – у 2,12±1,18%, хронические холециститы диагностированы у 2,09±1,19%, хронический панкреатит – у 1,42±0,89%.

Умеренная степень железодефицитной анемии в ОГ констатированы у 14,04±4,88%, у 12,04±4,58% в ГС, у 2,42±1,29% в КГ, что статистически значимо многократно ниже показателей исследуемых групп ($p<0,05$).

Среди исследуемых нами пациенток ни одна пациентка на момент исследования не имела обострений инфекционной патологии (уреаплазмоз, микоплазмоз, хламидиоз, вирус простого герпеса I и II типов), ни у одной больной не было положительных тестов на ВИЧ, HBsAg, HCV, токсоплазмоз и краснуху.

Обострение ХСО послужило поводом для обращения в клинику 91,58±4,79% пациенток, у 68,91±4,56% ХСО не имел острого начала и констатирован «первично хроническим», 16,22±3,08% пациенток имели диагноз «неспецифический вульвовагинит», 15,52±3,02% исследуемым констатировали инфекционное заболевание ШМ.

Кроме того, 10,62±2,58% исследуемых пациенток с ХСО переносили различные хирургические вмешательства на органах половой системы.

Из исследуемых пациенток с ХСО 26,72±3,69% характеризовались наличием специфической урогенитальной инфекцией, наибольшиая доля из них имели кандидозы (44,72±9,13%), микоплазменная (23,73±7,84%) и хламидийная (21,11±7,43%) инфекции, что обусловлено угнетением иммунного ответа макроорганизма.

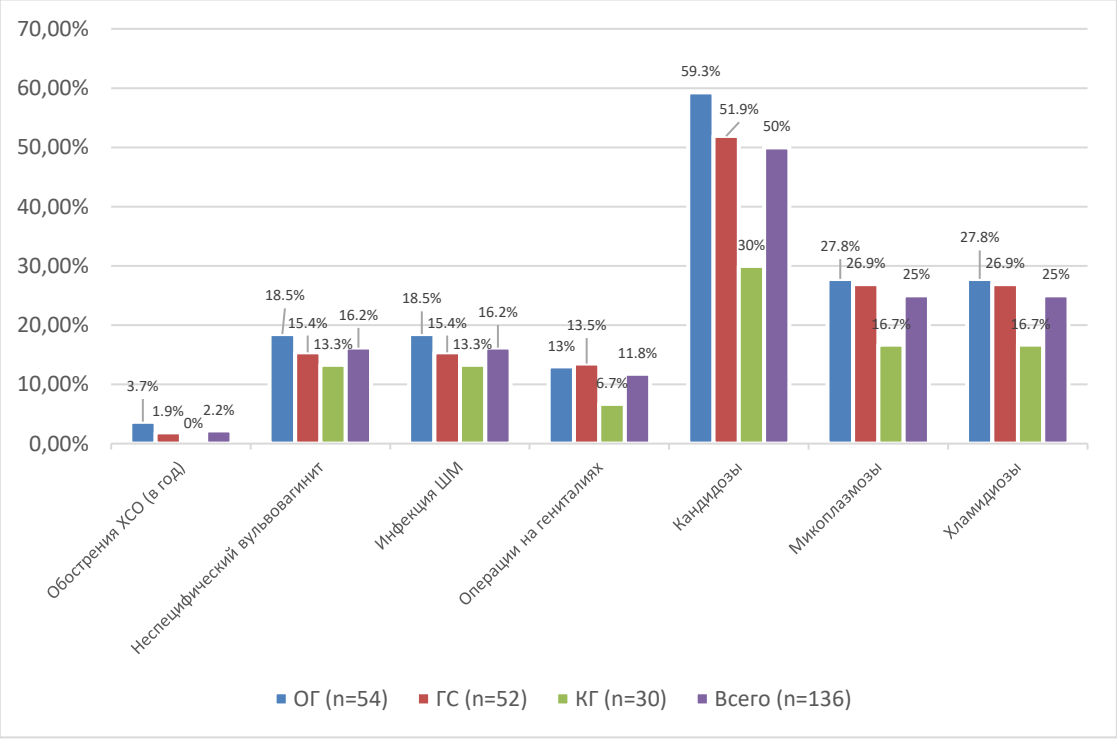


Рис. 1. Патология половых органов у пациенток с ХСО.

Из исследуемых женщин с ХСО у 54,43±4,32% констатирован в анамнезе медицинский аборт и у 42,77±4,23% роды.

Обострениям ХСО у 16,94±3,13% способствовало начало менструаций, по 3,54±1,72% связывали обострение ХСО с постановкой ВМС или ОРВИ, 1,43±0,92% - с медицинским абортом. Постепенное усиление обострения ХСО на протяжении около 4-5 суток, характеризовало 70,75±4,23% исследуемых.

Клиническая симптоматика обострения ХСО у всех пациенток складывалась из боли внизу живота и в тазовой области, при этом у 71,70±3,77% боль была умеренной ноющей, у 28,30±1,37% боль была

острой. Повышение температуры зафиксировано у 71,70±3,77% исследуемых, из них у 54,72±4,72% - субфебрильная.

Таблица 2.

Клинические симптомы пациенток исследуемых групп до комплекса лечения

Признак	ОГ (n=54)		ГС (n=52)	
	Абс	%	Абс	%
Боль внизу живота	54	100	52	100
Боль в середине живота	39	72,22	37	71,15
Острая режущая боль	15	27,78	15	28,85
Субфебрильная температура	30	55,56	28	53,85
Фебрилная лихорадка	10	18,52	8	15,38
Цефалгия	17	31,48	15	28,85
Общая слабость	22	40,74	21	40,38
Вынужденное положение	21	38,89	20	38,46
Отёк в нижных конечностях	16	29,63	13	25,00
Потерья аппетита	14	25,93	15	28,85
Нарушение сна	21	38,89	17	32,69
Апатия	14	25,93	13	25,00
Раздражительность,агрессивность	12	22,22	13	25,00

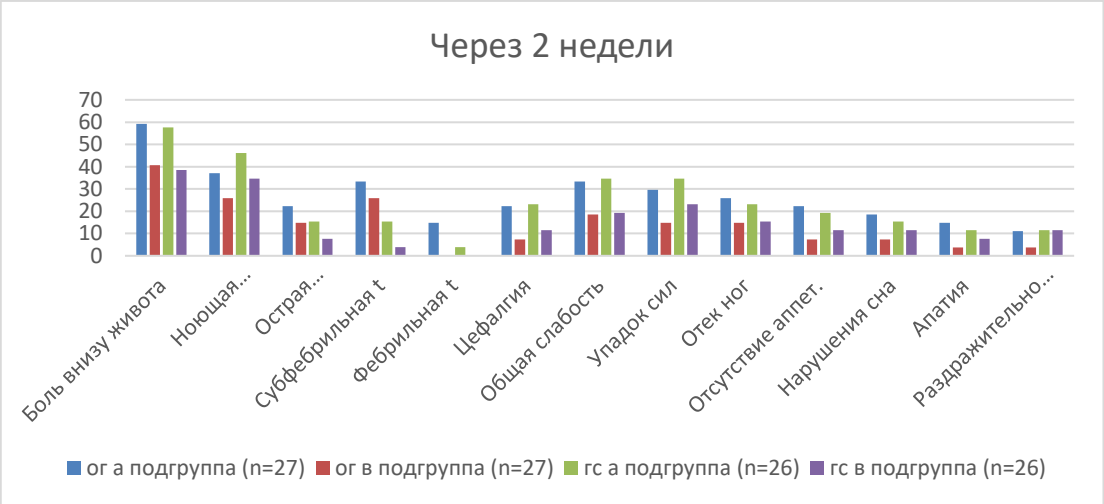
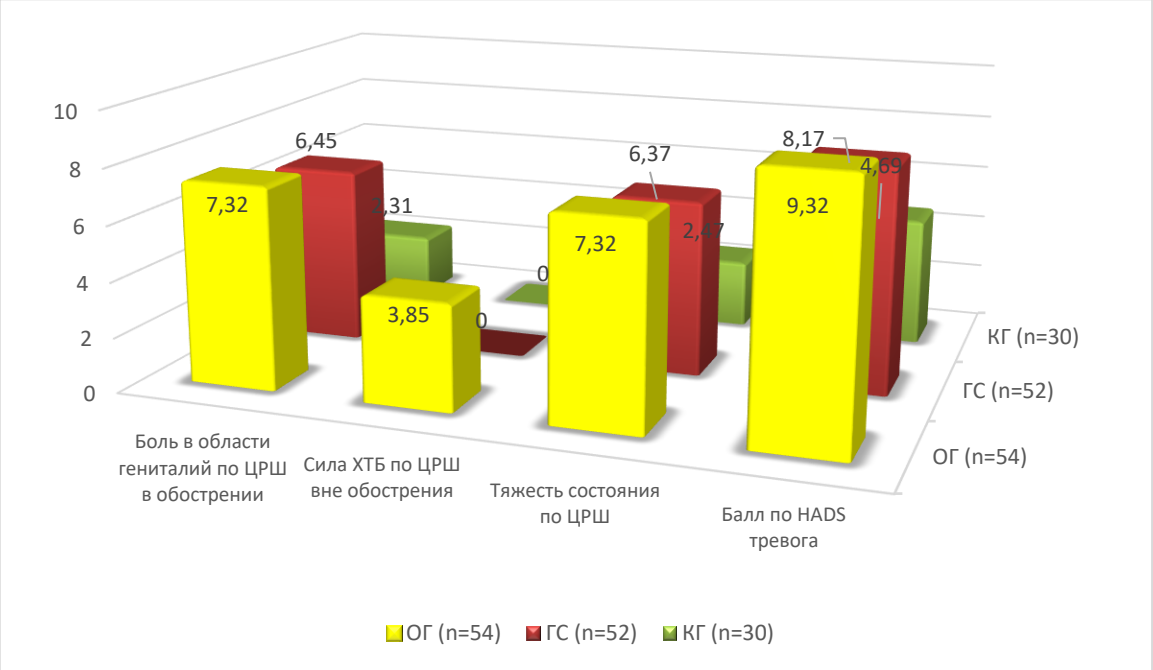


Рис. 2. Динамика клинических симптомов пациенток исследуемых групп под действием комплекса лечения.

Проанализировав результаты субъективной оценки состояния нашими пациентками, мы пришли к выводу, что ХСО следует считать не только медицинской, но и социальной проблемой, так как эта патология весомо влияет на психологическое состояние пациенток, значимо усиливая тревогу и депрессию по шкале HADS до субклинического уровня (p≤0,05), значимо увеличивая как личностную, так и реактивную тревожность по тесту Спилбергера STAI (p≤0,05). Субъективная оценка пациенток ОГ и ГС собственного состояния в обострении ХСО и СХТБ вне обострения ХСО также значимо отличается от оценки КГ (p≤0,05). Это же касается и оценки тяжести состояния пациенток в данный момент, тяжесть состояния представительниц ОГ и ГС статистически значимо отлична от состояния женщин КГ (p≤0,05).



Примечание: * - разница с показателем КГ на уровне P≤0,05.

Рис.3. Субъективная оценка собственного состояния пациентками с ХСО в баллах шкал и опросников (M±m).

Общеклинический и биохимический анализы утренней мочи представительниц исследуемых групп не имели статистически значимых отличий от результатов КГ и референсных норм и в дальнейшем исследовании нами не учитывались. В ходе гинекологического обследования диагностировано утолщение инфильтрирация яичников у 43,40±4,32% исследуемых на фоне умеренной или сильной боли при пальпации, тяжистость придатков зафиксирована у 56,60±6,37%.Проанализировав результаты общих анализов крови мы пришли к выводу о практическом отсутсвии реакции крови на воспалительный процесс в малом тазу, что говорит об его изолированности и невысокой тяжести. Умеренный лейкоцитоз зафиксировали у 64,15±4,72%, у 44,34±4,35% констатировали лейкоцитарный сдвиг влево. В биохимических анализах крови показатели исследуемых пациенток с ХСО находились в пределах референсных норм. По УЗИ увеличение яичников диагностировано у 20,75±3,45% пациенток, у 26,42±3,77% констатировали утолщение ампул фалллопиевых труб. Гидросальпингс диагностировали в 13,21±2,83% случаев, гипоэхогенность яичников характеризовала 30,19±3,77% пациенток, уплотнение овариальной капсулы – у 11,32±3,77%.

Все пациентки обеих групп нами были подразделены по типу обострения ХСО при первичном обращении согласно общепринятым критериям на ВТО – вялотекущее обострение и ЯТО – яркотекущее обострение [3, 11].

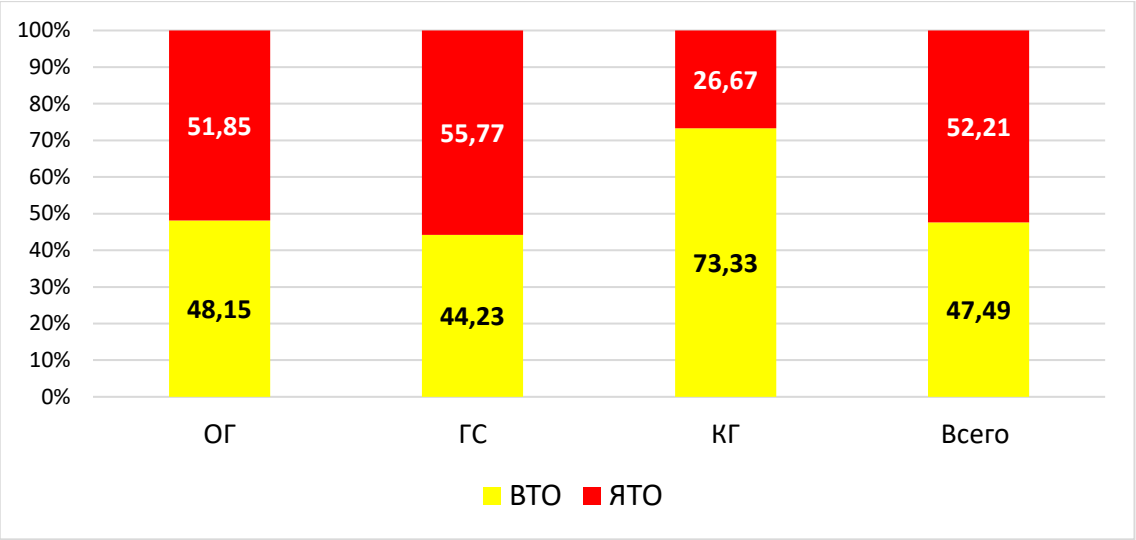


Рис. 4. Распределение пациенток исследуемых групп по типу обострения ХСО, %.

Минимальное число обострений в год – 3, при этом среднее число обострений – 3,85±0,61 раз ежегодно. При этом ЯТО ХСО чаще характеризовался неспецифическим вульвовагинитом (35,73±7,42%), тогда как в среднем в ОГ– у 18,43±5,42%, а в ГС – у 16,12±5,23%, что практически двукрано выше и статистически значимо (p>0,05).

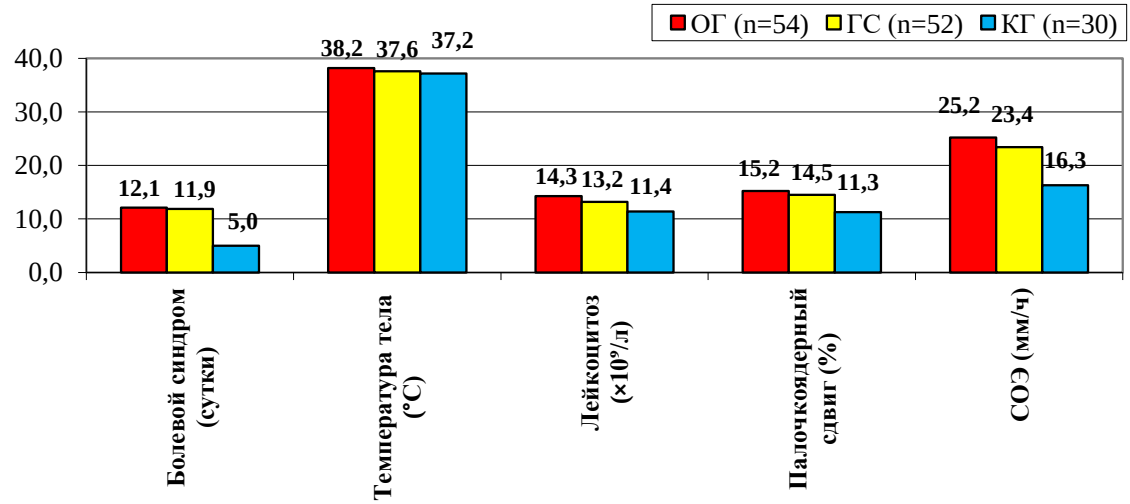


Рис. 5. Клинико-лабораторные проявления ХСО.

Для определения характера ХТБ у наших пациенток с ХСО, особенно при ВТО ХСО, нами исследована сывороточная концентрация SP, корреляция которой с силой боли достоверно доказана, но при этом полностью отсутсвует взаимосвязь SP с тяжестью воспаления.

В подгруппах ЯТО ХСО исследуемых групп причиной SP достоверно отражала силу боли, расширения сосудов и отека. Диагностическим значением сывороточной концентрации SP до возникновения нейрогенной боли является 2000 пг/мл, при этом от этого значения чувствительность метода достигает 98% при специфичности 88%. При сильной боли при обострении ХСО у пациенток ОГ и ГС и SP >2000 пг/мл нами констатирован атипично сильная боль превосходящая степень тяжести воспаления придатков матки. Это явление формирует СХТБ при минимальных обострениях ХСО у исследуемых нами женщин ОГ. Учитывая разнообразие клинической картины обострения ХСО мы обратили внимание и на иммунный статус исследуемых и изучили про- и противовоспалительный цитокиновый профиль – FNOα, IL-1β, IL-4, IL-6. Показатели цитоконого тпрофиля не имели статистически значимых отличий отличались от референтных норм (p>0,05).

Таблица 3.Сывороточные уровни SP у пациенток исследуемых групп (M±m).

Группа	Тип обострения	Концентрация SP, пг/мл
ОГ (n=54)	ВТО (n=26)	249,17±15,46
	ЯТО (n=28)	2219,34±66,98
	Среднее	1069,42±61,97
ГС (n=52)	ВТО (n=23)	241,75±13,08
	ЯТО (n=29)	2103,28±65,45
	Среднее	1052,36±60,18
КГ (n=30)	ВТО (n=22)	134,65±5,47
	ЯТО (n=8)	187,82±10,08
	Среднее	161,41±7,04
Норма		130,5±5,05

Таблица 4. Сывороточные концентрации FNOα, IL-1β, IL-6, IL-4 у пациенток с обострением ХСО (пг/мл).

Цитокины	ОГ (n=54)	ГС (n=52)	КГ (n=30)
FNOα	4,62±0,46^^	4,22±0,71*	2,07±0,38
IL-1β	1,92±0,75^	1,62±0,39	1,06±0,53
IL-6	4,04±0,41^^	4,41±0,51**	2,16±0,35
IL-4	2,14±0,32	1,98±0,31	1,46±0,19

*Примечание: * - статистически значимое отличие от показателей КГ при p<0,05; ** - при p<0,001. ^ - статистически значимое отличие между показателями ОГ и ГС при p<0,05; ^^ - при p<0,001.*

Определение сывороточных концентраций FNOα и IL-6 у пациенток с ЯТО ХСО констатировало двухкратный прирост показателей относительно референсных значений (p<0,001) и уровней ВТО ХСО (p<0,001), т.е. провоспалительные цитокины возрастают вследствии продолжительного интенсивного воспаления. При ВТО ХСО эти цитокины не имели значимых отличий от уровня в КГ (p>0,05), т.е. интенсивность воспаления напрямую обусловливает клиническую симптоматику и коррелирует с ней, за исключением силы боли. У исследуемых в ГС концентрация IL-4 был констатирована двукратно меньшей относительно КГ (p<0,05); FNOα – двукратно выше уровня КГ (p<0,05),т.е. провоспалительные цитокины превышают противовоспалительные. Уровни IL-1β и IL-6 констатированы меньшими относительно КГ но статистически не значимо (p>0,05).

Таким образом сила обострения ХСО определяется генитальной и экстрагенитальной патологией, колонизационной резистентностью слизистой оболочки влагалища и шейки матки гениталий, как и особенностями микробиоценоза репродуктивного тракта, уровнем SP, структурно-функциональных изменений придатков матки и уровня дисбаланса нейроэндокринной регуляции. Динамика клинического состояния исследуемых пациенток позволяет нам судить об эффективности стандартного и предлагаемого комплексного лечения ХСО с СХТБ в сравнительном аспекте [2,4,9,18].

Максимальное нивелирование клинической симптоматики и жалоб констатировано нами в В подгруппах обеих групп, особенно в ГС, что мы склонны объяснять меньшей длительностью ХСО относительно ОГ. Так в В подгруппе ГС полностью нивелированы такие симптомы как острая режущая боль внизу живота, температурная реакция организма, раздражительность, агрессия и апатия. Частота болевого синдрома по сравнению со 100% до лечения через 3 месяца уменьшился более чем четырехкратно (до 23,08%), частота ноющей умеренной боли снизилась с 71,15% до 19,23%, т.е. более чем в 3,5 раза. Сопутствующая клиническая симптоматика также максимально нивелирована в этой подгруппе. Идентичная тенденция характеризует и В подгруппу ОГ, динамика изменений сохранена, однако выражена несколько слабее, что мы

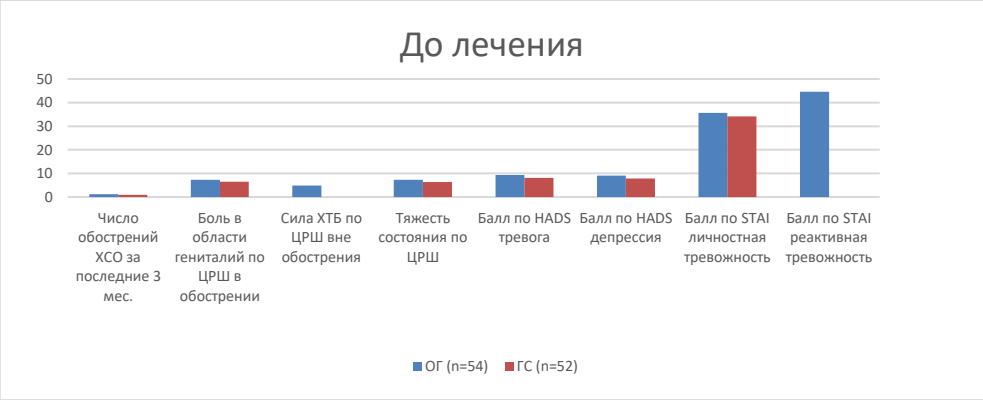
склонны объяснять длительностью ХСО и наличием СХТБ, что является поддерживающим фактором, сложно нивелируемым за время проведения исследования. А подгруппы обеих групп также проявляли положительную динамику, однако темп нивелирования клинической симптоматики стандартной терапией несколько отставал от темпа эффективности комплексного лечения. При проведении сравнительного анализа эффективности проведенной терапии по шкалам ЦРШ, госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) и тест Спилбергера STAI пациентами оценивалась тяжесть боли при обострении ХСО, собственного общего соматического состояния, силы обострения ХТБ, уровни тревоги, депрессии, личностной и реактивной тревожности через 2 недели после лечения и через 3 месяца с учетом числа обострений за катамнестический период наблюдения.

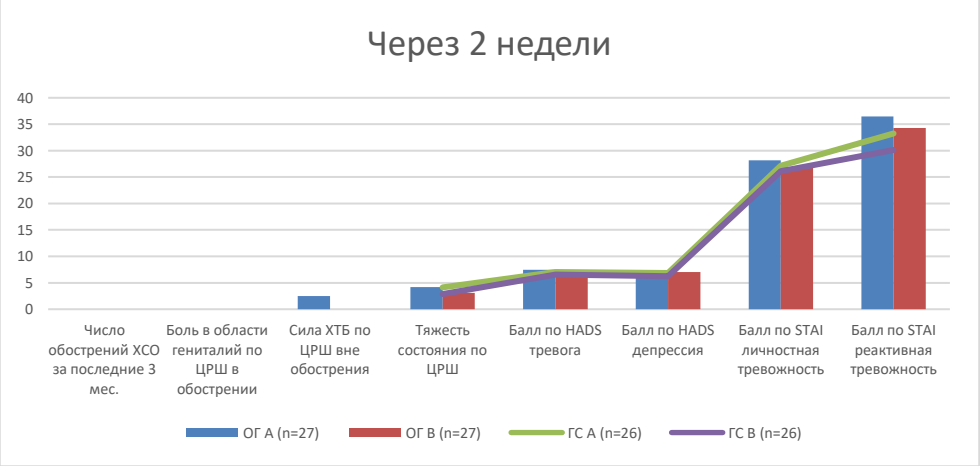
Частота болевого синдрома по сравнению со 100% до лечения через 3 месяца уменьшился более чем четырехкратно (до 23,08%), частота ноющей умеренной боли снизилась с 71,15% до 19,23%, т.е. более чем в 3,5 раза. Сопутствующая клиническая симптоматика также максимально нивелирована в этой подгруппе.

Идентичная тенденция характеризует и В подгруппу ОГ, динамика изменений сохранена, однако выражена несколько слабее, что мы склонны объяснять длительностью ХСО и наличием СХТБ, что является поддерживающим фактором, сложно нивелируемым за время проведения исследования.

А подгруппы обеих групп также проявляли положительную динамику, однако темп нивелирования клинической симптоматики стандартной терапией несколько отставал от темпа эффективности комплексного лечения.

При проведении сравнительного анализа эффективности проведенной терапии по шкалам ЦРШ, госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) и тест Спилбергера STAI пациентами оценивалась тяжесть боли при обострении ХСО, собственного общего соматического состояния, силы обострения ХТБ, уровни тревоги, депрессии, личностной и реактивной тревожности через 2 недели после лечения и через 3 месяца с учетом числа обострений за катамнестический период наблюдения (Рис. 6).





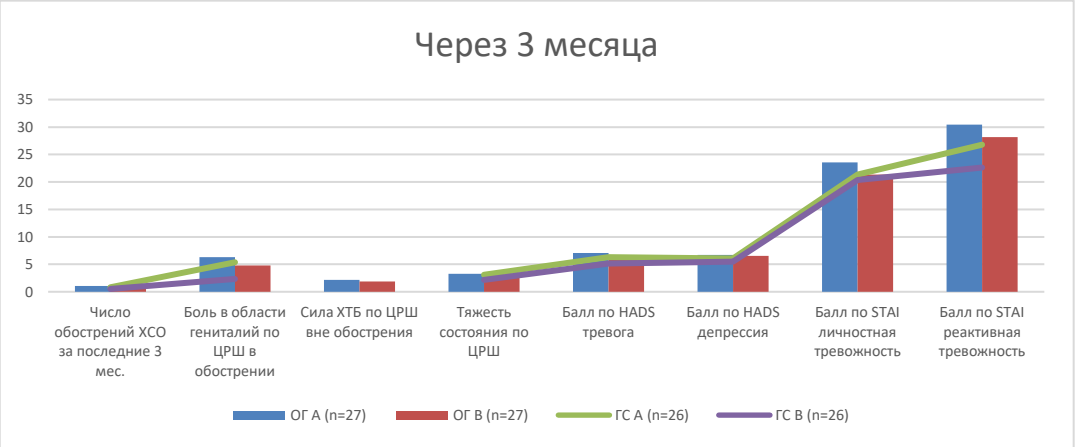


Рис.6. Сравнительный анализ эффективности корригирующей терапии пациенток исследуемых групп.

Проведенный сравнительный анализ результатов шкал демонстрирует нам схожую с клинической симптоматикой динамику эффективности проведенной терапии. Так максимальная эффективность по шкалам и опросникам нами констатирован в В подгруппе ГС, что, конечно, связано с комплексностью лечения и небольшой длительностью патологии.

Число обострений ХСО в В подгруппе ГС достигло 0,52±0,13 случаев за 3 месяца катамнеза, в то время как в А подгруппе ОГ составило 1,08±0,12 случаев, в В подгруппе ОГ – 0,79±0,14 случаев, в В подгруппе ГС – 0,82±0,15 случая ($P \leq 0,05$).

Боль в области гениталий по ЦРШ в обострении ХСО также статистически значимо снизилась через 3 месяца после лечения в В подгруппе ГС относительно всех других подгрупп ($P \leq 0,05$). Тяжесть общего состояния по ЦРШ, субъективно оцениваемая пациентками спустя 3 месяца после лечения, имела в В подгруппе ГС статистически значимую разницу с А подгруппами обеих групп ($P \leq 0,05$).

Через 3 месяца после лечения в В подгруппе ГС относительно всех других подгрупп статистически значимо уменьшилась сумма баллов по шкале HADS тревога ($P \leq 0,05$). Также статистическое значение имело снижение суммы баллов по опроснику STAI реактивная тревожность относительно обеих подгрупп ОГ ($P \leq 0,05$).

Следует отметить, что эффективность предлагаемой нами комплексной терапии ХСО в В подгруппах обеих групп обладает большей эффективностью в сравнении со стандартной терапией А подгрупп, хотя и не все показатели имели статистически значимые отличия.

Сравнительный анализ периферической крови продемонстрировал, что у большинства пациенток к моменту окончания лечения все показатели нормализовались как в количестве клеток, так и в лейкоформуле – отсутствовали сдвиги и все показатели находились в пределах возрастных норм. Через 3 месяца у единичных пациенток, у которых констатировано обострение ХСО имели некоторый лейкоцитоз до 12×10^9/л и статистически не значимый сдвиг влево в лейкоцитарной формуле. Исходя из этих данных и отсутствия статистически значимых отклонений от первоначального уровня никаких выводов по анализу периферической крови нами не сделаны. Биохимический анализ крови после лечения нами не проводился, так как при анализе до лечения полученные показатели пациенток исследуемых групп не отличались от результатов КГ и референсных значений для пола и возраста.

При проведении УЗИ матки и придатков нами констатирована тенденция уменьшения и нормализации размеров яичников у тех 20,75% пациенток, у которых констатировано их увеличение до лечения, также уменьшились размеры ампул маточных труб у большинства из 26,42% пациенток с увеличенными ампулами до лечения. Субъективно нормализовалась эхогенность и нормализовалась толщина капсул яичников у пациенток с ХСО с патологиями придатков, хотя это касалось не всех 30,2% пациенток обеих подгрупп, но полностью нивелирована УЗИ симптоматика у пациенток В подгруппы ГС и у большей части В подгруппы ОГ [3,5,19].

Эффективность проводимого лечения оценена нами по динамике сывороточной концентрации SP.

Таблица 5. Динамика уровня SP до и после проведенной терапии (M±m)

Группы		SP
До лечения	ОГ (n=54)	1069,42±61,97
	ГС (n=52)	1052,36±60,18
Через 2 недели	ОГ А (n=27)	986,23±52,48
	ОГ В(n=27)	953,28±53,87
	ГС А (n=26)	962,34±58,33
	ГСВ(n=26)	926,89±51,38
Через 3 месяца	ОГ А (n=27)	654,32±36,48*#
	ОГ В(n=27)	516,37±46,39*#
	ГС А (n=26)	412,38±36,61*#
	ГСВ(n=26)	381,52±32,15*#

Примечание: * - разница статистически значима относительно своей подгруппы на уровне P≤0,05, # - разница статистически значима относительно другой подгруппы на уровне P≤0,05

Как следует из представленных данных концентрации SP после проведенного лечения снижались в обеих подгруппах, особенно явно это констатировано через 3 месяца после лечения (P≤0,05). Большую тенденцию к нормализации мы зафиксировали в В подгруппах, причем в ГС В она проявлялась максимально.

На основании этих данных мы можем сделать предварительный вывод о лучшем влиянии комплексной терапии на организм исследуемых пациенток, что подтверждает большую ее эффективность.

У исследуемых пациенток с ХСО нами оценена динамика спонтанных и индуцированных уровней in vitro сывороточных уровней следующих лабораторных показателей: FNOα, IL-1β, IL-6, IL-4.

Констатированный дисбаланс и угнетение гуморального иммунного ответа обусловлены длительностью инфекционной патологии и потребности в повторении курсов комплексной терапии.

При этом стоит отметить лучшую нормализацию уровней провоспалительных цитокинов у пациентов В подгрупп, особенно ГС В группы.

Таблица 6. Динамика сывороточных цитокинов у исследуемых пациенток с ХСО в динамике наблюдения (M±m)

Группы		FNOα	IL-1β	IL-6	IL-4
КГ (n=30)		2,07±0,38	1,06±0,53	2,16±0,35	1,46±0,19
До лечения	ОГ (n=54)	4,62±0,46*	1,92±0,75	4,04±0,41*	2,14±0,32
	ГС (n=52)	4,22±0,71*	1,62±0,39	4,41±0,51*	1,98±0,31
Через 2 недели	ОГ А (n=27)	3,86±0,52	1,83±0,68	3,82±0,53	1,98±0,66
	ОГ В(n=27)	3,77±0,41	1,69±0,71	3,79±0,47	1,93±0,61
	ГС А (n=26)	3,49±0,48	1,56±0,41	3,51±0,58	1,74±0,43
	ГСВ(n=26)	3,26±0,51	1,37±0,32	3,29±0,57	1,69±0,42
Через 3 месяца	ОГ А (n=27)	3,13±0,53	1,54±0,67	3,08±0,54	1,74±0,54
	ОГ В(n=27)	2,98±0,56	1,46±0,59	2,94±0,52	1,64±0,53
	ГС А (n=26)	2,51±0,42	1,40±0,31	2,48±0,45	1,56±0,31
	ГСВ(n=26)	2,18±0,43	1,19±0,29	2,26±0,39	1,49±0,29

Примечание: * - статистически значимое отличие от показателей КГ при p<0,05;
- статистически значимое отличие между показателями ОГ и ГС при p<0,05

Проведенное нами исследование позволило сделать определенные выводы по его результатам.

Полученные результаты клинико-социального обследования исследуемых пациенток с ХСО позволяют нам сделать предварительный вывод о большей эффективности предлагаемого нами комплексного лечения ХСО не зависимо от длительности патологии, но с максимальным эффектом при длительности ХСО менее 5 лет.

Сравнительный анализ периферической крови продемонстрировал, что у большинства пациенток к моменту окончания лечения все показатели нормализовались как в количестве клеток, так и в лейкоформуле – отсутствовали сдвиги и все показатели находились в пределах возрастных норм. Через 3 месяца у единичных пациенток, у которых констатировано обострение ХСО имели некоторый лейкоцитоз до 12×10^9/л и статистически не значимый сдвиг влевов лейкоцитарной формуле.

Исходя из этих данных и отсутствия статистически значимых отклонений от первоначального уровня никаких выводов по анализу периферической крови нами не сделаны.

Биохимический анализ крови после лечения нами не проводился, так как при анализе до лечения полученные показатели пациенток исследуемых групп не отличались от результатов КГ и референтных значений для пола и возраста. При проведении УЗИ матки и придатков нами констатирована тенденция уменьшения и нормализации размеров яичников у тех 20,75%

пациенток, у которых констатировано их увеличение до лечения, также уменьшились размеры ампул маточных труб у большинства из 26,42% пациенток с увеличенными ампулами до лечения. Субъективно нормализовалась эхогенность и нормализовалась толщина капсул яичников у пациенток с ХСО с патологиями придатков, хотя это касалось не всех 30,2% пациенток обеих подгрупп, но полностью нивелирована УЗИ симптоматика у пациенток В подгруппы ГС и у большей части В подгруппы ОГ.

Заключение

Проведенное клинико-анамнестическое и инструментально-лабораторное исследования пусковых и патогенетических механизмов формирования и рецидивов ХСО даст возможность лучше понять патогенетические механизмы этой патологии. Так нарушение микробиоценоза влагалища и возросшие условно-патогенные микроорганизмы приводят к возникновению очагового воспалительного процесса и клинической симптоматики ХСО, которая обусловлена генитальной и экстрагенитальной патологией, колонизационной резистентностью слизистой оболочки и нюансам микробиоценоза влагалища и ШМ, гиперпродукцией SP и нейроэндокринным дисбалансом.

Проанализировав результаты субъективной оценки состояния нашими пациентками, мы пришли к выводу, что ХСО следует считать не только медицинской, но и социальной проблемой, так как эта патология весомо влияет на психологическое состояние пациенток, значимо усиливая тревогу и депрессию по шкале HADS до субклинического уровня ($p\leq0,05$), значимо увеличивая как личностную, так и реактивную тревожность по тесту Спилбергера STAI ($p\leq0,05$).

Субъективная оценка пациенток ОГ и ГС собственного состояния в обострении ХСО и СХТБ вне обострения ХСО также значимо отличается от оценки КГ ($p\leq0,05$). Это же касается и оценки тяжести состояния пациенток в данный момент, тяжесть состояния представительниц ОГ и ГС статистически значимо отлична от состояния женщин КГ ($p\leq0,05$).

Выводы

1. Лучшая динамика изменений всех исследуемых показателей, как клинико-социальных, так и лабораторно-инструментальных, у пациентов В подгрупп свидетельствует о большей эффективности проводимой комплексной терапии относительно стандартного лечения.
2. Лучшую эффективность комплексного лечения продемонстрировали результаты терапии в ГС В группе, что позволяет сделать вывод о большей эффективности предлагаемого комплексного лечения у пациенток с меньшей длительностью течения ХСО. Однако и в ОГ В группе эффективность комплексной терапии превосходит эффективность стандартной терапии у пациенток с ХСО и СХТБ, что позволяет рекомендовать данную методику к практическому применению в гинекологических клиниках и амбулаториях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агарков Н.М., Будник И.В. Информативность клинических симптомов, иммунологических, гематологических показателей и проявлений эндогенной интоксикации при остром неспецифическом сальпингоофорите. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2012. - №61(4). – с.11-15;
2. Агарков Н.М., Аксёнов В.В., Иванов А.В., Иванов В.А., Кича Д.И., Субботина Т.И. Диагностическая значимость и кластеризация параметров системного гуморального иммунитета при остром эндометрите. Клиническая лабораторная диагностика. 2017; 62 (12): 750-753. DOI: http://dx.doi.org/10.18821/0869-2084-2017-62-12-750-753
3. Бурова Н. А. /Острые воспалительные заболевания органов малого таза. этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика рецидивов. 14.01.01 – Акушерство и гинекология //Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Волгоград. 2020
4. Евсеев А.А., Ганковская Л.В., Кузнецов М.В., Свитич О.А. Эффективность комплексного лечения пациенток с хроническим сальпингоофоритом при применении топической иммунотерапии. // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2015. - №15(5). – с.106-111
5. Коржова Е.В. Варианты обострения хронического сальпингоофорита при функциональных и структурных изменениях толстой кишки. Автореф. Дисс. канд.мед.наук. Волгоград, 2011, 22с ;
6. Королюк И.П. Медицинская информатика: Учебник // И.П. Королюк. – 2 изд., перераб. и доп. Самара: ООО «Офорт» ГБОУ ВПО «СамГМУ». – 2012. – С. 244.;
7. Кузнецова, И.В. Роль окислительного стресса и антиоксидантной защиты в репродукции человека // Акушерство и гинекология. – 2016. – №3. – С. 116–121.
8. Пестрикова Т.Ю., Юрасов И.В., Юрасова Е.А. Современный взгляд на клиническое течение, диагностику и лечение воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин. // Российский вестник акушера-гинеколога. 2015. - №4. – с.23-28.
9. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA – М.: Медиа Сфера, 2006. – 3-е изд. – 312 с.;
10. Савичева А.М., Шипицына Е.В., Воробьева Н.Е. Инфекционные заболевания влагалища и современные подходы к их диагностике и лечению // Акушерство и гинекология. – 2016. – №2. – С. 120–126
11. Савченко Т.Н., Хашукоева А.З., Ильина И.Ю. и др. Воспалительные заболевания органов малого таза: влияние на репродуктивное состояние женщин, перспективы лечения // Лечащий врач. – 2014. – №12. – С. 8–12.;
12. Смирнова Л.Е., Умаханова М.М., Торчинов А.М. Современные взгляды на спаечный процесс в брюшной полости при трубно-перитонеальном бесплодии // Акушерство и гинекология – 2016. – №11. – С. 148–152.
13. Степанова Ю.В. Клинико-иммунологические аспекты применения гравитационной терапии у больных с воспалительными заболеваниями придатков матки. Автореф. Дисс…канд.мед.наук. Самара, 2012, 24с
14. Шатунова Е.П., Линева О.И., Каганова М.А. Иммунный профиль и оптимизация лечения больных с хроническими сальпингоофоритами // Российский вестник акушера-гинеколога, 2016 - №6. – с.83-88.
15. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. — М., 1986. — 207 с.
16. Шляпников М.Е. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия в акушерстве и гинекологии. Учебное пособие. Самара: Офорт. 2013. 136с.
17. Шрамко С.В., Зорина В.Н., Баженова Л.Г. и др. Регуляторно-транспортные белки и цитокины в крови больных с заболеваниями матки // Акушерство и гинекология. – 2016. – №5. – С. 104–108.
18. Chen H, Wu Z, Wu Z, Huang Q. Proximal coil occlusion preceding distal sclerotherapy in patients with pelvic congestion syndrome: A multicenter, retrospective study. // J Vasc Surg Venous Lymphat Disord. 2023 - №11(1) – p.149-155. doi: 10.1016/j.jvsv.2022.08.010
19. Sutcliffe S, Newcomb C, Bradley CS, Clemens JQ, Erickson B. Associations Between Urological Chronic Pelvic Pain Syndrome Symptom Flares, Illness Impact, and Health Care Seeking Activity: Findings From the Multidisciplinary Approach to the Study of Chronic Pelvic Pain Symptom Patterns Study. // J Urol. 2023 - №11 – p. 39-55.

Поступила 20.10.2024