

Реабилитационная терапия как составляющая комплексного подхода к лечению хронических форм воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин

Т.Ю.Пестрикова[✉], Е.А.Юрасова, И.В.Юрасов

ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Минздрава России. 680000, Россия, Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, д. 35

[✉]typ50@rambler.ru

Вопросы лечения и реабилитации пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) до настоящего времени остаются весьма актуальными, так как рецидивы и хронизация воспалительных процессов ухудшают прогноз в отношении генеративной функции, что является важной социальной и экономической проблемой.

Цель исследования – мониторинг эффективности лечебных мероприятий реабилитационного этапа при хронических формах ВЗОМТ.

Материалы и методы. Обследованы 110 пациенток, которые обратились в женскую консультацию с жалобами на отсутствие беременности, из них была сформирована группа обследования. Длительность ВЗОМТ у больных данной группы не превышала 2 лет. Возраст женщин составил 25–35 лет. У пациенток группы обследования по данным клинико-лабораторного и ультразвукового исследования, лапароскопии, гистероскопии и результатам морфологического заключения были верифицированы ВЗОМТ, включая наличие хронического эндометрита и другой патологии эндометрия (полип эндометрия, простая гиперплазия эндометрия).

Результаты. Реабилитационный этап лечения (6 мес) у пациенток с ВЗОМТ был направлен на восстановление морфофункционального потенциала ткани и устранение последствий вторичных повреждений, к которым относится восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия. Данный этап лечения крайне важен, особенно при нарушениях репродуктивной функции. На этом этапе пациенткам группы обследования была проведена гормональная терапия и терапия вазоактивным препаратом (дипиридамом). Полученные результаты свидетельствовали о достоверной значимости восстановления сосудистого кровотока матки и функционального слоя эндометрия.

Заключение. Реабилитационная терапия у пациенток с ВЗОМТ была направлена в первую очередь на восстановление функциональной способности эндометрия. Гормональная терапия при этом имела приоритетное значение, но в настоящее время подчеркивается роль вазоактивных препаратов, влияющих на кровоток в матке. Одним из таких препаратов является дипиридамом, который способствует образованию коллатералей (обходных путей) в зонах ишемии. Полученные результаты свидетельствуют о том, что по завершении 6-месячного реабилитационного этапа наличие трехслойного эндометрия было диагностировано (по данным ультразвукового исследования на 8–10-й день менструального цикла) у 85 (77,27±4,00%) пациенток группы обследования.

Ключевые слова: хронические формы воспалительных заболеваний органов малого таза, реабилитационная терапия, вазоактивный препарат дипиридамом.

Для цитирования: Пестрикова Т.Ю., Юрасова Е.А., Юрасов И.В. Реабилитационная терапия как составляющая комплексного подхода к лечению хронических форм воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин. Гинекология. 2018; 20 (5): 37–41. DOI: 10.26442/2079-5696_2018.5.37-41

Classical Article

Rehabilitation therapy as a component of the complex approach to the treatment of chronic forms the pelvic inflammatory disease in women

T.Yu.Pestrikova[✉], E.A.Yurasova, I.V.Yurasov

Far Eastern State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation. 680000, Russian Federation, Khabarovsk, ul. Murav'eva-Amurskogo, d. 35

[✉]typ50@rambler.ru

Abstract

Issues of treatment and rehabilitation patients with pelvic's inflammatory diseases are still remain highly relevant, so relapses and chronic inflammation processes are worsen the prognosis for generative function in women, which is an important social and economic problem in modern time.

Purpose of the study. Monitoring the effectiveness of therapeutic measures of rehabilitation step in chronic forms of this disease.

Materials and methods. We examined 110 patients who handled to the clinic for women with complaints about the absence of pregnancy, of which a survey group was formed. The duration of pelvic inflammatory disease (PID) in patients of the examination group did not exceed 2 years. The age of the patients was 25–35 years old. In patients of the examination group, according to clinical, laboratory and ultrasound ultrasound, laparoscopy, hysteroscopy and morphological findings, PID was verified including the presence of chronic endometritis and other endometrial pathology (for example, endometrial polyp, simple endometrial hyperplasia).

Results. The rehabilitation stage of treatment (6 months) in patients with PID was aimed at restoring the morphofunctional potential of the tissue and eliminating the effects of secondary injuries, which include the restoration of hemodynamics and activity of the endometrial receptors. This stage of treatment is extremely important, especially for reproductive disorders. At this stage, the patients of the examination group were given hormone therapy and treatment with vasoactive drug (dipyridamole). The obtained results testified to the significance of the restoration of the vascular blood flow of the uterus and the functional layer of the endometrium.

Conclusion. Rehabilitation therapy in patients with PID was primarily aimed at restoring the functional ability of the endometrium. Hormone therapy was a priority role, but at modern time, role of the vasoactive drugs that affect the blood flow in the uterus is emphasized. One of these drugs is dipyridamole, which contributes to the formation of collaterals (bypass paths) in ischemic zones. The results indicate that at the end of the 6-month rehabilitation phase, than of a three-layer endometrium was diagnosed (according to ultrasound on day 8–10 of the cycle) in 85 (77.27±4.00%) patients in the examination group.

Key words: chronic forms of inflammatory diseases of the pelvic organs, rehabilitation therapy, vasoactive drug dipyridamole.

For citation: Pestrikova T.Yu., Yurasova E.A., Yurasov I.V. Rehabilitation therapy as a component of the complex approach to the treatment of chronic forms the pelvic inflammatory disease in women. Gynecology. 2018; 20 (5): 37–41. DOI: 10.26442/2079-5696_2018.5.37-41

Введение

Вопросы лечения и реабилитации пациенток с воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) до настоящего времени остаются весьма актуальными, так как рецидивы и хронизация воспалительных процессов ухудшают прогноз в отношении генеративной функции, что является важной социальной и экономической проблемой [1, 2].

Хронический эндометрит (ХЭ), несмотря на ряд исследований и сведений о его большой распространенности

(до 60–65%), продолжает интересовать умы отечественных и зарубежных гинекологов [3].

В несостоятельности традиционно практикуемых схем лечения ХЭ убеждает фундаментальный анализ присущих воспаленному эндометрию характеристик уже на рецепторном уровне [1–3].

Потребность совершенствования существующих лечебных алгоритмов хронических форм ВЗОМТ, включая ХЭ, обусловлена значимостью данной проблемы при подго-

Параметры	ГО до лечения (n=110)	ГО через 3 мес на фоне лечения (n=110)	ГО через 6 мес лечения (n=110)
1	2	3	4
Обильные менструации	42 (38,18±4,63%)	20 (18,18±3,68%); p<0,001	3 (2,73±1,55%); p<0,001
Умеренные менструации	15 (13,64±3,27%)	44 (40,00±4,67%); p<0,001	100 (90,91±2,74%); p<0,001
Скудные менструации	53 (48,18±4,76%)	46 (41,82±4,70%)	7 (6,36±2,33%); p<0,001
Дисменорея	25 (22,73±4,00%)	16 (14,55±3,36%)	0 (0,0±3,51%); p<0,001
Пред- и постменструальные кровянистые выделения	39 (35,45±4,56%)	20 (18,18±3,68%); p<0,001	0 (0,0±3,51%); p<0,001

Примечание. Результаты статистически значимы (p<0,001) между 2 и 3, 2 и 4, 3 и 4.

Параметры ультразвуковой диагностики	ГО до лечения (n=110)	ГО через 3 мес на фоне лечения (n=110)	ГО через 6 мес лечения (n=110)
1	2	3	4
<i>Параметры матки, мм</i>			
Длина	60,55±4,56	59,70±4,71	59,70±4,00
Ширина	58,61±2,34	56,40±1,07	54,02±0,33
Переднезадний размер	50,40±1,10	45,12±0,89; p<0,001	39,41±0,19; p<0,001
<i>Ультразвуковые диагностические признаки ХЭ</i>			
Шаровидная форма матки	110 (100,0–3,52%)	72 (65,45±4,53%); p<0,001	57 (51,82±4,76%); p<0,001
Неоднородная структура эндометрия	78 (70,91±4,33%)	38 (34,55±4,53%); p<0,001	7 (6,36±2,33%); p<0,001
Мелкие экзогенные включения в проекции базального слоя	52 (47,27±4,76%)	29 (26,36±4,20%); p<0,001	3 (2,73±1,55%)
Атрофия эндометрия	7 (6,36±2,33%)	0 (0,0±3,51%)	0 (0,0±3,51%)
Неравномерность толщины базального слоя	78 (70,91±4,33%)	25 (22,73±4,00%); p<0,001	10 (9,09±2,74%); p<0,001
Неоднородная структура миометрия (субэндометриального слоя)	27 (24,56±4,10%)	10 (9,09±2,74%); p<0,001	3 (2,73±1,55%)
<i>Параметры левого яичника</i>			
Длина, см	3,70±0,10	3,00±0,25	2,80±0,28
Ширина, см	2,20±0,20	2,20±0,20	2,00±0,61
Толщина, см	1,90±0,10	1,70±0,50	1,50±0,30
Объем, см ³	22,49±0,17	11,90±0,80; p<0,001	8,30±0,42; p<0,001
Мелкодисперсная структура внутрикистозных включений	49 (44,55±4,74%)	0 (0,0±3,51%); p<0,001	0 (0,0±3,51%); p<0,001
<i>Параметры правого яичника</i>			
Длина, см	3,80±0,20	3,40±0,10	2,9±0,40
Ширина, см	3,30±0,10	2,90±0,40	2,60±0,50
Толщина, см	2,00±0,20	2,00±0,10	1,80±0,70
Объем, см ³	25,08±0,49	19,78±0,50; p<0,001	13,52±0,50; p<0,001
Мелкодисперсная структура внутрикистозных включений	69 (62,73±4,61%)	0 (0,0±3,51%); p<0,001	0 (0,0±3,51%); p<0,001
<i>Ультразвуковые диагностические признаки сальпингита</i>			
Наличие экзогенных линейных образований (внутрирубарные спайки)	22 (20,00±3,81%)	0 (0,0±3,51%); p<0,001	0 (0,0±3,51%); p<0,001
Наличие сактосальпинкса	15 (3,64±3,27%)	0 (0,0±3,51%); p>0,05	0 (0,0±3,51%); p>0,05

Примечание. Результаты статистически значимы (p<0,001) между 2 и 3, 2 и 4.

товке пациенток к программам вспомогательных репродуктивных технологий.

На основании изложенного целью нашего исследования было мониторингирование эффективности лечебных мероприятий реабилитационного этапа при хронических формах ВЗОМТ.

Материалы и методы

Нами были обследованы 110 пациенток, которые обратились в женскую консультацию с жалобами на отсутствие беременности, из них была сформирована группа обследования (ГО). Длительность ВЗОМТ у пациенток ГО не превышала 2 лет. Возраст женщин составил 25–35 лет.

Изучение репродуктивной функции показало, что у 53 (48,18±4,76%) участниц ГО первая беременность завершилась артифициальным абортom; у 29 (26,36±4,00%) предыдущие беременности завершились самопроизвольными абортom; у 10 (9,09±2,74%) были неразвивающиеся бере-

менности; 40 (36,36±4,59%) имели в анамнезе роды; 3 (2,73%) – внематочную беременность.

У пациенток ГО по данным клинико-лабораторного обследования, ультразвукового исследования (УЗИ), лапароскопии, гистероскопии и результатам морфологического заключения были верифицированы ВЗОМТ, включая наличие ХЭ и другой патологии эндометрия (полип эндометрия, простая гиперплазия эндометрия).

К критериям исключения для пациенток ГО были отнесены миома матки, эндометриоз, опухоли яичников, сифилис, туберкулез половых органов, ВИЧ, злокачественные новообразования органов репродуктивной системы.

Лечебные мероприятия первоначально осуществлялись в условиях стационара с последующим продолжением реабилитационной терапии в амбулаторных условиях, которая проводилась в два этапа. На I этапе лечебных мероприятий пациенткам ГО были проведены антимикробная (с учетом характера микробных агентов и их чувствитель-

ности к антибиотикам) и неспецифическая иммуномодулирующая терапия. Тактика лечения на II этапе зависела от характера гистологических результатов, полученных в процессе обследования пациенток ГО.

Так, 21 (19,09±3,75%) пациентке с наличием полипов эндометрия после проведения антимикробной терапии был назначен дипиридамола (по 50 мг 3 раза в сутки, 21 день) в течение 3–6 менструальных циклов (МЦ).

У 82 (74,55±4,15%) женщин выявлено наличие простой гиперплазии эндометрия в сочетании с ХЭ. Терапия у данной категории женщин включала использование дипиридамола (по 50 мг 3 раза в сутки) и гестагенов (микронизированный прогестерон, вагинальные формы) с 12 по 25-й день МЦ по 200 мг 2 раза в сутки в течение 6 циклов.

Семи (6,36±2,33%) пациенткам с атрофией эндометрия был также назначен дипиридамола в сочетании с комбинацией препаратов – эстрадиол валерат (2 мг) и вагинальные формы микронизированного прогестерона (400 мг) на протяжении 6 циклов.

Назначение вазоактивных препаратов (дипиридамола) было обусловлено наличием данных доплерометрии (исследования выполнялись на 18–20-й дни МЦ), свидетельствующих о снижении показателей гемодинамики в сосудах матки.

Контроль за эффективностью проведенного лечения осуществлялся в процессе клинического наблюдения через 3 и 6 мес методом ультразвукового сканирования срединного М-эхо. Обследование проводилось на 5–7-й день МЦ при сохраненном ритме менструаций. При подозрении на рецидив гиперплазии эндометрия по данным изучения срединного М-эхо проводилась аспирационная биопсия эндометрия под контролем УЗИ, а при наличии ациклических кровотечений – гистероскопия и биопсия эндометрия.

Результаты проведенных исследований были подвергнуты методикам статистической обработки информации с вычислением средней арифметической величины (M), средней арифметической ошибки (m) и достоверного различия между показателями (p) с учетом достоверной вероятности по критерию Стьюдента–Фишера.

Результаты и обсуждение

Купирование клинических симптомов заболевания было одним из критериев эффективности проводимой нами двухэтапной терапии. Нами был осуществлен анализ изменения менструальной функции у пациенток ГО в процессе лечения (табл. 1).

Как следует из данных, представленных в табл. 1, у пациенток ГО на фоне проводимых лечебных мероприятий зафиксированы положительная достоверная динамика в характеристике менструаций и исчезновение такой симптоматики, как дисменорея, пред- и постменструальные кровянистые выделения ($p < 0,001$).

Кроме динамики клинической симптоматики на фоне проводимой терапии пациенткам ГО проводилось УЗИ органов малого таза с использованием трансабдоминального и трансвагинального датчиков. Результаты УЗИ органов малого таза у пациенток ГО представлены в табл. 2.

Как следует из данных табл. 2, в результате проведенного хирургического лечения (стационар) и консервативной двухэтапной комбинированной терапии (амбулаторные условия) у пациенток ГО была получена положительная динамика в лечении ВЗОМТ, включая патологию эндометрия. Так, достоверно произошли уменьшение переднезаднего размера матки ($p < 0,001$), размеров яичников и их объема ($p < 0,001$), ликвидация признаков внутритубарных спаек и сактосальпинкса.

Получена положительная динамика в лечении ХЭ ($p < 0,001$); см. табл. 2.

При проведении УЗИ органов малого таза у пациенток ГО через 3 и 6 мес (на фоне проводимой терапии) нами были получены результаты, представленные ниже.

Так, у 21 (19,09±3,75%) женщины, у которой по результатам гистологического исследования ранее были диагностированы полипы эндометрия, таковых выявлено не было. Величина М-эхо составила на 5–7-й дни МЦ (через 3 и 6 мес на фоне лечения) $4,90 \pm 0,52$ и $6,89 \pm 0,49$ мм ($p < 0,001$); а на 19–21-й – $13,41 \pm 2,00$ и $16,98 \pm 1,65$ мм ($p < 0,001$) соответственно.

До лечения величина М-эхо у 82 (74,55±4,15%) пациенток с наличием простой гиперплазии эндометрия без атипии в сочетании с ХЭ составляла $17,98 \pm 1,23$ мм. Величина М-эхо в динамике на 5–7-й дни МЦ (через 3 и 6 мес на фоне лечения соответственно) была $7,00 \pm 0,80$ и $8,50 \pm 0,38$ мм ($p < 0,001$). Через 3 и 6 мес на фоне

Таблица 3. Показатели кровотока в сосудах матки у пациенток ГО до лечения и на фоне проводимой терапии (через 3 и 6 мес), М±m			
Параметры	ГО до лечения (n=110)	ГО через 3 мес на фоне лечения (n=110)	ГО через 6 мес лечения (n=110)
1	2	3	4
<i>Показатели кровотока в маточных артериях</i>			
Систолю-диастолическое отношение S/D	6,48±1,08	3,92±0,91	2,59±0,21*
IR	0,96±0,10	0,87±0,05	0,81±0,07
PI	2,86±0,73	2,31±0,48	1,90±0,15
<i>Показатели кровотока в аркуатных артериях матки</i>			
Систолю-диастолическое отношение S/D	5,32±1,29	3,21±0,76	2,28±0,49*
IR	0,85±0,09	0,76±0,04	0,69±0,05
PI	2,07±0,09	1,90±0,122	1,85±0,07**
<i>Показатели кровотока в радиальных артериях матки</i>			
Систолю-диастолическое отношение S/D	3,69±0,89	2,48±0,81	2,00±0,61
IR	0,80±0,07	0,74±0,03	0,69±0,03
PI	1,47±0,53	1,44±0,41	1,41±0,33

Примечание: p – уровень статистической значимости различий; *p<0,001; **p<0,05 между 2 и 4.

лечения на 19–21-й дни МЦ величина М-эхо соответствовала 11,94±1,89 и 13,09±1,39 мм (p<0,001).

До лечения величина М-эхо у 7 (6,36±2,33%) пациенток с атрофией эндометрия была 1,38±0,23 мм на 5–7-й дни МЦ. Величина М-эхо в динамике (через 3 и 6 мес на фоне лечения соответственно) была следующей: 4,90±0,85 и 5,9±0,66 мм (p<0,001). На 19–21-й дни МЦ величина М-эхо соответствовала 10,06±2,85 и 11,00±2,69 мм (p<0,001).

По завершении 6-месячного реабилитационного этапа наличие трехслойного эндометрия было диагностировано (по данным УЗИ на 8–10-й день МЦ) у 85 (77,27±4,00%) пациенток ГО.

Данные доплерометрических показателей кровотока в маточных, аркуатных и радиальных артериях у пациенток ГО представлены в табл. 3.

Данные кровотока в радиальных артериях матки у женщин ГО (до лечения) были следующими: систолю-диастолическое отношение S/D – 2,49±0,21; индекс резистентности (IR) – 0,60±0,02 (p<0,05); пульсационный индекс (PI) – 1,41±0,25 (см. табл. 3).

Визуализация мелких спиральных артерий была затруднена у 62 (56,36±4,73%) пациенток ГО, а определялась лишь у 48 (43,64±4,73%). Полученные данные обусловлены тем, что морфологически при ХЭ сосудов в строме мало, а капилляры артериального типа сужены или облитерированы за счет пролиферации эндотелиальных элементов, склероза, гиалиновой дистрофии.

Как следует из данных, представленных в табл. 3, у пациенток ГО было выявлено изменение количественных показателей кровотока в маточных, аркуатных и радиальных артериях, что подтверждает снижение тканевой перфузии в матке. Проведение патогенетической (гормональные, вазоактивные препараты и т.д.) терапии свидетельствует о том, что только через 6 мес была получена достоверная динамика в восстановлении кровотока в матке. Улучшилась визуализация спиральных артерий эндометрия до 92 (83,64±3,53%) случаев (см. табл. 3).

Одним из маркеров ХЭ является нарушение кровотока в сосудах матки с преобладанием повреждений преимущественно на уровне базальных и спиральных артерий, а также встречающиеся сложности при визуализации концевых артерий, что свидетельствуют о значительном нарушении перфузии ткани на фоне хронического воспалительного процесса [1, 4, 5].

Таким образом II (реабилитационный) этап лечения (6 мес) пациенток с ВЗОМТ был направлен на восстановление морфофункционального потенциала ткани и устранение последствий вторичных повреждений – коррекцию метаболических нарушений и последствий ишемии, восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия. Данный этап лечения крайне важен, особенно при нарушениях репродуктивной функции. На

этом этапе пациенткам ГО нами была проведена гормональная терапия и терапия вазоактивными препаратами (дипиридамом).

Заключение

Основными патологическими процессами, сопровождающимися трофическими изменениями в эндометрии, являются эндометрит, особенно хронический, гиперплазия эндометрия, полипы эндометрия. Наиболее выраженное изменение трофики ткани с резкой потерей функционального потенциала развивается при ХЭ. Характерное для воспаления резкое нарушение межклеточных взаимодействий, повреждение экстрацеллюлярного матрикса, преобладания незрелого коллагена, усиление апоптоза клеток, склероз сосудов стромы вокруг сосудов, нарушение ангиоархитектоники ткани, дисфункция стероидных рецепторов, ишемия – все это способствует резкому изменению функциональных параметров и трофики ткани [1, 4–7].

В этой связи обязательным этапом лечения патологии эндометрия являются терапевтические мероприятия, направленные на коррекцию трофических нарушений.

Цель данной терапии заключается в восстановлении морфологического потенциала ткани, устранении последствий вторичных повреждений, включающих коррекцию метаболических нарушений, последствий ишемии, восстановление гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия. Тактика терапии на этом этапе лечения определяется рядом факторов:

- особенностями морфологической картины эндометрия – интенсивностью воспалительных реакций, обширностью склеротических процессов, наличием атрофической формы;
- длительностью заболевания – более 2 лет, что свидетельствует о большой вероятности нарушения рецептивности эндометрия;
- наличием сочетанной гинекологической патологии, необходимостью подготовки к беременности и программам вспомогательных репродуктивных технологий [8, 9].

При неполноценности эндометрия гормональная терапия имеет приоритетное значение, но в настоящее время подчеркивается роль вазоактивных препаратов, влияющих на кровоток в матке. Одним из таких препаратов является дипиридамом. Он оказывает сосудорасширяющее действие в основном на мелкие сосуды, но в больших дозах уменьшает сопротивление в артериолах всего организма. За счет расширения диаметра сосудов происходит усиление циркуляции крови и улучшается приток кислорода к клеткам, следовательно, нивелируется повреждающее действие гипоксии или ишемии. Дипиридамом способствует образованию коллатералей (обходных путей) в зонах ишемии [10–12].

Литература/References

1. Гинекология: национальное руководство. Под ред. Г.М.Савельевой, Г.Т.Сухих, В.Н.Серова и др. 2-е изд., перераб и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. / *Ginekologiya: natsional'noe rukovodstvo. Pod red. G.M.Savel'evoy, G.T.Sukhikh, V.N.Serova i dr. 2-e izd., pererab i dop. M.: GEOTAR-Media, 2017. [in Russian]*
2. Пестрикова Т.Ю., Юрасов И.В., Юрасова Е.А. Воспалительные заболевания в гинекологии. М.: Литтерра, 2009. / *Pestrikova T.Yu., Yurasov I.V., Yurasova E.A. Vospalitel'nye zabolevaniia v ginekologii. M.: Litterra, 2009. [in Russian]*
3. Петров Ю.А. Современные аспекты лечения хронического эндометрита. Фундаментальные исследования. 2011; 11 (ч.3): 563–5. / *Petrov Iu.A. Sovremennye aspekty lecheniia khronicheskogo endometrita. Fundamental'nye issledovaniia. 2011; 11 (ch.3): 563–5. [in Russian]*
4. Шуриалина А.В., Силантьева Е.С. Возможности трофических воздействий на эндометрий (обзор литературы). Гинекология. 2012; 14 (3): 50–2. / *Skursbalina A.V., Silant'eva E.S. Vozmozhnosti troficheskikh vozdeistvii na endometrii (obzor literatury). Gynecology. 2012; 14 (3): 50–2. [in Russian]*
5. Adgeboeva PA, Pey Y, McLarty J. Relationship between eosinophils and chronic endometritis. *Hum Patbol* 2010; 41: 33–7.
6. Bettocchi S, Achillarte MT, Ceci O, Luigi S. Fertility-enhancing hysterectomy surgery. *Semin Reprod Med* 2011; 29: 75–82.
7. Kitaya R, Yasuo T. Immunohistochemical and clinicopathological characterization of chronic endometritis. *Am J Reprod Immunol* 2011; 66: 405–10.
8. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г., Канышева Л.М. Гистероскопия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. / *Savel'eva G.M., Breusenko V.G., Kanusheva L.M. Gisteroskopiia. M.: GEOTAR-Media, 2012. [in Russian]*
9. Зароченцева Н.В., Аришакян А.К., Меньшикова Н.С., Титченко Ю.П. Хронический эндометрит: этиология, клиника, диагностика, лечение. Рос. вестн. акушера-гинеколога. 2013; 5: 21–7. / *Zarochentseva N.V., Arsbakian A.K., Men'shikova N.S., Titchenko Iu.P. Khronicheskii endometrit: etiologiya, klinika, diagnostika, lechenie. Ros. vestn. akusbera-ginekologa. 2013; 5: 21–7. [in Russian]*
10. Юрасов И.В. Современные аспекты тактики при воспалительных заболеваниях органов малого таза у женщин. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Волгоград, 2015. / *Yurasov I.V. Sovremennye aspekty taktiki pri vospalitel'nykh zabolevaniakh organov malogo taza u zhenshin. Avtoref. dis. ... d-ra med. nauk. Volgograd, 2015. [in Russian]*
11. Серов В.Н., Сухих Г.Т., Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. / *Serov V.N., Sukhikh G.T., Prilepskaia V.N., Radzinskii V.E. Rukovodstvo po ambulatorno-poliklinicheskoi pomoshchi v akusberstve i ginekologii. M.: GEOTAR-Media, 2016. [in Russian]*
12. Медицинская инструкция по применению курантила. <https://www.tiensmed.ru/news/kurantil-ab1.html> / *Meditsinskaiia instrukttsiia po primeneniiu kurantila. https://www.tiensmed.ru/news/kurantil-ab1.html [in Russian]*

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Пестрикова Татьяна Юрьевна – д-р мед. наук, проф., зав. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ДВГМУ. E-mail: typ50@rambler.ru

Юрасова Елена Анатольевна – д-р мед. наук, проф. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ДВГМУ. E-mail: urasovaea@yandex.ru

Юрасов Игорь Владимирович – д-р мед. наук, доц. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ДВГМУ