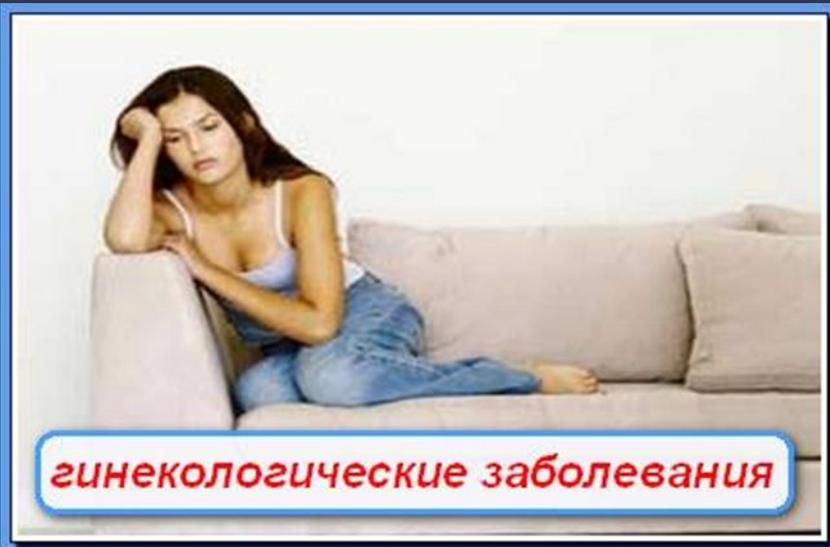


Неспецифические воспалительные заболевания в гинекологии



План

- Введение
 - Неспецифические заболевания. Определение.
 - Этиология
 - Патогенез
 - Классификация, диагностика, лечение.
 - Заключение
 - Использованные литературы
-

- **Воспалительные заболевания — это обобщающее название для самых различных заболеваний женских половых органов — матки, придатков матки: фаллопиевых труб и яичников. Иногда воспаление затрагивает всю тазовую область.**
- **Воспалительные заболевания — это результат инфицирования не только бактериальными инфекциями, но и венерическими заболеваниями.**



Введение

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Специфический

Неспецифический

*в нижних
отделах
половых органов*

*В верхних
отделах
половых органов*

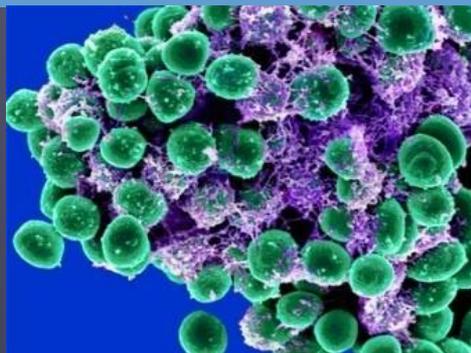
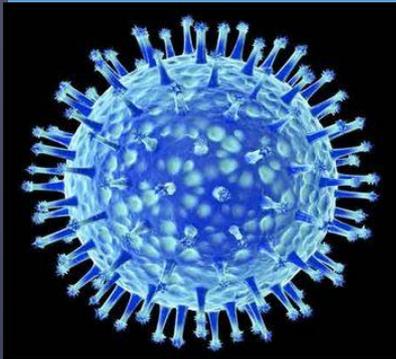


- К непосредственным **экзогенным** причинам воспаления относятся: инфекционные агенты (бактерии и их токсины, вирусы, паразитарные инвазии), механические (ушиб, ранение), термические и химические факторы.



- К **эндогенным** причинам, способствующим возникновению воспаления, относятся некроз ткани, тромбоз, обширное кровоизлияние. Подобные осложнения нередко возникает при росте опухолей (например, миома, кистома).

Причины



Воспалительный процесс в половых органах женщины представляет собой, прежде всего, инфекционный процесс, в возникновении которого могут играть роль разные микроорганизмы:

- патогенный стафилококк (в 53-56% случаев);**
- условно патогенно флора (*Esherichia coli*, *Mycoplasma hominis*), которые встречаются изолировано или в ассоциациях с другими микроорганизмами.**
- микоплазмы встречаются в 10-15% больных воспалением придатков матки,**
- смешанная аэробная и анаэробная флора в 26 %,**
- аэробная в 26%,**
- анаэробная в 18%. Значительно повысилась роль анаэробов, среди которых чаще встречаются пептококи, стрептококки (33%), клостридии (17%), хламидии (5-40% при острых ВЗГ).**
- наблюдается рост вирусных заболеваний.**
- воспалительные процессы, вызванные вирусами герпеса, цитомегалии, урогенитальной инфекции, только в 1% больных имеют тяжелое острое течение, в других наблюдается хроническое течение заболевания. Часто наблюдается микст-инфекция.**

Патогенез

- Изменения в ячейке воспаления заключаются, прежде всего, в нарушении углеводного обмена, повышении анаэробного гликолиза с образованием в тканях промежуточных недоокисленных продуктов (пировиноградной, яблочной, янтарной кислот), в накоплении жирных кислот, кетоновых тел в результате неполного расщепления жиров и белков. Снижения дыхательного потенциала клетки, уменьшения буферной емкости ведёт сначала к развитию компенсированного, а затем некомпенсированного тканевого ацидоза. Не забывая об этом моменте патогенеза, в лечебный комплекс следует вводить препараты, которые обладают дезинтоксикационными и щелочными свойствами.
- Второй важный момент - изменения кровообращения в очаге воспаления. Спазм сосудов, который возник сначала, в дальнейшем изменяется расширением мелких артерий с повышением давления в капиллярах - развитием сначала артериальной, а затем венозной. Нарушается проницаемость сосудистой стенки. Процессы повреждения, которые были вызваны воспалительным агентом, распространяются на субклеточные структуры (митохондрии, лизосомы), которые повреждаясь выделяют большую численность гидролитических ферментов, ферментов гликолиза. С разрушением лизосом связано появления еще одной группы биологических соединений - простагландинов. Все эти биологически активные вещества повышают проницаемость сосудистой стенки для микробных тел и их токсинов. Понимание этого момента патогенеза воспаления диктует необходимость применения в лечении больных в острой стадии воспаления средств, которые суживают сосуды, уменьшают их проницаемость. Патогенетически обусловленным будет применение ингибиторов протеолиза.

Классификация воспалительных заболеваний гениталий

I. По клиническому течению:

- 1. Острые процессы;
- 2. Хронические процессы;
- в стадии ремиссии;
- в стадии обострения:
- · преимущественно инфекционно-токсического влияния с признаками, которые присущи острому воспалению (температура, изменение картины крови) - встречаются редко (5%);
- · с преимущественно изменений в нервной системе в виде следовой реакции бывшего воспалительного процесса - хронический аднексит с тазовым ганглионевритом.

II. По локализации:

- 1. Воспаление наружных половых органов:
- Вульва - вульвит,
- Остроконечные кондиломы
- Бартолинова железа - бартолинит;
- 2. Воспаление внутренних половых органов:

ВИДЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЗАВИСИМО ОТ ЛОКАЛИЗАЦИИ

<u>Название</u>	<u>Локализация</u>
<u>Вульвит</u>	Воспаление вульвы (наружных половых органов)
<u>Вульвовагинит</u>	Воспаление одновременно вульвы и влагалища
<u>Бартолинит</u>	Воспаление бартолиновых желез - желез преддверия влагалища
<u>Кольпит, или вагинит</u>	Воспаление слизистой оболочки влагалища
<u>Метрозэндометрит</u>	Воспаление матки (часто возникающее после родов или аборта)
<u>Пельвеоперитонит</u>	Воспаление брюшины малого таза
<u>Сальпингит</u>	Воспаление маточных труб
<u>Сальпингоофорит, или аднексит</u>	Воспаление яичника и маточной трубы
<u>Эндометрит</u>	Воспаление слизистой оболочки полости матки
<u>Эндоцервицит</u>	Воспаление слизистой оболочки шейечного канала

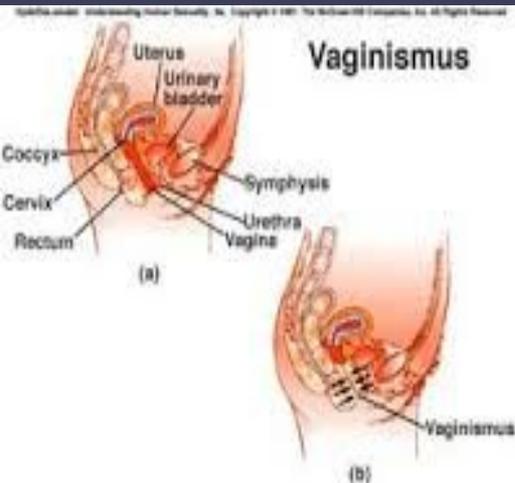
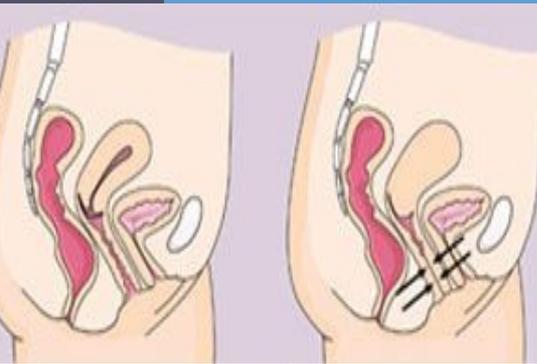
- **Вульвит (vulvitis)** - воспаление наружных женских половых органов. Различают первичный и вторичный вульвит. Возникновению первичной формы способствуют опрелость (при ожирении), несоблюдение гигиены половых органов, химические, термические, механические раздражения, расчёсы, ссадины, сахарный диабет и тому подобное. Вторичный вульвит возникает в результате инфицирования наружных половых органов патогенными микроорганизмами, которые содержатся в выделениях из влагалища при кольпите, цервиците, эндометрите.
- У женщин репродуктивного возраста вульвит развивается на фоне гипофункции яичников, авитаминоза, чаще бывает у девочек и женщин в пост менопаузе.
- **Клиника.** При остром вульвите наблюдается гиперемия и отек наружных половых органов, серозно-гнойные налёты. Больные жалуются на боль, зуд, жжение, нередко - на общую слабость. В хронической стадии эти проявления стихают, но периодически возобновляются.
- **Диагностика** базируется на описанной клинической картине. Для установления возбудителя целесообразно провести бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделений. Необходимо установить первичным или вторичным является воспалительный процесс.



Вульвит

- **Лечения** в первую очередь направляют на устранение заболевания, которое осложнилось вульвитом. В острый период применяют отвар цветков ромашки, слабый раствор калия перманганата, борной кислоты; при бактериальных, грибковых, паразитарных - тержинан по одной влагалищной таблетке перед сном, длительность лечения 10 дней. Если возбудителем вторичного вульвита является грибки рода *Candida*, то целесообразно назначать Гино-певарил – по 1 свече (150 мг) на ночь на протяжении 3-х дней, при рецидивах по 1 свече (50 мг) 2 раза в сутки 7 дней, а также нанесение крема на наружные половые органы - 10 дней. Высокая эффективность лечения наблюдается при использовании орунгала по 100 мг 2 раза в день на протяжении 6 - 7 дней, потом на протяжении 3-6 менструальных циклов по 1-й капсуле в первый день цикла. Эффективное облучение наружных половых органов с помощью гелий-неонового или полупроводникового лазера. Если есть выраженный зуд, назначают препараты брома, пустынника, валерианы, местно - анестезированную мазь.





Вагинизм

- **Вагинизм** - болевой спазм мышц входа влагалища и тазового дна. Он может развиваться при воспалительном процессе наружных половых органов, влагалища или иметь неврогенный характер (например, развивается после грубой попытки осуществить половой акт). Врачи различают вагинизм с коитофобией (боязнь полового акта) и вагинизмоподобным расстройством (состояние, напоминающее вагинизм, но развившееся непосредственно после аборта, травмы).
- **Причины заболевания:**
- Чаще всего вагинизм обусловлен психоэмоциональной травмой женщины. Это может быть связано с сильным страхом перед болью во время акта дефлорации (разрыва девственной плевы) или другими страхами: наступлением нежелательной беременности, заражением венерическими заболеваниями и пр. Причиной вагинизма может стать неправильное половое воспитание девушки. Помимо этого заболевание развивается после изнасилования или очень грубого отношения во время половой близости.
- **Развитие заболевания:**
- **Выделяют три степени вагинизма:**
- При 1-ой степени мышечная реакция наступает только при попытке введения полового члена или гинекологического инструмента во влагалище.
- При 2-ой степени мышечная реакция наступает при прикосновении к половым органам или при ожидании прикосновения к ним.
- При 3-ей степени мышечная реакция наступает от представления полового акта или гинекологического обследования.

- **Клиника.** При попытке осуществления полового акта, иногда лишь мысли о нем возникают спазмы предверья влагалища и приводящих мышц бедра, которое препятствует введению полового члена во влагалище. Гинекологический осмотр следует проводить осторожно, поскольку болезненный спазм может возникнуть от одного прикосновения к половым органам.



- **Лечение.**

При наличии вульвита, кольпита проводят противовоспалительное лечение. При неврогенной форме необходимо тактичное поведение мужчины при половых отношениях, психотерапия, гипноз. Больная нуждается в консультации сексопатолога. Лечение занимается врач-сексопатолог. Основными методами лечения являются рациональная психотерапия (обоих половых партнеров), специальные тренировки мышц влагалища и тазового дна. Эффективно проведенное лечение, как правило, возвращает женщине всю прелесть сексуальных ощущений, возможность испытывать чувство оргазма, возможность забеременеть и испытать счастье материнства.

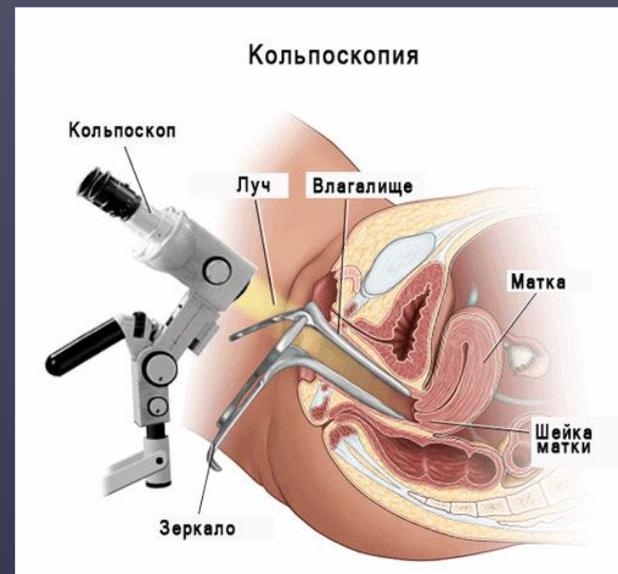


КОЛЬПИТ

- **Кольпит (colpitis) (бактериальный вагиноз).**
- **Кольпит (вагинит)** - воспаление слизистой оболочки влагалища.
- Относятся к самым частым гинекологическим заболеваниям у женщин репродуктивного возраста. Воспаление слизистой оболочки влагалища может быть вызвано стафилококком, стрептококком, кишечной палочкой, грибами Кандида, тризомонадами, вирусами генитального герпеса, гарднерелами, цитомегаловирусами, хламидиями. Бактериальный вагиноз может быть вызван определенным видом бактерий или их ассоциацией, которая состоит из 2-5 видов возбудителей.
- **Факторами, способствующими возникновению БВ являются:**
- заболевания, передающиеся половым путем (хламидиоз, трихомониаз, молочница, микоуреаплазмоз и др.)
- снижение иммунитета при инфекционных заболеваниях,
- снижение эндокринной функции желез внутренней секреции (заболевание яичников различной природы, менопауза, сахарный диабет, ожирение),
- нарушение анатомических особенностей влагалища из-за опущения его стенок,
- зияние половой щели, повреждения слизистой оболочки влагалища при проведении манипуляции во влагалище и в матке (внебольничный аборт, неправильное спринцевание, введение различных предметов во влагалище, например, при мастурбации).
- нарушение питания слизистой оболочки при сосудистых расстройствах и старческой атрофии.
- несоблюдение правил личной гигиены и гигиены половой жизни
- нерациональное применение антибиотиков.
- аллергия (например, на резину презерватива, или на лекарства, которые вводятся во влагалище).



- **Клиника.** Основными симптомами являются слизисто гнойные выделения, боль, изжога, зуд во влагалище. Больные жалуются на невозможность половой жизни, усиления боли и изжоги во время мочеиспускания. В хронической стадии эти явления стихают.
- Бели - чрезмерные или необычные по характеру выделения из влагалища (молочно-белые, желто-зеленые, сукровичные, жидкие или густые, имеющие запах и т.д.), вызывающие зуд, жжение и постоянное ощущение влажности. В отличие от белей физиологические (нормальные) выделения из влагалища необильные, светлые. Причины появления белей: воспалительные процессы, инфекции, травмы, опухоли различной локализации.



- **Местное лечение** заключается в назначении сидячих теплых ванн с настоем ромашки. При густых гнойных или слизистых выделениях проводят спринцевание влагалища раствором двууглекислой соды (2 ч. л. на 1 стакан воды), а через 20-25 минут осуществляется спринцевание марганцовокислым калием. При гнойных зловонных выделениях спринцевание проводят с сернокислым цинком (2 ч. л. на 1 л воды), сернокислой медью (0,5-1 ч. л. на 1 л воды). При прекращении гнойных выделений спринцевание влагалища проводят с вяжущими средствами (отвар коры дуба, например). В упорных случаях применяют влагалищные ванночки: после предварительного спринцевания содовым раствором через круглое влагалищное зеркало вводят 1-2 ст. л. 2-3%-ного раствора азотнокислого серебра, 3-10%-ного раствора протаргола. Через 2-3 минуты жидкость удаляют. Влагалищные ванночки делают через 2-3 дня.



Эндоцервицит

- Эндоцервицит – это воспалительный процесс слизистой оболочки канала шейки матки, этиологическими причинами которого являются микроорганизмы: гонококки, стрептококки, стафилококки, хламидии, кишечная палочка, трихомонады, вирусы и грибы. Чаще всего эндоцервицитом болеют женщины репродуктивного возраста (20 – 40 лет).
- Эндоцервицит – это заболевание, быстро переходящее из острой формы в хроническую и практически не дающее симптоматики (независимо от остроты процесса). Среди жалоб больной имеет место наличие выделений, которые могут быть обильными или скудными, иметь характер слизистых, гнойных или слизисто-гнойных.
- Второй симптом – это тупые, ноющие, тянущие боли внизу живота. Боли могут быть различной степени интенсивности. Также может отмечаться зуд в области половых органов.
- Диагностика эндоцервицита основана на тщательном сборе анамнеза и жалоб больной, а также на результатах объективного обследования. При осмотре больной эндоцервицитом выявляются характерные объективные признаки:
 - отечность и покраснение возле наружного зева цервикального канала, наличие гнойных выделений;
 - при бактериологическом исследовании мазков из цервикального канала выявляются возбудители (гонококки, стрептококки, стафилококки, хламидии и др.), которые могут передаваться половым путем и вызывать воспаление канала шейки матки;
 - кольпоскопия – позволяет более отчетливо увидеть визуальные признаки воспаления (кольпоскопия шейки матки – это осмотр слизистой шейки матки с помощью кольпоскопа, используя дополнительное освещение и оптическое увеличение. Данный метод позволяет увидеть самые незначительные изменения в структуре эпителия, а также сосудистые изменения в слизистой оболочке. По окончании кольпоскопии проводится цитологическое исследование эпителия, взятого с пораженных участков);
 - при цитологическом исследовании мазков из цервикального канала в обильном количестве выявляются неизмененные отторгающиеся клетки цилиндрического и плоского эпителия;
- посев на чувствительность к антибиотикам – для назначения правильного лечения.

- **Лечение**

- должно быть этиотропным (в зависимости от вида возбудителя) и с учетом чувствительности флоры к антибактериальным препаратам.
- Также назначают вагинальные таблетки, капсулы, суппозитории, содержащие антибактериальные средства, обладающие широким спектром действия: Тержинан, Бетадин, Макмирор-комплекс-500, Гиналгин.
- После окончания лечения необходимо провести противогрибковую терапию: Флюкостат, Микосист, Дифлюкан; а также заселение влагалища лактобациллами: Вагинорм-С, Ацилакт.
- Для профилактики рецидивов используются средства иммунокоррекции: Тимолин, Тактивин, Левамизол, Интерфероны.



- **Сальпингоофорит (аднексит)** - воспалительное заболевание маточных труб и яичников, имеющие сходный патогенез и клинику. Возбудителем аднексита могут быть гонококки, микобактерии туберкулеза, стафилококки, стрептококки, эшерихии, энтерококки, хламидии и пр. Воспалительный процесс начинается обычно на слизистой оболочке маточной трубы, затем переходит на ее мышечную и серозную оболочки (эндосальпингит, перисальпингит). Потом из абдоминального конца трубы патологическое содержимое изливается на окружающую тазовую брюшину и эпителиальный покров яичника. Затем инфекция проникает в фолликул (непосредственно после овуляции) или в желтое тело и далее развивается непосредственно в яичнике.



Сальпингоофорит

- Труба и яичник спаиваются между собой, образуя единый конгломерат, а затем и воспалительное тубо-овариальное образование (пиосальпинкс, или пиовар), причем в дальнейшем развиваются многочисленные спайки, ограничивающие проходимость труб. Среди заболеваний женской половой системы случается чаще всего. Возбудителями неспецифического сальпингоофориту могут быть патогенные или условно патогенные микроорганизмы: стрептококки, стафилококки, бактериоиды, энтерококки, эшерихии. Инфекция по большей части бывает смешанной. Стадии течения болезни: острая, подострая, хроническая.



- Клинически выделяют:

- острый

- хронический аднексит.

- При остром аднексите отмечаются повышение температуры, значительное нарушение общего состояния, сильная боль в низу живота, дизурические явления. В первые дни болезни живот чувствителен при пальпации, может отмечаться защитное напряжение мышц. Боль усиливается при гинекологическом обследовании. Контуры придатков матки неотчетливы, увеличены, подвижность их ограничена. В крови выражен лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, повышение СОЭ, отмечаются другие неспецифические признаки воспаления (диспротеинемия, С-реактивный белок и пр.).

- Лечение аднексита

- Лечение острого аднексита (сальпингоофорита) проводится только в условиях стационара. Больным показан полный покой, постельный режим, обезболивающие средства в зависимости от выраженности болевого синдрома, антибиотики широкого спектра действия или противомикробные препараты из группы фторхинолонов, противовоспалительные и десенсибилизирующие средства. После стихания острых воспалительных явлений показаны биостимуляторы и физиотерапия (электрофорез с калием, магнием, цинком, ультразвук на низ живота, вибромассаж).



Параметрит — воспаление околоматочной клетчатки.

Возникает чаще всего после различных вмешательств на матке (патологические роды, аборты, гинекологические операции).

Патогенная или условно-патогенная флора проникает в параметрий при травматизации матки либо — реже — лимфогенным или гематогенным путем из рядом расположенных очагов инфекции (аднексит, эндоцервицит, кольпит). После внедрения инфекции в параметрии образуется диффузный воспалительный инфильтрат, который способен нагнаиваться (при современном уровне терапии это происходит достаточно редко), рассасываться либо приобретать хроническое течение. Инфильтрат обычно располагается в определенных областях: от переднего отдела шейки по латеральным краям мочевого пузыря к передней брюшной стенке, от переднебоковых отделов шейки — к пупартовой связке и боковым отделам живота, от заднебоковых отделов шейки — к стенкам таза, от заднего отдела шейки — к прямой кишке.

- **Клиника параметрита**

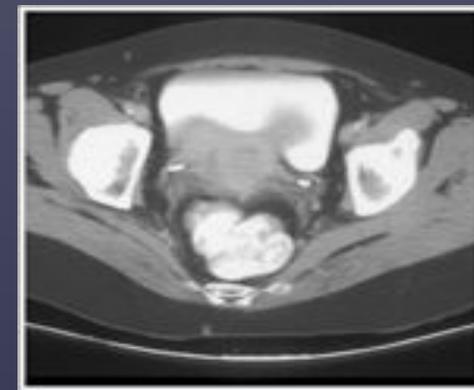
- Одним из первых симптомов заболевания является стойкое повышение температуры (при нагноении она может приобретать интермиттирующий характер). Первоначально общее состояние пациентки практически не изменено, затем появляются и нарастают признаки интоксикации — головная боль, слабость, вялость, адинамия. Появляются жалобы на тупую боль в низу живота, чувство давления на прямую кишку, могут присоединяться дизурические явления и затруднения акта дефекации.



Параметрит

• Диагностика параметрита

- В крови больных обычно отмечается только стойкое повышение СОЭ. При развитии нагноения инфильтрата возникают лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, диспротеинемия и пр. При бимануальном исследовании определяется укорочение и сглаживание заднего или боковых сводов влагалища, более выраженное со стороны поражения (либо равномерно — при тотальном инфильтрате). Матка полностью не контурируется, поскольку включена в воспалительный инфильтрат частично или целиком. Затем сбоку от матки определяется инфильтрат, сначала мягковатой, позже — плотной консистенции. Признаки раздражения брюшины отсутствуют. Пальпация живота в начале заболевания безболезненна или малоболезненна, при возникновении нагноения живот становится чувствительным при пальпации. Осложнения могут возникнуть при несвоевременной диагностике и развитии нагноения инфильтрата — прорыв гнойника в свободную брюшную полость, прямую кишку, мочевого пузыря.



• Лечение параметрита

- Лечение следует начинать с назначения антибиотиков широкого спектра или препаратов фторхинолонового ряда (ципрофлоксацин) в сочетании с метронидазолом в течение 5—7 дней. Женщина находится на строгом постельном режиме, показан холод на низ живота, внутривенное капельное введение хлористого кальция до 150 мл 3%-ного раствора. При нагноении вскрывают гнойник через задний свод влагалища либо со стороны передней брюшной стенки (внебрюшинно). При хронизации процесса можно использовать преднизолон в суточной дозе 20 мг в течение 10 дней с последующим переходом на НПВС, при нормализации показателей крови показаны ультразвук на низ живота, легкое тепло, свечи с индометацином. Заболевание отличается длительным обратным развитием. Спустя 4—6 месяцев показано санаторно-курортное лечение с использованием грязевых влагалищных тампонов, сероводородных орошений или ванночек, гинекологического массажа.





- **Пельвиоперитонит** — воспаление брюшины

малого таза — развивается вторично при поражении матки, маточных труб и яичников. Преимущественный путь проникновения микроорганизмов в полость брюшины — через маточные трубы. Кроме того, инфекция может поступать лимфогенным и гематогенным путями, а также контактным (например, при аппендиците).

- **Выделяют:**

- **серозно-фиброзный**

- **гнойный пельвиоперитонит.**

- Первый из них имеет более благоприятное течение и тенденцию к ограничению процесса пределами малого таза. Этому способствует развитие спаек между париетальными листками брюшины малого таза, маткой, придатками матки, а также сальником, петлями тонкой кишки, сигмовидной кишкой и мочевым пузырем. При гнойном пельвиоперитоните отграничение процесса происходит гораздо медленнее, сопровождается затеканием гноя в дугласово пространство и образованием дуглас-абсцессов.

- **Клиника пельвиоперитонита**

- Клиника типична для острого воспаления: фебрильная температура, сильная боль в низу живота, его вздутие, защитное напряжение мышц передней брюшной стенки, при гнойном пельвиоперитоните отмечается положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Перистальтика кишечника ослаблена, может быть задержка стула и газов, язык сухой, отмечаются тошнота и рвота. В крови СОЭ резко ускорена, выражен высокий лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево. Состояние пациентки тяжелое, однако при правильном и полноценном лечении наступает значительное улучшение в течение 1—2 суток.

- **Диагностика пельвиоперитонита**

- При гинекологическом исследовании в первые дни заболевания отмечается только ригидность и болезненность заднего свода, где затем появляется выпячивание вследствие скопления экссудата. Важное значение имеют пункция заднего свода, бактериологическое исследование пунктата, ультразвуковое исследование.

- **Лечение пельвиоперитонита**

- Лечение — только в условиях стационара. Больной назначают строгий постельный режим, покой, холод на низ живота, антибиотики широкого спектра действия или препараты фторхинолонового ряда в сочетании с метронидазолом. Инфузионно-детоксикационная терапия осуществляется в объеме, соответствующем тяжести состояния пациентки. При образовании дуглас-абсцесса показано опорожнение путем пункции или кольпотомии с последующим введением в полость антибиотиков.



- Многие женщины страдающие воспалительными заболеваниями органов малого таза либо не испытывают особых признаков и симптомов заболевания, либо не обращаются к врачу. В таких случаях, как правило, воспалительные заболевания органов малого таза диагностируются при обследовании женщины по поводу отсутствия беременностей или когда появляется хроническая боль в области малого таза. Бессимптомно чаще всего протекает воспалительный процесс вызванный хламидией. Отсутствие признаков и симптомов увеличивает вероятность передачи хламидии половым партнерам и нарушение функции репродуктивных органов.
- Важно предотвратить развитие воспалительных заболеваний органов малого таза, так как они могут стать причиной бесплодия или внематочной беременности. Незамедлительное лечение заболеваний передающихся половым путем предотвращает возникновение воспалительных заболеваний органов малого таза.
- При несвоевременном или неадекватном лечении, острый воспалительный процесс может перейти в хронический. При хронических воспалительных заболеваниях органов малого таза симптомы проявляются незначительно (нормальная или субфебрильная (37 -37,4) температура, незначительная боль, усиливающаяся при менструации) или могут не проявляться совсем. Такое состояние может длиться годами и, как правило, приводит к бесплодию.

Заключение

Использованные литературы

- ❖ <http://onlinepriem.ru/articles/s/endocervicit/>
 - ❖ <http://bibliofond.ru/view.aspx?id=36266#1>
 - ❖ http://www.olegorlov.ru/infektsii_20120902134801.html
 - ❖ <http://lechebnik.info/621-4/8.htm>
 - ❖ <http://ginekolog.policlinica.ru/vospol1.html>
-