

## ЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМНОЙ ЭНЗИМОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ

**Исследовано влияние системной энзимотерапии на клиническое течение гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки. Показано, что включение препарата системной энзимотерапии «Вобэнзим» в комплексное лечение пиосальпингита, пиосальпинкса, тубоовариального абсцесса, пельвиоперитонита значительно ускоряет процесс выздоровления, уменьшает частоту оперативных вмешательств на придатках матки, положительно влияет на сосудистотромбоцитарный гемостаз. Отмечена целесообразность назначения «Вобэнзима»: сокращается продолжительность антибактериального и инфузионного лечения, следовательно, уменьшается расход дорогостоящих препаратов, сокращается госпитальный койко-день.**

Воспалительные заболевания женских половых органов относятся к наиболее часто встречающейся гинекологической патологии и отличаются такими особенностями клинического течения как склонность к хронизации, развитию спаечного процесса, формированию гнойных образований по типу пиосальпинкса, пиовара и др. Причины подобной клиники заключаются в меняющейся вирулентности и многообразии микрофлоры, вызывающей воспаление, нарушении иммунного ответа, сложностях, связанных с эффективным лечением (Цвелев Ю. В. и соавт., 1995; Савичева А. М., Башмакова М. А., 1998; Post M. et al., 1997; Gandhi G., Batra S., 1997 и др.).

Многочисленные исследования, проведенные в течение последних десятилетий, отчетливо показали, что на клиническое течение воспалительного заболевания и состояние репаративных процессов значительное влияние оказывают такие механизмы регуляции иммунных реакций как функция иммунно-компетентных клеток, продукция тех или иных цитокинов, уровень продукции патогенных иммунных комплексов и адгезивных молекул (Мазуров В. И. и соавт., 1999; Pigott R., Power Ch., 1993 и др.). Все указанные эффекты иммунитета успешно контролирует системная энзимотерапия (Wolf M., Ransberger K., 1970; Ransberger K. et al., 1991 и др.).

Учитывая это, было решено провести исследование влияния системной энзимотерапии на течение гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки. В качестве препарата системной энзимотерапии был выбран «Во-

бэнзим», фирма Micos Pharma, Германия. В состав одной таблетки препарата включены: панкреатин 100 мг, папаин 60 мг, бромелаин 45 мг, липаза 10 мг, амилаза 10 мг, трипсин 24 мг, химотрипсин 1 мг, рутин 50 мг.

В исследование были включены 64 пациентки с гнойно-воспалительными образованиями придатков матки, поступившие на стационарное лечение в гинекологическое отделение Мариинской больницы. Двадцать девять из них получили традиционное лечение воспалительного процесса, у 35 к традиционному лечению был добавлен препарат «Вобэнзим» в суточной дозе 15 таблеток (по 5 таблеток 3 раза в сутки за 40–60 минут до еды). Назначение 15 таблеток в сутки объяснялось сравнительно низкой абсорбцией эндотелиоцитами тонкой кишки отдельных ферментов, входящих в состав препарата.

По характеру и тяжести воспалительного процесса группы пациенток существенно не отличались, и основными заболеваниями были пиосальпингит, пиосальпинкс, тубоовариальный абсцесс, осложненные пельвиоперитонитом, тазовым абсцессом, вторичным аппендицитом и фибринозно-гнойным оментитом (табл.1).

Длительность заболевания до госпитализации в общей группе пациенток колебалась от двух суток до трех месяцев (одно наблюдение), преимущественно составляла 7–14 дней. Четыре пациентки получили амбулаторное лечение в условиях женской консультации по поводу цистита, аднексита. Еще несколько больных занимались самолечением, принимали трихопол, ампиокс, другие препараты. В одном слу-

## Объем гнойно-воспалительного процесса придатков матки

Заболевание	Традиционное лечение (n=29)		Традиционное лечение + Вобэнзим (n=35)	
	n	% ± m%	n	% ± m%
Пиосальпингит	17	58,6±9,1	21	60,0±8,3
Пиосальпинкс	4	13,8±6,4	5	14,3±5,9
Тубоовариальный абсцесс	8	27,6±8,3	9	25,7±7,4
Пельвиоперитонит	13	44,8±9,2	20	57,1±8,4
Тазовый абсцесс	2	6,9±4,7	1	2,8±2,8
Фибринозно-гнойный оментит	0	—	2	5,7±3,9
Вторичный аппендицит	1	3,4±3,4	1	2,8±2,8

Таблица 2

## Гинекологический анамнез у пациенток с гнойно-воспалительными образованиями придатков матки

Гинекологические заболевания, состояния	Традиционное лечение (n=29)		Традиционное лечение + Вобэнзим (n=35)	
	n	% ± m%	n	% ± m%
ВМС	11	37,9±9,0	8	22,9±7,1
Осложнение аборта, ГСГ	2	6,9±4,7	0	—
Хронический сальпингоофорит	11	37,9±9,0	17	48,6±8,4
Хронический вагинит, бактериальный вагиноз	9	31,0±8,6	18	51,4±8,4
Эктопия шейки матки	6	20,7±7,5	8	22,9±7,1
Сифилис	0	—	2	5,7±3,9
Миома, НМЦ, другая патология	2	6,9±4,7	5	14,3±5,9
Операции на придатках матки, на матке в анамнезе	2	6,9±4,7	6	17,1±6,4
Бесплодие I, II	4	13,8±6,4	4	11,4±5,4

чае причиной острого гнойного процесса в придатках матки явился искусственный аборт за трое суток до повторного поступления в больницу, в 19 случаях — внутриматочный контрацептив (7 месяцев — 13 лет), еще в одном случае — гистеросальпингография у пациентки с бесплодием. Таким образом, фактически у каждой третьей пациентки причиной острого воспалительного заболевания явился «инвазивный фактор» в виде ВМС, аборта, сальпингографии. В то же время необходи-

мо отметить высокую частоту предшествующей гинекологической патологии у пациенток в целом: хронические воспалительные заболевания влагалища, шейки матки, придатков, операции на матке и придатках (табл. 2). Четыре операции были ранее выполнены по поводу гнойных образований придатков матки и перитонита (все у пациенток, включенных в группу лечения «Вобэнзимом»).

Кроме того, у четырех пациенток ранее выполнено диатермохирургическое лечение эктопии

шейки матки, две перенесли сифилис, у значительного числа отмечены такие инфекции, передающиеся половым путем, как микоплазмоз, уреаплазмоз, хламидиоз и др.

Неблагополучный гинекологический анамнез дополняли указания на хронический бронхит, тонзиллит, пиелонефрит, гастродуоденит, холецистит. Эта патология отмечена более чем у 60% пациенток (табл. 3). Пять пациенток перенесли гепатит, еще у 15 выполнены различные операции

## Клиническая характеристика пациенток с гнойно-воспалительными образованиями придатков матки

Социальное положение, анамнез	Традиционное лечение (n=29)		Традиционное лечение + Вобэнзим (n=35)	
	n	% ± m%	n	% ± m%
Возраст, лет	37,4±10,9		30,2±11,5	
<i>Социальное положение</i>				
Рабочие	11	37,9±9,1	8	22,8±7,1
Служащие	6	20,7±7,5	7	20,0±6,8
Учащиеся	2	6,9±4,7	3	8,6±4,7
Не работают	10	34,5±8,8	17	48,6±8,4
<i>Соматический анамнез</i>				
Хронические воспалительные заболевания	25	86,2±6,4	22	62,9±8,2
Операции	6	20,7±7,5	9	25,7±7,4
Гепатит А, С	0	—	5	14,3±5,9
Прочие заболевания	0	—	1	2,8±2,8

Таблица 4

## Акушерский анамнез у пациенток с гнойно-воспалительными образованиями придатков матки

Акушерский анамнез	Традиционное лечение (n=29)		Традиционное лечение + Вобэнзим (n=35)	
	n	% ± m%	n	% ± m%
Не было беременностей	7	24,1±7,9	9	25,7±7,4
Одни роды	13	44,8±9,2	12	34,3±8,0
Двое родов	6	20,7±7,5	6*	17,1±6,4
Один аборт	4	13,8±6,4	7	20,0±6,8
Два—три аборта	10	34,5±8,8	9	25,7±7,4
4—8 абортов	4	13,8±6,4	8	22,8±7,1

\* в одном случае — трое родов в анамнезе

(аппендэктомия, тонзиллэктомия и др.). Все отмеченное свидетельствует о высоком риске тяжелой гнойно-септической инфекции у пациенток как в связи со снижением защитных резервов, так и в связи с влиянием неблагоприятных социальных факторов. О последнем можно думать, учитывая характер занятости пациенток: несмотря на молодой возраст (индивидуальные колебания в группах лечения составляли 18–52 и 16–50 лет, в среднем соответственно 30,2±11,5 и 37,4±10,9 лет), 27 женщин не работали и не учились, в

то же время в числе больных оказались учащиеся школ, техникумов, отмечавшие раннее начало сексуальной жизни (табл. 3).

Основная часть пациенток имела в прошлом аборт, в том числе — до 4–8 в анамнезе (табл. 4). В меньшем проценте отмечены роды, которые у трех пациенток были осложнены послеродовым эндометритом. У 16 пациенток не отмечено беременностей в прошлом, часть из них лечилась от бесплодия.

При поступлении состояние всех больных расценивали как

тяжелое или средней тяжести. Отмечены жалобы на слабость, тошноту, рвоту, жажду, сухость во рту, иногда — жидкий стул. В связи с этим две пациентки вначале госпитализированы в инфекционную больницу с подозрением на энтерит, затем переведены в гинекологическое отделение.

У всех больных отмечен выраженный болевой синдром: боли постоянного характера с усилением сопровождались вздутием живота, метеоризмом, симптомами раздражения брюшины, напряжением передней брюшной стен-

Объем оперативного лечения у пациенток с гнойно-воспалительными процессами придатков матки

Объем оперативного лечения	Традиционное лечение (n=29)		Традиционное лечение + Вобэнзим (n=35)	
	n	%±m%	n	%±m%
Тубэктомия, одно-двусторонняя	4	13,8±6,4	5	14,3±5,9
Аднексэктомия, одно-двусторонняя	3	10,3±5,6	2	5,7±3,9
Тубэктомия+аднексэктомия	8	27,6±8,3	4	11,4±5,4
Ампутация матки	1	3,4±3,4	0	—
Аппендэктомия	1	3,4±3,4	1	2,8±2,8
Резекция сальника	0	—	2	5,7±3,9
Всего операций на матке, придатках	16	55,2±9,2	11	31,4±7,8

ки. У части пациенток имелись кровянистые или гноевидные выделения из половых путей, частое, болезненное мочеиспускание.

У всех без исключения пациенток в течение 2–14 дней до поступления наблюдалась лихорадка с ознобами или «познабливанием», температура колебалась в пределах 37,8°–39,0°–39,5°.

При гинекологическом исследовании определяли одно- или двустороннее образование, иногда — выполнявшее малый таз, напряжение, уплощение сводов с резким болевым синдромом.

Ультразвуковое исследование подтверждало данные гинекологического осмотра, визуализируя примыкавшие к матке образования с неоднородной эхоструктурой, наличием нескольких полостей с разной толщиной стенок, небольшим скоплением жидкости в малом тазу.

Лабораторные данные дополняли клиническую картину воспаления: характерными были лейкоцитоз, высокий процент палочкоядерных форм нейтрофилов, у каждой 5–6 пациентки — анемия. Достаточно часто (у 10 из 64 больных) выявляли участие печени в течение воспалительного процесса придатков матки: высокий уровень общего билирубина (25,0–40,0 мкмоль/л), повышение АЛТ (50–170 ед./л). В отдельных случаях острый воспа-

лительный процесс сопровождался гипергликемией (до 7,9 ммоль/л), повышением уровня мочевины (до 8,2 ммоль/л).

Высев условно-патогенной флоры из цервикального канала, брюшной полости был получен лишь у 17,2 и 37,1% пациенток соответственно контрольной и основной групп (*Escherichia coli*, *Enterococcus durans*, *Staphylococcus haemolyticus*), что являлось косвенным свидетельством участия в воспалительном процессе анаэробного инфекта.

Лечение включало хирургическую санацию очага воспаления (с удалением ВМС). Чревосечение выполнено у 16 пациенток контрольной и 11 — основной групп. Две больные из основной группы от операции отказались. Чревосечение включало тубэктомия, аднексэктомия, аппендэктомию в связи со вторичным аппендицитом. У двух больных основной группы дополнительно произведена резекция сальника по поводу вторичного гнойного оментита (табл. 5).

Все пациентки получали антибактериальные препараты: ампициллин, гентамицин, цифран, цефзолон, цефалексин, метрогил в общепринятых суточных дозах. Длительность антибактериального лечения указана в табл. 6.

Обязательно проводили инфузионное лечение в объеме 1,5–2 л

в сутки. В состав инфузий включали гемодез, реополиглюкин, раствор Рингера, альбумин (по показаниям). Кроме того, пациентки получали гипосенсибилизирующее лечение, препараты витаминов и др.

Как отмечено выше, пациенткам основной группы (35 больных) с момента поступления или первого дня после чревосечения дополнительно к указанному лечению был назначен препарат «Вобэнзим» по 15 таблеток в сутки. Длительность лечения зависела от времени пребывания больной в стационаре, то есть от шести (случай самовольного ухода больной из стационара) до 15 дней, в среднем 10–12 дней.

Проведенное исследование показало неоспоримые преимущества системной энзимотерапии как метода, облегчающего течение воспалительного процесса и ускоряющего выздоровление: прием «Вобэнзима» достоверно быстрее снимал субъективные симптомы, устранял болевой синдром, включая явления раздражения брюшины, способствовал быстрому улучшению общего состояния и нормализации температуры. Ускорение наступления восстановительного периода отчетливо демонстрировалось при сравнении с контрольной группой (табл. 6). Кроме того, раннее включение в программу лечения метода системной энзимотерапии позволило

Исходы лечения пациенток с гнойно-воспалительными заболеваниями придатков матки

Показатели	Традиционное лечение (n=29)		Традиционное лечение + Вобэнзим (n=35)	
	M±m	Пределы	M±m	Пределы
Инфузионная терапия, сут.	6,3±0,14	4–8	4,3±0,05*	4–5
Антибактериальная терапия, сут.	7,3±0,4	5–17	4,7±0,2*	3–8
Устранение диспепсических симптомов, сут.	3,4±0,2	2–6	2,0±0,1*	1–3
Прекращение болевого синдрома, сут.	6,1±0,3	4–10	3,1±0,2*	2–7
Нормализация температуры, сут.	6,5±0,3	3–10	3,5±0,2*	2–6
Улучшение общего состояния, сут.	7,8±0,7	4–18	5,2±0,4*	2–12
Частичное расхождение швов, % к числу операций	12,5±8,3		9,1±8,7	
Койко-день, сут.	14,8±0,8	10–28	10,9±0,6*	6–18

\*  $p < 0,05$ 

уменьшить частоту оперативных вмешательств при пиосальпингите, пельвиоперитоните, то есть – сохранить молодым женщинам трубы и, следовательно, уменьшить дальнейший риск развития трубно-перитонеального фактора бесплодия. В то же время очевидно, что продолжительность системной энзимотерапии в целях достижения полной реконвалесценции и профилактики спаечного процесса не может быть ограничена 10–14 днями, и требуется последующее ее амбулаторное назначение еще на 1,5–2 месяца.

Помимо положительного влияния «Вобэнзима» на клиническое течение гнойно-воспалительного процесса в придатках матки необходимо отметить выраженный экономический эффект: включение «Вобэнзима» достоверно снизило продолжительность антибактериального и инфузионного лечения, то есть объем дорогостоящих препаратов. Сократилась продолжительность стационарного лечения в целом (см. табл. 6).

Хорошо известно, что надежными признаками системной воспалительной реакции организма наряду с лихорадкой являются изменения лейкоцитарной формулы. Уровень лейкоцитоза у паци-

енток основной и контрольной групп свидетельствовал о достаточно сходной системной воспалительной реакции в обеих группах (табл. 7). То же касается количества палочкоядерных нейтрофилов. У отдельных пациенток основной и контрольной групп уровень лейкоцитов и палочкоядерных нейтрофилов достигал соответственно  $28 \cdot 10^9/\text{л}$  и 30% и  $24 \cdot 10^9/\text{л}$  и 19%. У большинства больных также наблюдалась лимфопения: уровень лимфоцитов составлял соответственно  $15,2 \pm 0,9$  и  $18,7 \pm 1,2\%$  в основной и контрольной группах. У каждой пятой-шестой пациентки при поступлении отмечен анемический синдром: уровень гемоглобина у них был 81–110 г/л.

На фоне традиционного лечения происходила достаточно медленная нормализация числа лейкоцитов, палочкоядерных нейтрофилов, лимфоцитов, что свидетельствовало о медленном разрешении гнойно-воспалительного процесса (см. табл. 7).

Добавление в лечебный комплекс «Вобэнзим» ускоряло процесс выздоровления, о чем свидетельствовали те же параметры гемограммы.

Заслуживает внимания факт различной динамики анемического

синдрома у пациенток. В программу лечения не включали эритроцитсодержащие среды, препараты железа и другие компоненты с возможным влиянием на концентрацию гемоглобина. Поэтому динамика показателя могла зависеть лишь от течения гнойно-воспалительного процесса. При традиционном лечении с достаточно медленным разрешением воспалительного процесса происходило увеличение числа больных со сниженным (80–110 г/л) уровнем гемоглобина. Если в начале лечения таких пациенток в контрольной группе было 6 (20,7%), то в середине лечения – уже 12 (41,4%), а к моменту выписки из стационара – 8 (27,6%).

Обратная динамика отмечена у больных, которым был назначен «Вобэнзим»: в начале лечения пациенток с гемоглобином 81–110 г/л было 6 (17,1%), к середине и концу лечения – только 4 (11,4%). Это отразилось на показателях в целом (см. табл. 7).

Как известно, тяжелая гнойно-септическая инфекция, сопровождающаяся системной воспалительной реакцией, способствует развитию микроциркуляторных нарушений. Представление о состоянии микроциркуляции дает

Динамика показателей крови у больных гнойно-воспалительными образованиями придатков матки (M±m)

Показатели	При поступлении в стационар		5–6 сутки от начала лечения		При выписке из стационара	
	Традиционное лечение	Традиционное лечение + Вобэнзим	Традиционное лечение	Традиционное лечение + Вобэнзим	Традиционное лечение	Традиционное лечение + Вобэнзим
Гемоглобин, г/л	123,8±3,1 (90–150)	122,6±2,6 (81–144)	112,1±2,7 (80–130)	123,5±2,7* (88–149)	118,6±3,3 (90–158)	128,05±3,2 (81–153)
Эритроциты, 10 <sup>12</sup> /л	3,87±0,1 (2,7–4,9)	3,87±0,1 (2,8–4,4)	3,79±0,1 (2,7–4,9)	3,89±0,1 (3,1–4,5)	3,9±0,2 (2,7–5,1)	4,1±0,1 (2,9–4,5)
Лейкоциты 10 <sup>9</sup> /л	13,3±0,8 (7–24,9)	14,2±0,9 (7–28)	11,1±0,6 (6,5–18)	10,2±0,4 (5,9–15)	7,1±0,2 (5,8–9)	6,7±0,2 (4–8)
Палочкоядерные нейтрофилы, %	11,8±0,9 (1–19)	13,2±1,0 (4–30)	10,7±0,7 (7–20)	8,8±0,5* (4–16)	6,2±0,3 (1–7)	5,8±0,5 (1–13)
Лимфоциты %**	18,7±1,2 (8–33)	15,2±0,9 (5–36)	19,3±1,1 (10–33)	19,2±0,8 (7–26)	21,5±1,3 (10–38)	23,2±0,7 (14–32)

\*  $p < 0,05$ 

\*\* Норма лимфоцитов 23–40%

В скобках указаны индивидуальные колебания показателей

оценка микроциркуляторного или сосудисто-тромбоцитарного гемостаза, то есть оценка индуцированной активации тромбоцитов и тромбоцитограммы.

Начальным свидетельством активации тромбоцитов является изменение их формы. В физиологическом состоянии тромбоциты имеют дискоидную форму (дискоциты) и в этом состоянии фактически не способны к образованию агрегатов, затрудняющих микроциркуляцию. Усиление активности тромбоцитов приводит к появлению их активированных и рефрактерных форм: дисковидных тромбоцитов с отростками (дискоэхиноцитов), округлых и округлых с отростками (выступами цитоплазмы) форм (сфероцитов, сфероэхиноцитов).

Меняющееся функциональное состояние тромбоцитов (их внутрисосудистая активация) под воздействием различных неблагоприятных факторов позволяет оценивать фазово-контрастная микроскопия по методу, разработанному А.С.Шитиковой и соавт., 1996.

Исследование внутрисосудистой активации тромбоцитов у больных гнойно-воспалительными образованиями придатков матки выявило неоднородную картину: на фоне в целом нормального числа тромбоцитов (колебания 170–410 • 10<sup>9</sup>/л) наблюдалось снижение числа физиологических форм, то есть дискоцитов с увеличением различных активированных форм (табл. 8). Сумма активированных форм почти в два раза превышала верхние пределы нормальных значений (30,8±4,5%), резко возрастало число малых (2–3 тромбоцита) и больших (4 и более тромбоцита) агрегатов. В то же время индивидуальные тромбоцитограммы значительно варьировали от фактически нормальных до резко измененных (см. табл. 8), что зависело от тяжести инфекционно-воспалительного процесса.

Прием «Вобэнзима» быстро (в течение 10–14 дней) устранял нарушения внутрисосудистой активации тромбоцитов: показатели либо полностью нормализовались, либо приближались к нормальным значениям.

Еще одним маркером активации тромбоцитов является ее индукция специальными реагентами — аденозиндифосфатом (АДФ), коллагеном, ристомицином. Как видно из табл. 8, оценка функции тромбоцитов при индукции с указанными реагентами приводила к аналогичному выводу: при поступлении у пациенток выявляли гиперагрегацию тромбоцитов, индуцированную каждым из трех реагентов. Лечение «Вобэнзимом» устраняло эти нарушения, то есть способствовало восстановлению микроциркуляции.

Таким образом, проведенное исследование показало, что включение метода системной энзимотерапии в программу лечения гнойно-воспалительных образований придатков матки существенно сокращает длительность заболевания, уменьшает частоту оперативных вмешательств на придатках матки, способствует более быстрой нормализации нарушений гемостаза, имеет экономический эффект, так как способствует сокращению потребностей в

Внутрисосудистая активация тромбоцитов у больных гнойно-воспалительными образованиями придатков матки на фоне приема «Вобэнзима» ( $M \pm m$ )

Время исследования	Норма	При поступлении в стационар	Через 14 дней от начала лечения
Число тромбоцитов, $10^9$ /л	145–325	248,1±9,5 (170–410)	289,3±12,1 (205–410)
Дискоциты, %	81,5–91,6	69,6±4,7 (20–89)	85,5±1,4* (66–90)
Дискоэхиноциты, %	5,4–14,2	19,8±2,8 (5–58)	13,0±1,4* (5–28)
Сфероциты, %	0,5–3,0	5,3±1,4 (0–13)	3,7±0,9 (0–13)
Сфероэхиноциты, %	0–2,6	8,3±3,6 (0–62)	1,3±0,5* (0–8)
Сумма активированных форм, %	7,9–17,7	30,8±4,5 (11–83)	18,7±1,6* (9–34)
Число тромбоцитов, вовлеченных в агрегаты, %	6,1–7,4	11,8±1,1 (4,6–22,7)	9,4±0,8 (4,6–16,1)
Число малых (2–3 тромбоцита) агрегатов на 100 свободных, %	1,8–3,9	5,5±0,3 (2,0–8,8)	4,1±0,3* (2,7–7,2)
Число больших (4 и >) агрегатов на 100 свободных тромбоцитов, %	0,07–0,11	0,55±0,2 (0,0–3,2)	0,2±0,04 (0,0–0,6)
Агрегация, индуцированная АДФ, %	80–120	137,3±4,9 (88–173)	106,5±5,3* (83–118)
Агрегация, индуцированная ристомицином, %	80–120	133,4±3,8 (94–171)	112,5±2,4* (93–131)
Агрегация, индуцированная коллагеном, %	80–120	135,6±3,6 (90–177)	100,6±2,5* (77–117)

В скобках указаны индивидуальные колебания показателей

\* –  $p < 0,05$

антибактериальных препаратах и инфузионных средах, сокращению койко-дня.

### Литература

1. Мазуров В. И., Лиля А. М., Алешин Ю. Н., Стернин Ю. И. и др. Системная энзимотерапия, СПб, «Питер», 1999.
2. Савичева А. М., Башмакова М. А. Урогенитальный хламидиоз у женщин и его последствия, СПб, «Медицинская книга», 1998.
3. Цвелев Ю. В., Кира Е. Ф., Кочеровец В. И., Баскаков В. П. Анаэробная инфекция в акушерско-гинекологической практике, СПб, «Питер», 1995.
4. Шитикова А. С., Каргин В. Д., Беязо О. Е. и др. Морфологическая оценка повышенной внутрисосудистой активации тромбоцитов. Методич. рекоменд., 1996, Санкт-Петербург.
5. Gandhi G., Batra S. Antibiotic prophylaxis in gynaecological surgery. Acta Obstet, Gynecol. Scand., vol. 76, № 167, p. 27, 1997.
6. Pigott R., Power Ch. The Adhesion Molecule. Facts Book. Academic Press, New York, 1993.
7. Post M., Kleef E., Wekken G. et al. The treatment of an unruptured tubo-ovarian abscess. Acta Obstet, Gynecol. Scand., vol. 76 № 167, p. 37, 1997.
8. Ransberger K., Stauder G., Streichhahn P. Enzymkombinationspräparate – Wobenzym N, Mulsal N und Phlogenzym – Wissenschaftliche Monographie zur Praklinik. Forum Medizin, Gräfelfing, 1991.
9. Wolf M., Ransberger K. Enzymtherapie. Maudrich, Wien, 1970.