

Диагностика тяжести перитонита при хирургическом лечении гнойных воспалительных образований придатков матки

Кох Л.И., Балакшина Н.Г.

Diagnostics of inflammatory tuboovarian complexes

Kokh L.I., Balakshina N.G.

Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

© Кох Л.И., Балакшина Н.Г.

Проведена оценка тяжести перитонита на основании оценочных шкал и индекса эндогенной интоксикации у пациентов, поступивших в стационар по скорой помощи с клиникой острого живота. Обследовано и прооперировано 123 пациентки, поступившие в гинекологическое отделение Томской областной клинической больницы в экстренном порядке с диагнозом «отграниченный перитонит на фоне tuboovarальных комплексов».

Ключевые слова: гнойные воспалительные заболевания придатков матки, лапаротомия.

Objective differential diagnosis inflammatory tuboovarian complex in patients hospitalized following emergency visit were investigated. We examined and operated 123 patients with acute abdomen symptom hospitalized at the inpatient gynecology department Regional Clinical Hospital following emergency visit.

Key words: purulent inflammat, laparotomy.

УДК 618.13-002.3-089-06:616.381-002-036.1-07

Введение

Воспалительные заболевания органов малого таза занимают 1-е место в структуре гинекологической патологии и составляют 60—65% среди амбулаторных и 30% — среди стационарных больных [1—5]. Существующие методы оценки тяжести течения острых гнойных воспалительных заболеваний придатков матки (ОГВЗПМ) не позволяют в полной мере оценить степень эндогенной интоксикации и деструктивных изменений, в связи с этим поиск более современных критериев диагностики, приемлемых в ургентных условиях, является актуальным [6]. Вместе с тем постановка диагноза только на основании клинической картины не дает возможности определить тяжесть течения заболевания, эндогенную интоксикацию и прогнозировать исход хирургического лечения [2]. Применение оценочных шкал у больных с данной патологией в гинекологии практически отсутствует.

Цель исследования — оценить тяжесть гинекологического перитонита на основании оценочных шкал и индекса эндогенной интоксикации.

Материал и методы

Под наблюдением находились 123 пациентки в возрасте от 14 до 60 лет, поступившие по скорой помощи с клиникой острого живота в гинекологическое отделение Томской областной клинической больницы. Средний возраст составил $(34,10 \pm 4,18)$ года. В возрасте 14—20 лет было 18 женщин, 21—30 лет — 32, 31—40 лет — 38, 41—50 лет — 28, 51—60 лет — 7 пациенток.

Всем женщинам проведено обследование: анамнез, объективное и бимануальное, ректовагинальное, клинико-лабораторное (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимические, коагулограмма), рентгенологическое исследование органов грудной клетки (12 человек) и брюшной полости (18 женщин), ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза (56 человек), компьютерная томография (КТ) органов малого таза (2 пациентки), пункция образования и брюшной полости (20 женщин), консультация хирурга и терапевта.

Степень эндогенной интоксикации определялась путем вычисления индекса эндогенной интоксикации

(ИЭИ), разработанного авторами (пат. 2341795 от 08.10.2007 «Способ прогнозирования степени тяжести эндогенной интоксикации при гнойных воспалительных заболеваниях придатков матки»). ИЭИ вычисляется по формуле $ИЭИ = ССЭ/РФМК$, где ССЭ — сорбционная способность эритроцитов; РФМК — растворимый фибриномерный комплекс в плазме. Прогнозировали высокую степень вероятности развития степени эндогенной интоксикации при значении $ИЭИ < 2,58$; среднюю — от 2,59 до 3,58; низкую — от 3,59 до 4,68.

Синдром системной воспалительной реакции (ССВР) оценивался по следующим критериям: длительной лихорадке (свыше 3 сут) более 38 °С или прогрессирующей гипотермии (ниже 35 °С); тахикардии (более 90 ударов в минуту); тахипноэ (частота дыхательных движений более 20 в минуту) или по потребности в искусственной вентиляции легких (ИВЛ); гиперлейкоцитозу (более $12 \cdot 10^9/л$) или лейкопении (менее $4 \cdot 10^9/л$) со сдвигом формулы влево (более 10% незрелых клеток).

Терапевтическая шкала оценки тяжести больного (SAPS) определялась путем подсчета суммы баллов по семи клиническим и семи лабораторным параметрам. По сумме баллов определялся прогноз вероятности летального исхода. Клинические параметры включали возраст, температуру тела, частоту пульса, систолическое артериальное давление, частоту дыханий, наличие или отсутствие ИВЛ, степень нарушения сознания по шкале Глазго. Из лабораторных параметров использовались следующие показатели: лейкоцитоз, гематокрит, мочевины, глюкоза, калий, натрий, буферная емкость крови.

Процедуры статистического анализа выполнялись с помощью статистического пакета SAS 9.1.3. Проверка нормальности распределения вероятности количественных признаков с помощью критерия Колмогорова и критерия Шапиро—Уилки. Для сравнения центральных параметров групп использовались непараметрические методы: дисперсионный анализ Краскала—Уоллиса с ранговыми метками Вилкоксона и критерий ван дер Вардена. При необходимости использовались попарные сравнения групповых средних по Шеффе. Для всех количественных признаков в сравниваемых группах производилась оценка среднего арифметического и среднеквадратической (стандартной)

ошибки среднего. Исследование взаимосвязи между парами дискретных качественных признаков проводилось с использованием анализа парных таблиц сопряженности. Корреляционный анализ выполнялся с использованием рангового коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты и обсуждение

При поступлении все пациентки предъявляли жалобы на боли в животе, общую слабость, недомогание. Боли с иррадиацией в прямую кишку отмечали 55% больных, в поясницу — 45%. Субфебрильная температура наблюдалась у 49% женщин, гектическая — у 51%, тошнота — у 47%, рвота — у 15%, дизурические нарушения — у 43%, запоры — у 7%. Длительность заболевания от момента первых симптомов до поступления в стационар составила от 12 ч до 1,5 мес.

У 42,27% больных в анамнезе были соматические заболевания (болезни верхних дыхательных путей, гепатит, описторхозный холецистит, хронический пиелонефрит). Гинекологические заболевания в анамнезе имели 51,21% больных (хронический аднексит, эндометрит, эрозия шейки матки, хламидиоз, гонорея, трихомоноз). Применяли внутриматочную контрацепцию 39,83% пациенток.

Гинекологический статус характеризовался наличием в области придатков tuboovariальных образований с одной (34,96%) или с обеих (35,04%) сторон, пальпация была затруднена из-за болезненности передней брюшной стенки в 30% случаев. Болезненность при исследовании отмечали все пациентки.

Ультразвуковое сканирование подтвердило наличие tuboovariальных образований в виде конгломератов неправильной формы, с плотной капсулой и неоднородным содержимым с наличием уровней, размер которых варьировал от 6×6 до 20×20 см. Пиосальпинкс выявлялся в виде веретенообразного образования с четкими контурами, расположенного сбоку от матки, имел извитой вид, размером от 5×4 до 6×8 см. Абсцесс яичника был в виде образования от 6×6 до 10×11 см овальной формы с четкой капсулой толщиной до 5 мм. Описание гнойного сальпингита как расширенной трубы до 0,8—1 м с содержимым гиперэхогенного характера позволяло только предполагать воспалительный процесс в маточной трубе. При рентгенологическом исследовании органов брюшной полости у 6 пациенток выявлена картина частичной кишечной не-

проходимости, у 12 женщин патологии не наблюдалось. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки патология была исключена.

Из 20 больных при пункции дугласова пространства и образования через задний свод у 12 получен гной, у 8 пунктат не получен. При этом в 2 случаях при бактериологическом исследовании выявлена кишечная палочка, в 10 — роста флоры не наблюдалось. Все пациентки получили консультацию терапевта в связи с предстоящей операцией. Патология органов брюшной полости была исключена при консультации хирурга.

Результаты исследования оценки состояния больных по интегральным шкалам выглядят следующим образом. У 34 (27,65%) пациенток наблюдался ССВР с двумя признаками и соответствовал абдоминальному сепсису, у 21 (17,07%) женщины имел место ССВР с тремя признаками и соответствовал сепсису, у 8 (6,5%) — с четырьмя признаками ССВР был тяжелый сепсис (табл. 1). Ни одного признака ССВР не установлено у 13,82% обследованных. Оценочные критерии по шкале ССВР у 51,22% больных соответствовали тяжелому состоянию (2 балла и более) и являлись показанием к проведению инфузионно-трансфузионной подготовки перед операцией.

Таблица 1

Оценка количества клинических признаков ССВР у пациенток с ОГВЗИМ

Сумма признаков ССВР	Количество больных	
	Абс.	%
0	17	13,82
1	43	34,96
2	34	27,65
3	21	17,07
4	8	6,50
<i>Всего</i>	123	100

Из 123 обследованных у 78% по шкале SAPS была оценка 0—4 балла, что указывало на благополучный исход при своевременном проведении адекватного хирургического лечения и интенсивной терапии в послеоперационном периоде (табл. 2). У 26 (21,14%) обследованных оценка соответствовала 5—6 и 7—8 баллам, что соответствовало более тяжелому состоянию. Прогноз летальности у них составлял 10,7—13,33%, что являлось обоснованием к проведению неотложных лечебных мероприятий. Эти больные имели шанс на выздоровление

при условии короткой предоперационной подготовки и адекватного хирургического лечения.

Таблица 2

Оценка состояния пациенток по шкале SAPS

SAPS, балл	Количество		Прогнозирование летальности, %
	Абс.	%	
0—4	97	78,86	0
5—6	23	18,70	10,7
7—8	3	2,44	13,33
<i>Всего</i>	123	100	—

Оценка синдрома эндогенной интоксикации по ИЭИ показала, что у 40,7% больных она имела высокую степень, у 24,42% — среднюю, у 25,94% — низкую (табл. 3). У 11 (8,94%) женщин симптомы интоксикации отсутствовали.

Таблица 3

Оценка степени эндогенной интоксикации по ИЭИ у обследованных больных

Степень ИЭИ	Количество	
	Абс.	%
Высокая (до 2,58)	50	40,7
Средняя (от 2,59 до 3,58)	30	24,42
Низкая (от 3,59 до 4,68)	32	25,94
Эндотоксикоз не наблюдался	11	8,94
<i>Всего</i>	123	100

Показатели по шкале SAPS и ИЭИ не всегда были сопоставимы. Так, при оценке 0—4 балла по шкале SAPS (97 (78,86%) больных) выявлено, что у 36 (37,11%) больных высокая степень интоксикации, у 21 (21,65%) — средняя, у 40 (41,24%) — низкая.

При оценке 5—6 баллов по шкале SAPS у 11 (47,82%) больных ИЭИ был высоким, у 9 (39,13%) — средним, у 3 (13,05%) — низким. Полное совпадение показателей отмечено при оценке по шкале SAPS 7—8 баллов, при этом ИЭИ был высоким в 100%. Полученные данные позволяют оценку по ИЭИ при определении тяжести больных считать дифференцированной и более точной, особенно при оценке по шкале SAPS в 7—8 баллов. Установлены корреляционные связи ИЭИ, шкал ССВР и SAPS (табл. 4).

Таблица 4

Коэффициенты корреляции интегральных шкал и ИЭИ у пациенток с ОГВЗИМ

Шкала	Статистика Спирмена	ССВР	SAPS
ИЭИ	<i>r</i>	−0,359	−0,350
	<i>p</i>	0,001	0,001
SAPS	<i>r</i>	0,686	—

	p	$<0,0001$	—
--	-----	-----------	---

Примечание. Здесь и в табл. 5, 7, 8: r — коэффициент Спирмена, p — статистический уровень значимости

Таким образом, прогнозирование средней и высокой степени эндотоксикоза у 58,76% (57 из 97) больных с оценкой 0—4 балла по шкале SAPS, у 86,95% (20 из 23) с оценкой 5—6 баллов, у 100% с оценкой 7—8 баллов является показанием к активной тактике ведения данного контингента.

Разработанные критерии тяжести состояния больных позволили дифференцированно проводить коррекцию терапии на дооперационном этапе. Как показано в табл. 5, длительность предоперационной подготовки зависела от тяжести состояния, развития системной воспалительной реакции, давности заболевания и возраста больных. Чем продолжительнее было заболевание и старше возраст пациенток, тем в более длительной подготовке они нуждались. Чем больше была балльная оценка по шкалам SAPS и ССВР, тем короче было время подготовки.

Таблица 5

Корреляционные связи интегральных шкал и длительности предоперационной подготовки

Показатель	r	p
SAPS	0,253	0,005
ССВР	0,235	0,008
Возраст пациенток	0,076	0,043
Давность заболевания	0,237	0,012

Предоперационная подготовка проведена всем пациенткам: у 50% больных составила 0 ч, у 21,88% — от 12 до 24 ч, у 28,12% — более 1 сут. При интоксикации высокой степени по ИЭИ предоперационную подготовку проводили в операционной с включением 3,0 г цефасина; инфузионно-трансфузионной терапии — 800,0—1 200,0 (растворы реополиглокина, Рингера—Локка, 5%-й раствор глюкозы); 5,0 5%-го раствора витамина С и 5,0 трентала внутривенно капельно.

При интоксикации средней степени по ИЭИ предоперационную подготовку проводили в течение 2—4 ч 2,0 г цефасина; инфузионно-трансфузионную терапию — 1 200,0—1 500,0 (раствора реополиглокина, Рингера—Локка, 5%-й раствор глюкозы); 5,0 5%-го раствора витамина С и 5,0 трентала внутривенно капельно.

При интоксикации низкой степени по ИЭИ проводили операцию после предоперационной подготовки в

течение 24—48 ч (инфузионно-трансфузионная, симптоматическая терапия).

Во время лапаротомии были выявлены различные нозологические формы ОГВЗПМ (табл. 6).

Таблица 6
Частота нозологических форм ОГВЗПМ

Нозология	Частота возникновения		Статистические значения		
	Абс.	%	χ^2	p	Коэффициент Крамера
Гнойный сальпингит с обеих сторон	37	30,08	126,410	$<0,0001$	0,676
Пиосальпинкс	16	13,05	97,742	$<0,0001$	0,437
Пиовар	6	4,88	3,589	0,046	0,074
ТОА с обеих сторон	30	24,37	6,036	0,0003	0,135
ТОА с одной стороны и эндометрит	34	27,63	11,107	$<0,0001$	0,162
<i>Всего</i>	123	100	—	—	—

Примечание. ТОА — tuboовариальный абсцесс; здесь и в табл. 8: χ^2 — статистика Пирсона.

Показанием к хирургическому лечению выступал острый перитонит. При лапаротомии был установлен окончательный диагноз в зависимости от распространенности воспалительного процесса: разлитой перитонит — у 34 (27,64%), осумкованные гнойные образования придатков матки (пиосальпинкс, пиовар, ТОА) — у 63 (51,22%), пельвиоперитонит на фоне гнойного одно- и двустороннего сальпингита — у 26 (21,14%) женщин.

Установлены корреляционные связи тяжести перитонита, интегральных шкал и ИЭИ при различных клинических формах ОГВЗПМ (табл. 7).

Таблица 7

Корреляционный анализ тяжести перитонита по интегральным шкалам и ИЭИ при разлитом перитоните, осумкованных гнойных tuboовариальных образованиях и пельвиоперитоните у больных при поступлении

Корреляционные связи	Клинические варианты ОГВЗПМ	Абс. число	r	p
ССВР и SAPS	РП	34	0,686	$<0,0001$
	ОГТОО	63	0,454	0,0007
	П	26	0,654	0,0003
ИЭИ и ССВР	РП	34	-0,524	0,0071
	ОГТОО	63	-0,440	0,0457
	П	26	-0,389	0,0599
ИЭИ и SAPS	РП	34	-0,435	0,0295
	ОГТОО	63	-0,413	0,0499
	П	26	-0,661	0,0004

Примечание. Здесь и в табл. 8: РП — разлитой перитонит; ОГТОО — осумкованные гнойные тубоовариальные образования; П — пельвиоперитонит.

У больных производили ревизию органов брюшной полости, оценивали анатомические взаимоотношения, степень вовлечения в процесс маточных труб и яичников, наличие сопутствующей патологии, спаечного процесса, экссудата. В конце операции брюшную полость тщательно промывали физиологическим раствором до 4 л и дренировали. В послеоперационном периоде всем пациенткам проводили интенсивный комплекс медикаментозного лечения и детоксикационной терапии с включением плазмафереза, ультрафиолетового облучения крови и баротерапии. Осложнений после операций не наблюдалось.

Объем операций у пациенток был различным (табл. 8). Детородная функция была сохранена преимущественно при пельвиоперитоните ($\chi^2 = 89,349$), менструальная и гормональная — при осумкованных гнойных образованиях ($\chi^2 = 14,242$ и $\chi^2 = 0,8397$ соответственно) ($p < 0,0001$). С целью профилактики формирования пролапсов оставляли матку при разлитом перитоните ($\chi^2 = 11,640$).

Длительность лечения составила у женщин с разлитым перитонитом, осумкованными гнойными тубоовариальными образованиями и пельвиоперитонитом ($22,61 \pm 0,72$); ($19,54 \pm 0,32$); ($13,17 \pm 0,36$) койко-дня соответственно (p попарно $< 0,0001$).

Таблица 8

Частота сохранения различных функций после хирургических вмешательств у пациенток ($p < 0,0001$)

Сохраненная функция	РП		ОГТОО		П	
	%	χ^2	%	χ^2	%	χ^2
Детородная	3,26	9,839	13,60	16,4	21,25	89,349
Менструальная	6,23	0,383	17,56	14,242	1,13	44,398
Гормональная	—	—	2,12	0,839	—	—
Сохранена матка	7,36	11,640	22,66	0,685	—	—
Не сохранены функции	2,55	3,260	2,27	0,111	—	—

Как отмечают авторы, сходность этиологии и патогенеза у больных с различными клиническими формами ОГВЗПМ позволяет рассматривать последние как фазы единого заболевания, где каждой фазе присущ определенный объем специфических нарушений [2]. Интраоперационно были уточнены клинические формы заболевания ОГВЗПМ: разлитой перитонит на фоне гнойных тубоовариальных образований (27,64%), осумкованные гнойные образования придатков матки

(пиосальпинкс, пиовар, ТОА — 51,22%), пельвиоперитонит на фоне гнойного одно- и двустороннего сальпингита (21,14%).

По данным литературы, при локализации очагов инфекции в одних и тех же органах, в ряде случаев по причине прогрессирования воспалительного процесса и серьезных нарушений гомеостаза больные одной группы могут быть отнесены к категории клинически легких и тяжелых больных. Так, у больных с тубоовариальным абсцессом может иметь место ограниченный или разлитой перитонит, когда требуется радикальная операция и могут развиваться тяжелые абдоминальные и системные осложнения, представляющие серьезную угрозу жизни женщины [2, 6]. В течение последних десятилетий обсуждается вопрос о необходимости внедрения критериев объективной оценки тяжести состояния больных для прогнозирования с большей вероятностью возможных осложнений в ходе проводимого лечения [2]. Существующие на сегодня понятия оценки тяжести больных при перитоните в хирургии и гинекологии, такие как среднетяжелое, тяжелое, крайне тяжелое состояние, хотя и имеют в своей основе объективные критерии, основанные на данных различных обследований пациентов, в значительной степени страдают субъективизмом [6].

В механизмах общих патофизиологических реакций при гнойном перитоните основная роль отводится интоксикации, развивается эндотоксикоз микробной и энзимной этиологии, что во многом определяет тяжесть состояния больного [2, 4, 6]. У больных с осложненными формами гнойного воспаления придатков матки источником интоксикации сначала является очаг гнойного воспаления, деструкция органа, а после его ликвидации — воспаленная париетальная и висцеральная брюшина [6]. Тяжелый синдром эндогенной интоксикации при перитоните при ОГВЗПМ встречается у 40—75% больных [4].

Традиционная оценка тяжести эндогенной интоксикации при ОГВЗПМ заключается в определении наиболее значимых клинико-лабораторных критериев: выраженности болевого синдрома в области живота; бледности кожных покровов, сухости слизистых, налете на языке; пареза кишечника; фебрильной или гиперпиретической лихорадке, тахикардии; лейкоцитозе (свыше 12,0 г/л); ускорение скорости оседания эритроцитов (свыше 25 мм/ч), увеличении циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) (усл. ед.), лей-

коцитарного индекса интоксикации (усл. ед.) — и не всегда позволяет объективно дифференцировать тяжесть состояния больных [1—6].

В.Н. Серов и соавт. (2004) отмечают несовершенство, малоспецифичность и недостаточную информативность оценки тяжести эндогенной интоксикации при ОГВЗПМ, основанной только на клинических и лабораторных показателях.

Настоящее исследование показало, что все пациенты поступали в приемное отделение по скорой помощи с клиникой острого живота. Использование объективных систем ССВР и SAPS в течение 1-х сут с момента поступления позволило стратифицировать гетерогенные группы больных и оценить вероятный прогноз заболевания [2, 6]. Перитонит, осложнившийся развитием ССВР, рассматривался как абдоминальный сепсис [6].

Оценка степени эндогенной интоксикации по предложенному ИЭИ имела практическую значимость для определения длительности подготовки к операции, назначения комплекса медикаментозной терапии и установления ранних показаний к хирургическому вмешательству у 71,88% больных. При поступлении пациентов с клиникой острого живота воспалительного генеза необходимо было в короткий период времени оценить тяжесть состояния и выбрать тактику ведения, так как показания к операции были жизненными, что подчеркивают и другие авторы [4]. Как отмечено в литературе, не всегда до операции можно установить распространенность перитонита, но важно оценить степень интоксикации. Хирургическое вмешательство на ранних стадиях острого воспаления в брюшной полости и удаление очага инфекции предупреждают развитие тяжелого синдрома эндогенной интоксикации [3, 4].

Согласно классификации В.И. Краснополяского (1997) к осложненным формам ОГВЗПМ относятся: разлитой перитонит, отграниченные гнойные очаги при микроперфорации тазовых абсцессов с формированием межкишечных и поддиафрагмальных абсцессов, пельвиоперитонит на фоне формирующегося абсцесса дугласова кармана, гнойного тубоовариального образования, пиосальпинкса, пиовара [4]. Наличие очага инфекции в брюшной полости само по себе указывало на тяжесть процесса. Так, более тяжелое воспаление отмечалось при тубоовариальном абсцессе,

пиосальпинксе, пиоваре, менее тяжелое — при гнойном сальпингите ($p < 0,0001$), что и легло в основу деления пациенток на три клинические формы.

Заключение

В острой стадии пельвиоперитонит на фоне гнойного сальпингита и гнойные тубоовариальные образования имеют сходную клиническую картину [4]. В диагностическом аспекте ОГВЗПМ — это наиболее тяжелые заболевания, клиническая симптоматика которых не всегда отражает истинные изменения во внутренних половых органах. Длительность предоперационной подготовки зависела от тяжести состояния больных по шкалам SAPS и ССВР, давности заболевания и возраста ($p < 0,0001$). Время подготовки у женщин при разлитом и осумкованных гнойных тубоовариальных образованиях было меньше, чем при пельвиоперитоните ($p < 0,0001$).

Таким образом, оценка тяжести состояния больных при остром перитоните на фоне тубоовариальных гнойных воспалительных образований придатков матки по шкалам ССВР, SAPS, ИЭИ способствовала дифференцированному подходу к выбору тактики и проведению предоперационной подготовки. Ургентность ситуации, в которой поступали женщины с ОГВЗПМ, наряду с оценкой клинической картины определила преимущества за менее трудоемкими методами диагностики тяжести состояния, такими как ИЭИ.

Литература

1. Савельева Г.М., Антонова Л.В. Новые подходы в диагностике и лечении воспалительных заболеваний придатков матки // Вестн. РАМН. 1997. № 2. С. 12—16.
2. Серов В.Н., Панкова Е.О. Критерии прогноза осложнений и выбора основного метода лечения у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями матки и придатков // Материалы 6-го Рос. форума «Мать и дитя». М., 2004. С. 479—480.
3. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. М.: Медицина, 1996. 255 с.
4. Краснополяский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. М.: МЕД-прес-информ, 2006. 295 с.
5. Подзолкова Н.М., Никитина Т.И. Тяжелые бактериальные инфекции в акушерстве и гинекологии // Инфек. и антимикроб. терапия. 2004. Т. 6, № 3. С. 89—93.
6. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдovenko А.Л. Перитонит. М.: ГЭОТАР-мед, 2002. 238 с.

Поступила в редакцию 29.06.2009 г.

Утверждена к печати 28.10.2009 г.

Кох Л.И., Балакишина Н.Г.

Гнойные воспаления придатков матки

Сведения об авторах

Л.И. Кох — д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС СибГМУ (г. Томск)

Н.Г. Балакишина — канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии СибГМУ, зав. отделением гинекологии ОГУЗ «ТОКБ» (г. Томск).

Для корреспонденции

Балакишина Наталья Георгиевна, тел. (3822) 64-41-61, e-mail: doctor_natali@mail.ru