

# Хирургическое лечение осложненных гнойных воспалительных заболеваний придатков матки

*Балакшина Н.Г., Кох Л.И.*

## Surgical treatment of pelvic inflammatory disease

*Balakshina N.G., Kokh L.I.*

*Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск*

© Балакшина Н.Г., Кох Л.И.

Представлены современные данные о влиянии хирургического лечения гнойных воспалительных заболеваний придатков матки на репродуктивное здоровье женщин.

**Ключевые слова:** гнойные воспалительные заболевания придатков матки, лапаротомия, лапароскопия, пункция.

Delayed care of pelvic inflammatory disease as a risk factor for impaired fertility.

**Key words:** inflammatory disease of the uterine appendages, laparotomy, colpotomy, laparoscopic, fertility.

УДК 618.13-002.3-06-089.8

Гнойные воспалительные заболевания придатков матки (ГВЗПМ) у женщин представляют собой сложную проблему, связанную с серьезными медицинскими, социальными и экономическими потерями. Прогресс оперативной техники и интенсивной терапии послеоперационного периода при ГВЗПМ до сих пор не исключает высокой вероятности развития угрозы для жизни женщин [11, 23, 25, 27].

Лечение при ГВЗПМ проводится одновременно в двух основных направлениях. Во-первых, воздействие на инфекцию, включая хирургическую санацию первичного очага, системную антибактериальную терапию, коррекцию измененного биоценоза основных биотопов. Во-вторых, воздействие на организм больной, направленное на восстановление расстройств гомеостаза, включая органные нарушения: респираторную поддержку, инфузионную терапию и коррекцию гемостаза [18, 48]. Установлено, что успешный результат лечения больной с абдоминальной инфекцией лишь на 15—20% зависит от эффективной антибактериальной терапии, на 80% — от адекватной хирургической санации [1].

Существует несколько способов хирургического лечения ГВЗПМ: чревосечение, лапароскопия, кольпотомия и дренирование гнойников под визуальным контролем.

В течение длительного времени кольпотомный разрез с дренированием был широко распространенным методом лечения тазовых абсцессов [2]. Однако результаты такого лечения были неутешительными. Так, В.В. Rubenstein и соавт. (1976) сообщили о результатах подобных процедур у 38 больных, при этом 14 пациенткам была проведена экстренная абдоминальная гистерэктомия с удалением придатков с обеих сторон [5]. Метод пункции брюшной полости через задний свод влагалища был широко распространен и применялся не только при осумкованных гнойниках в малом тазу, но и на ранних этапах лечения для введения лекарственных смесей и антибиотиков [6, 24, 26]. Некоторые авторы успешно использовали пункционный метод лечения абсцессов малого таза чрескожным и трансвагинальным доступами, иногда с установкой дренажа для введения антибиотика. Пункции применяли однократно или в течение нескольких дней, при этом отмечали эффективность в 90% случаев [35, 45, 56, 60, 61].

Эффективность лечебных пункций при одностороннем гнойном tuboовариальном образовании отмечена у 80% больных [23]. Теоретически пункционный метод обосновывается морфологическими особенностями яичника, где наряду с некротизированной тканью ха-

рактерно наличие фрагмента функционально активной овариальной ткани, не вовлеченной в патологический процесс [2, 30]. Хотя этот подход позволяет избежать немедленной операции, но длительный контакт между некротической и воспаленной тканью часто приводит к образованию плотных фиброзных спаек и конгломератов [2]. Ряд авторов считают, что пункция и дренирование гнойных полостей малоэффективны и создают предпосылки к формированию придатково-влагалищных свищей [10, 12]. Они рассматривают данный метод исключительно как этап подготовки больных к лапаротомии. Показаниями для пункции являлись угроза разрыва образования, тяжелая интоксикация, опасность развития бактериального шока и невозможность проведения срочной лапаротомии [11].

Сторонники малоинвазивной навигационной хирургии под контролем ультразвука и компьютерной томографии проводят дренирование гнойников в малом тазу с использованием троакарной методики или специальных игл через переднюю брюшную стенку либо через задний свод влагалища. При этом проводят аспирацию гнойного экссудата и вводят антибиотики [1, 9, 15, 17, 31, 44, 51, 62].

Доступ для дренирования под контролем томографии может осуществляться через брюшную стенку (трансабдоминальный), ягодичную мышцу (трансглютеальный) или прямую кишку (трансректальный). При выборе в качестве контроля ультразвука возможно использование трансабдоминального, трансперинеального, трансвагинального и трансректального датчика [21, 33]. Однако течение послеоперационного периода характеризуется частыми осложнениями, в том числе рецидивами (30%), генерализацией инфекции (10%) и необходимостью повторного хирургического лечения лапаротомным доступом (30%) [15, 33].

При разлитом перитоните на фоне ГВЗПМ хирургическое вмешательство проводится немедленно. Показания для чревосечения известны: 1) подозрение на перфорацию или свершившийся разрыв гнойного образования придатков; 2) наличие пиовара, большого пиосальпинкса, тубоовариального абсцесса кистозно-солидной структуры; 3) неэффективность комплексного лечения в течение 24—72 ч; 4) возникновение осложнений дренирования абсцессов малого таза [3, 7, 19, 22].

Сложившиеся в мировой клинической медицине современные тенденции предполагают, что любые принципы и методы лечения подлежат сравнительной

оценке эффективности с позиций доказательной медицины [1]. На практике приходится использовать значительно больший набор подходов и способов реализации, что не поддается стандартным обобщениям. При этом каждый из подходов и способов приходится применять в нестандартных условиях. Самая тщательная санация брюшной полости при перитоните не позволяет прервать его течение, и продолжающееся гнойное воспаление может внести свои веские коррективы в течение послеоперационного периода, возникает необходимость релапаротомии, декомпрессии тонкого кишечника, наложения разгрузочной кишечной стомы, лапаростомы [1].

Определенные перспективы совершенствования профилактики и лечения перитонита в настоящее время связываются с обновленной формулировкой ключевых принципов лечения, обозначаемых как *source control*, подразумевающее радикальное устранение источника перитонита и полную ликвидацию патоморфологического субстрата, способного поддерживать персистирующую и рецидивирующую инфекции (суперинфекции) [1, 59]. Хирургическая операция — центральное звено лечебной программы всех форм перитонита. С точки зрения хирургического стресс-ответа лапаротомия сама по себе является тяжелейшим повреждающим фактором. Стандартная предоперационная подготовка не должна превышать 2—3 ч. В особых случаях (тяжелая гиповолемия, сердечно-сосудистая недостаточность) подготовка может быть продлена до 4—5 ч. До начала операции необходимо начать эмпирическую антибиотикотерапию цефалоспоридами широкого спектра действия (цефотаксим 2 г и метронидазол 500 мг внутривенно) [1].

Оперативное лечение выполняется под многокомпонентной общей анестезией с искусственной вентиляцией легких. Наиболее рациональный доступ — срединная лапаротомия, обеспечивающая возможность полноценной ревизии и санации всех отделов брюшной полости. Проводится последовательная ревизия органов брюшной полости и удаляется или локализуется очаг инфекции. Санация брюшной полости состоит в дополнительной ревизии после устранения источника инфекции и тщательном удалении экссудата и патологического содержимого из брюшной полости путем многократного промывания физиологическим раствором от 4 до 8 л при температуре 36—38 °С до чистых вод [1]. После санации определяются показания к дренированию тонкой

кишки. Декомпрессия тонкого кишечника вполне эффективно осуществляется путем введения назоюнонального зонда. Дренажи устанавливаются по стандартной технике к зоне источника перитонита и в отлогие места брюшной полости. Варианты завершения первичной операции определяются выбором дальнейшей тактики хирургического лечения в режиме «по требованию» или «по программе». В первом случае заканчивают послойным ушиванием раны брюшной стенки [1].

Доктрина этапного или программируемого хирургического лечения традиционно включает позиции: 1) заболевание не подвергается однократной хирургической коррекции даже при условии одномоментного выполнения адекватного объема оперативного вмешательства; 2) операция связана с повышенным риском развития тяжелых абдоминальных осложнений, что определяет необходимость своевременного полного контроля и коррекции состояния брюшной полости; 3) тяжесть физического состояния больной не позволяет выполнить полный объем хирургического вмешательства. Вместе с тем уровень тяжести состояния больной также определяет сроки ликвидации лапаростомы. В принятии решения о повторной или повторных операциях в абдоминальной хирургии всегда будет доминировать клиническое мышление, основанное на знаниях, логике и интуиции — на том, что составляет профессиональное мастерство клинициста, особенно хирурга [1].

Расхождения во взглядах касаются объема и техники операции у больных с ГВЗПМ [5, 13, 14, 19, 34, 37, 43, 46, 52, 53, 57, 58, 63]. В 1950—1970-е гг. ведущие специалисты в данной области настоятельно рекомендовали проводить раннюю гистерэктомию с двусторонней аднексэктомией и дренированием во всех случаях tuboовариального абсцесса малого таза. В пользу этой тактики приводился тот факт, что при ее использовании имеет место семикратное снижение смертности при ГВЗПМ [47, 54, 55]. В начале 1980-х гг. появились первые публикации о различных подходах в лечении tuboовариальных комплексов и tuboовариальных абсцессов с обоснованием медикаментозной терапии перед хирургическим лечением с селективной резекцией девитализированных тканей [36, 38]. В результате проведения двух крупных серий исследований авторы сообщили об успешном лечении tuboовариального абсцесса у женщин, которым предварительно прово-

дили консервативное медикаментозное лечение с последующим хирургическим вмешательством [46, 64].

Позиция радикального удаления матки и придатков как полная хирургическая санация очага инфекции и единственный путь к выздоровлению остается общепризнанной. При этом вследствие операции эти пациентки утрачивают яичники, что ведет к раннему проявлению болезней старения и, следовательно, порождает не только медицинские, но и социальные проблемы. Вопрос о гистерэктомии (кроме пациенток с панметритом) должен решаться индивидуально, на основании клинической картины и интраоперационной оценки тяжести гнойного повреждения [8, 11, 27, 36]. При этом авторы отмечают, что выполнение органосохраняющей операции возможно, но представляет значительные трудности при двустороннем поражении придатков. Кроме того, возникшие спайки ограничивают возможность зачатия при сохраненных яичниках и маточных трубах, так как глубина деструкции не всегда доступна визуальной оценке [19, 62].

Ж. Андре-Суше [4] считает, что воспалительный процесс чаще бывает асимметричным, поэтому выполнение односторонней аднексэктомии во многих случаях способствует нормальному восстановлению придатков матки с другой стороны при адекватном медикаментозном лечении. Таким образом, только раннее оперативное вмешательство с удалением деструктивной ткани является залогом успешного проведения органосберегающих операций и восстановления репродуктивной функции [8].

Использование малоинвазивных эндовидеохирургических методов является наиболее перспективным направлением в хирургии абдоминальных инфекций, а интенсивность их развития позволяет надеяться на быстрые и существенные преобразования в неотложной абдоминальной хирургии [1, 2].

Развитие эндоскопической техники привело к внедрению лапароскопии при ГВЗПМ сначала с диагностической целью, а затем и с лечебной [2, 23, 27, 41, 53, 57, 58]. В дальнейшем благодаря исследованиям отечественных и зарубежных ученых эндоскопический подход получил признание среди других методов хирургического лечения ГВЗПМ как метод выбора при равных условиях и наличии одинаковых показаний к хирургическому лечению [2, 11, 23, 27, 49, 50].

Различия в подходах гинекологов к эндоскопическому лечению в основном касаются сроков выполне-

ния и кратности процедур. При условии полного удаления воспалительного экссудата достаточно однократной лечебно-диагностической лапароскопии. При гнойном сальпингите, пиосальпинксе, тубоовариальном абсцессе у женщин репродуктивного периода оптимальным вариантом является динамическая лапароскопия и активное дренирование малого таза [2, 9, 11, 23, 27, 52, 53]. Такой подход расценивается как вариант органосохраняющих операций [4]. При этом удалось восстановить проходимость маточных труб у 34,4% женщин.

Лапароскопический доступ предпочтителен у женщин молодого возраста с нереализованной генеративной функцией матки с давностью заболевания не более 3 сут, когда в условиях гнойного расплавления и некроза тканей необходимо выполнить адекватный объем операции, сохраняя репродуктивные органы [2, 11, 34, 37, 63].

Перенесенные хирургические вмешательства при острых ГВЗПМ представляют серьезную проблему для репродуктивного здоровья женщин и являются причиной бесплодия в 12,5—74,0% [3]. Вторым по значимости отдаленным осложнением у 50% женщин является эктопическая беременность [11]. Один эпизод гнойного сальпингита увеличивает риск эктопической беременности в 7—10 раз [32]. Рецидивы воспалительных заболеваний органов малого таза возникают у 11,2% и увеличивают вероятность бесплодия в случае единичного эпизода на 10%, при трех эпизодах — на 40—60% [42, 63]. В 24—30% случаев у больных с воспалительными процессами придатков матки формируются тазовые ганглионевриты и болевой синдром [11, 40]. Хронизация воспалительного процесса в придатках матки возникает у 17—85% больных при запоздалом лечении [39]. У пациенток с данной патологией после операции изменяется гормональный баланс, который проявляется гиперполименореей (38,5—50%), альгодисменореей (16,7—18%), гипомеореей (6,7—7,7%), ановуляцией (40%) [16].

При гнойном воспалении придатков матки выражена иммунная дисфункция. Так, наблюдается повышение уровней фактора некроза опухоли и интерлейкина-2, -6 в сыворотке крови и в удаленных органах в десятки раз и сохраняется длительное время после операции [63]. У 82% больных с ГВЗПМ наблюдается снижение продукции эмбриотропных антител в послеоперационном периоде [22].

В результате гнойной интоксикации у трети пациенток изменяются показатели липидного профиля: повышаются концентрация общего холестерина, уровни липопротеидов низкой плотности, коэффициент атерогенности, возникает гипеоэстрогения, что усложняет реабилитацию. В ряде случаев морфологические изменения в тканях яичника настолько выражены, что не удается дифференцировать орган, при этом концентрация рецепторов эстрадиола и прогестерона в яичнике приближается к нулевой отметке. Однако при одностороннем гнойном поражении придатков матки рецепторы сохраняются в непораженном яичнике [29].

В последние годы наблюдается очевидная и закономерная эволюция этиологической структуры тяжелых инфекций в гинекологии, связанная с изменением преморбидного фона больных, наличием у них сложных гормональных нарушений (в том числе сахарного диабета и ожирения), хронических экстрагенитальных заболеваний, увеличение числа иммунокомпрометированных пациентов и, что не менее важно, расширение объема и характера инвазивных медицинских вмешательств, широко применяемой антибиотикотерапии и антибиотикопрофилактики, что составляет значимую проблему в лечении ГВЗПМ [60].

Таким образом, понимание особенностей течения гнойного процесса придатков матки и его исхода способствует оказанию адекватной хирургической помощи на ранних этапах воспаления, диктует активную тактику ведения пациенток и реализацию новых и эффективных программ для предотвращения осложнений и их последствий.

При принятии решения о хирургическом подходе у больных с ГВЗПМ в urgentной ситуации главенствующим моментом является сохранение репродуктивных органов, особенно у юных и нерожавших женщин.

#### Литература

1. *Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: практическое руководство* / под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. М.: Литтерра, 2006. 168 с.
2. *Адамян Л.В., Киселёв С.И., Яроцкая Е.Л. и др.* Хирургическое лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки. Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней: материалы междунар. конгр. / под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. М.: Пантори, 2000. С. 170—194.
3. *Айламазян Э.К.* О специфической диагностике и консерва-

- тивной терапии острых воспалительных заболеваний придатков матки // Акушерство и гинекология. 1991. № 4. С. 62—66.
4. Анри-Сюше Ж. Лапароскопическая диагностика и лечение воспалительных заболеваний органов таза. Репродуктивное здоровье: пер. с англ. / под ред. Л. Кейта и др. М.: Медицина, 1988. I: 14. С. 215—229.
  5. Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания придатков матки: этиология, клиника, диагностика, терапия: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1990. 36 с.
  6. Брауде И.Л. О хирургическом лечении воспалительных заболеваний женской половой сферы // Совет. медицина. 1951. № 8. С. 10—12.
  7. Буянова С.Н., Щукина Н.А. Актуальные вопросы диагностики и тактики ведения больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки // Тез. I съезда Рос. ассоциации акушеров-гинекологов. М., 1995. С. 143—144.
  8. Буянова С.Н., Щукина Н.А., Савельев С.В. и др. Клиническое значение рецепторов половых стероидов в оценке исхода хронического гнойного воспаления внутренних половых органов // Рос. вестн. акуш.-гин. 2007. № 3. С. 16—20.
  9. Кауфман О.Я., Подзолкова Н.М., Ермакова Н.Г. и др. Пато- и морфогенез гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Арх. патологии. 1993. Т. 55, № 1. С. 43—48.
  10. Краснополянский В.И., Буянова С.Н. О диагностике, тактике ведения и профилактике гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Акушерство и гинекология. 1990. № 5. С. 71—76.
  11. Краснополянский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. М.: МЕД-прессинформ, 2006. С. 295.
  12. Краснополянский В.И., Кулаков В.И. Хирургическое лечение воспалительных заболеваний придатков матки. М., 1984. 160 с.
  13. Кулинич С.И., Топшинова Р.К., Паскина Т.Е. Анализ клинического материала за год по выявлению диагностических критериев тубоовариальных абсцессов // Пленум Межведом. совета и Всерос. науч.-практ. конф. «Пути развития современной гинекологии»: тез. докл. М., 1995. С. 64.
  14. Кустаров В.Н., Адамчик Р., Румель Л.Б. и др. Контролируемая пункция в диагностике и лечении воспалительных образований малого таза // Пленум Межведом. совета и Всерос. науч.-практ. конф. «Пути развития современной гинекологии»: тез. докл. М., 1995. 65.
  15. Макухина Т.Б., Князев И.О., Дьяченко О.В. Отдаленные исходы осложненных форм воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин, пролеченных малоинвазивными технологиями под ультразвуковым контролем // Проблемы репродукции. Спец. вып. 2008. С. 296—297.
  16. Манюхина И.А., Евсеев А.А. Менструальная и репродуктивная функция после проведения органосохраняющих операций по поводу воспалительных заболеваний придатков матки // Проблемы репродукции. Спец. вып. 2008. С. 180—181.
  17. Подзолкова Н.М., Железнов Б.И., Стрижаков А.Н. Клинико-морфологические аспекты гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Акушерство и гинекология. 1991. № 9. С. 45—50.
  18. Подзолкова Н.М., Никитина Т.И. Тяжелые бактериальные инфекции в акушерстве и гинекологии // Инфек. и антимикроб. терапия. 2004. Т. 6, № 3. С. 89—93.
  19. Подзолкова Н.М. Патогенез, диагностика и лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1993. 42 с.
  20. Попов А.А., Мачанские О.В., Горский С.Л. и др. Пути улучшения результатов лечения трубно-перитонеального бесплодия. Лапароскопия и гистероскопия в гинекологии и акушерстве: матер. конф. / под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. М.: Пантори, 2002. С. 257—258.
  21. Радзинский В.Е., Духин А.О., Алев И.А. Неудачи репродуктивной хирургии: новый взгляд на старую проблему // Проблемы репродукции. Спец. вып. 2008. С. 173—175.
  22. Савельева Г.М., Антонова Л.В. Методы диагностики, профилактики, терапии // Акушерство и гинекология. 1990. № 1. С. 67—75.
  23. Савельева Г.М., Антонова Л.В. Новые подходы в диагностике и лечении воспалительных заболеваний придатков матки // Вестн. РАМН. 1997. № 2. С. 12—16.
  24. Селицкая С.С., Клицкая Н.А., Крамаренко Е.И. Тактика ведения больных с острым гнойным поражением придатков матки: методические рекомендации. М., 1977. 32 с.
  25. Серов В.Н., Панкова Е.О. Критерии прогноза осложненной и выбора основного метода лечения у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями матки и придатков // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». М., 2004. С. 479—480.
  26. Сольский Я.П., Ивановна Л.И. Воспалительные заболевания женских половых органов. Киев: Здоров'я, 1975. 216 с.
  27. Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. М.: Медицина, 1996. С. 255.
  28. Цыганкова Л.А. Хирургическое лечение и иммунологические аспекты прогноза исходов при острых гинекологических заболеваниях // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний: материалы междунар. конгр. / под ред. Л.В. Адамян. М.: 2007. С. 409—412.
  29. Щукина Н.А., Буянова С.Н., Кареева Е.Н. и др. Содержание половых стероидов и их рецепторов у гинекологических больных с хроническим гнойным воспалением внутренних половых органов // Материалы VI Рос. форума «Мать и дитя». М., 2004. С. 537—538.
  30. Allart J.P., Mussy M.A., Dufetre C. et al. Abces de l'ovaire apres ponction echoguidee vaginale: methode originale de traitement // Fertil. Sexual. Contracept. 1989. V. 17, № 7/8. P. 728—729.
  31. Barie P.S., Vogel S.B., Dellinger E.P. et al. A randomized double-blind clinical trial comparing cefepime plus metronidazole with imipenem/cilastatin in the treatment of complicated intraabdominal infections // Arch. Surg. 1997. V. 132, № 12. P. 1294—1302.
  32. Buchan H., Vessey M., Goldacre M., Fairweather J. Morbidity following pelvic inflammatory disease // Br. Obstet. Gynaecol. 1993. V. 100, № 6. P. 558—562.
  33. Caspi B., Zalel Y., Or Y. Sonographically guided aspiration: an alternative therapy for tubo-ovarian abscess // Ultrasound. Obstet. Gynec. 1996. № 7. P. 439—442.

34. *Cromer B.A., Brandstaetter L.A., Fischer R.A. et al.* Tubo-ovarian abscess in adolescents // *Adolesc. Pediatr. Gynecol.* 1990. V. 3, № 1. P. 21—24.
35. *Gerzof S.G., Johnson W.C., Robbins A.H., Nabseth D.C.* Expanded criteria for percutaneous abscess drainage // *Arch. Surg.* 1985. № 120. P. 227—232.
36. *Ginsburg D.S., Stern J.L., Hamod K.A. et al.* Tubo-ovarian abscess: a retrospective review // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1980. № 138. P. 1055—1058.
37. *Gomel V.* Operative laparoscopy: time for acceptance // *Fertil. Steril.* 1989. № 51. P. 1—9.
38. *Hager W.D., Pascuzzi M., Vernon M.* Efficacy of oral antibiotics following parenteral antibiotics for serious infections in obstetrics and gynecology // *Obstet. Gynecol.* 1989. № 73. P. 326—329.
39. *Haggerty C.L., Ness R.B., Amortegui A. et al.* Endometritis does not predict reproductive morbidity after pelvic inflammatory disease // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2003. V. 188, № 1. P. 141—148.
40. *Haggerty C.L., Schulz R., Ness R.B. et al.* Lower quality of life among women with chronic pelvic pain after pelvic inflammatory disease // *Obstet. Gynecol.* 2003. № 102. P. 934—939.
41. *Henry-Suchet J., Chahine N., Loffredo V. et al.* Adhossiolysé coelioscopique et traitement d'adces pelviens au cours des salpingites aiguës (78 cas) // *Gynecologie.* 1981. V. 32, № 4/5. P. 419—424.
42. *Hillis S.D., Joesoet R., Marchbanks P.A. et al.* Delayed care of pelvic inflammatory disease as a risk factor for impaired fertility // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1993. № 168. P. 1503—1509.
43. *Kolmorgen K., Seidenschur G., Dobreff U.* Zur Diagnostik und operativer Therapie adszedierender Adne[enzundungen // *Zbl. Gynak.* 1988. Bd. 110, № 7. S. 423—428.
44. *Kuligowska E., Keller E., Ferrucci J.T.* Treatment of pelvic abscesses: value of one—step sonographically guided transrectal needle aspiration and lavage // *Am. J. Roentgenol.* 1995. V. 164, № 1. P. 201—206.
45. *Lameris J.S., Bruining H.A., Jeeke L.J.* Ultrasound-guided percutaneous drainage of intraabdominal abscesses // *Br. J. Surg.* 1987. № 74. P. 620—623.
46. *Landers D., Sweet R.* Current trends in diagnosis and treatment of tubo-ovarian abscess // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1985. № 151. P. 1098.
47. *Mendez L.E., Bhoola S.M., Horowitz I.R.* Bilateral tubo-ovarian abscesses four years after total abdominal hysterectomy // *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.* 1998. № 6. P. 138—140.
48. *McNeeley S.G., Hendrix S.L., Mazzoni M.M. et al.* Medically found, cost-effective treatment for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1998. V. 178, № 6. P. 1272—1278.
49. *Molander P., Finne P., Sjoberg J. et al.* Observer agreement with laparoscopic diagnosis of pelvic inflammatory disease using photographs // *Obstet. Gynecol.* 2003. № 101. P. 875—880.
50. *Mollen C.J., Pletcher J.R., Bellah R.D., Lavelle J.M.* Prevalence of tubo-ovarian abscess in adolescents diagnosed with pelvic inflammatory disease in a pediatric emergency department // *Pediatr. Emerg. Care.* 2006. V. 22, № 9. P. 621—625.
51. *Picker R.H., McLennan A.C., Robertson R.D., Porter R.N.* Conservative management of pelvic abscess in recurrent pelvic inflammatory disease // *Ultrasound Obstet. Gynecol.* 1991. V. 1, № 1. P. 60—62.
52. *Reich H.* Laparoscopic treatment of extensive pelvic adnexions, including hydrosalpinx // *J. Reprod. Med.* 1987. № 32. P. 736.
53. *Reich H., McGlynn F.* Laparoscopic treatment of tubo-ovarian and pelvic abscess // *J. Reprod. Med.* 1987. № 32. P. 747.
54. *Rivlin M.E.* Conservative surgery for adnexal abscess // *J. Reprod. Med.* 1985. № 30. P. 726—730.
55. *Rivlin M.E., Hunt J.A.* Ruptured tubo-ovarian abscess: is hysterectomy necessary? // *Obstet. Gynecol.* 1977. № 50. P. 518—522.
56. *Rubinstein P., Mishell D., Ledger W.* Colpotomy drainage of pelvic abscess // *Obstet. Gynecol.* 1976. № 48. P. 142.
57. *Semm K.* Instruments and equipment for endoscopic abdominal surgery. Operative Manual for endoscopic abdominal surgery / ed. E.R. Friedrich. Chicago, 1987. 107 p.
58. *Semm K., Mettler L.* Technical progress in pelvic surgery via operative laparoscopy // *Am. J. Obstet. Gynec.* 1980. № 138. P. 121.
59. *Shein M., Marshall J.* Source control. A Guide to Management of Surgical Infection. Berlin: Springer, 2002. 467 p.
60. *Sweet R.L., Bartlett J.G., Hemsell D.L. et al.* Evaluation of new anti-infective drugs for the treatment of acute pelvic inflammatory disease. Infectious Diseases Society of America and the Food and Drug Administration // *Clin. Infect. Dis.* 1992. V. 15, № 1. P. 53—61.
61. *Sweet R.L., Schachter J., Landers D.V.* Treatment of hospitalized patients with acute pelvic inflammatory disease: comparison of cefotetan plus doxycycline and cefoxitin plus doxycycline // *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1988. V. 158. P. 736—741.
62. *Verhoest P., Orfila J., Haider F. et al.* Proposition d'une nouvelle stratégie thérapeutique dans les infections génitales hautes // *Rev. Franc. Gynecol. Obstet.* 1989. V. 84, № 12. P. 933—940.
63. *Teisala K., Heinonen P.K., Punnonen R.* Transvaginal ultrasound in the diagnosis and treatment of tubo-ovarian abscess // *Brit. J. Obstet. Gynaecol.* 1990. V. 97, № 2. C. 178—180.
64. *Wiesenfeld H.C., Sweet R.L., Ness R.B. et al.* Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease // *Sex. Transm. Dis.* 2005. № 32. P. 400—405.

Поступила в редакцию 07.10.2009 г.

Утверждена к печати 22.12.2009 г.

#### Сведения об авторах

*Н.Г. Балакишина* — канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии СибГМУ (г. Томск).

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

Для корреспонденции

*Балакиина Н.Г., Кох Л.И. Хирургическое лечение осложненных гнойных воспалительных заболеваний придатков матки*

*Балакиина Наталья Георгиевна, тел. (392-2) 64-41-61, doctor\_natali@mail.ru*