

ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ

УДК 618.13 - 002

Н.Г. Балакшина

E-mail: balakshin@mail.tomsknet.ru

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ГНОЙНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ И АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Сибирский государственный медицинский университет, Томск

Гнойные воспалительные заболевания придатков матки (ГВЗПМ) у женщин представляют собой сложную проблему, связанную с серьезными медицинскими, социальными и экономическими потерями [1-4].

Лечение при ГВЗПМ проводится одновременно в двух основных направлениях. Во-первых, воздействие на инфекцию, предполагая 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. Установлено, что успешный результат лечения больной с абдоминальной инфекцией лишь на 15-20% зависит от эффективной антибактериальной терапии, на 80% – от адекватной хирургической санации [5-7].

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. Однако результаты такого лечения были неутешительными, и часто проводилась экстренная абдоминальная гистерэктомия с удалением придатков с обеих сторон [8].

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 [9-11]. 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 [12-16]. Теоретически пункционный метод обосновывается морфологическими особенностями яичника, где наряду с некротизированной тканью характерно наличие фрагмента функционально активной овариальной ткани, не вовлеченной в патологический процесс [8, 17]. Хотя этот подход позволяет избежать немедленной операции, но длительный контакт между некротической и воспаленной тканью часто приводит к образованию плотных фиброзных спаек и конгломератов [8]. Ряд авторов рассматривают данный метод исключительно как этап подготовки больных к лапаротомии и считают, что пункция и дренирование гнойных полостей малоэффективны и создают предпосылки к формированию придатково-влагалищных свищей. Показаниями для пункции являлись угроза разрыва образования, тяжелая интоксикация, опасность развития бактериального шока и невозможность провести срочную лапаротомию [18, 19].

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 [7, 20-26]. Доступ для дренирования под контролем томографии может осуществляться через брюшную стенку (трансабдоминальный), ягодичную мышцу (транслютеальный) или прямую кишку (трансректальный). При выборе в качестве контроля ультразвука возможно использование трансабдоминального, трансперинеального, трансвагинального и трансректального датчика [27, 28]. Однако течение послеоперационного периода характеризуется частыми осложнениями, в том числе рецидивами (30%), генерализацией инфекции (10%) и необходимостью повторного хирургического лечения лапаротомным доступом (30%) [26, 28].

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, tuboовариального абсцесса кистозно-солидной структуры; 3) неэффективности комплексного лечения в течение 24-72 часов; 4) возникновение осложнений дренирования абсцессов малого таза [29-32].

Современные тенденции предполагают, что любые принципы и методы лечения подлежат сравнительной оценке эффективности с позиций доказательной медицины [7]. На практике приходится использовать значительно больший набор подходов и способов реализации, что не поддается стандартным обобщениям.

ниям. 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 релaparотомии, декомпрессии тонкого кишечника, наложения разгрузочной кишечной стомы, лапаростомы [7].

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») [7, 33].

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 часа. В особых случаях (тяжелая гиповолемия, сердечно-сосудистая недостаточность) подготовка может быть продлена до 4-5 час. До начала операции необходимо начать эмпирическую антибиотикотерапию цефалоспорином широкого спектра действия (цефотаксим 2 г + метронидазол 500 мг в/в) [7].

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 градусов, «до чистых вод» [7]. После санации определяются показания к дренированию тонкой кишки. Декомпрессия тонкого кишечника вполне эффективно осуществляется путем введения назоюнального зонда. Дренажи устанавливаются по стандартной технике к зоне источника перитонита и в отдаленные 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 [7].

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. [7].

Однако авторы расходятся во взглядах относительно объема и техники операции у больных с ГВЗПМ [30, 34-45]. В 50-70-е годы 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 [46-48]. В начале 80-х годов 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 [49-52].

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 [3, 4, 50, 53]. При этом авторы отмечают, что выполнение органосохраняющей операции возможно, но представляет значительные трудности при двустороннем поражении придатков, так как глубина деструкции не всегда доступна визуальной оценке [25, 30, 54].

Таким образом, только раннее оперативное вмешательство с удалением деструктивной ткани, поскольку яичниковая ткань у данных больных морфологически несостоятельна, являются залогом успешного проведения органосберегающих операций и восстановления репродуктивной функции [53].

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 [7, 8].

Развитие эндоскопической техники привело к внедрению лапароскопии при ГВЗПМ сначала с диагностической целью, а затем и лечебной [1, 3, 8,

41-43, 55]. Эндоскопический подход получил признание среди других методов хирургического лечения ГВЗПМ как метод выбора при равных условиях и наличии одинаковых показаний к хирургическому лечению [56, 57]. При условии полного удаления воспалительного экссудата достаточно однократной лечебно-диагностической лапароскопии. При гнойном сальпингите, пиосальпинксе, tuboовариальном абсцессе у женщин репродуктивного периода оптимальным вариантом является динамическая лапароскопия и активное дренирование малого таза [1, 3, 4, 8, 20, 40, 41]. Такой подход расценивается как вариант органосохраняющих операций. При этом удалось восстановить проходимость маточных труб у 34,4% женщин [54].

Лапароскопический доступ предпочтителен у женщин молодого возраста с нереализованной генеративной функцией матки с давностью заболевания не более 3 суток, когда в условиях гнойного расплавления и некроза тканей необходимо выполнить адекватный объем операции, сохраняя репродуктивные органы [4, 8, 37, 44, 45].

При анализе хирургических подходов в зависимости от распространенности гнойного воспалительного процесса придатков матки и с учетом срочности ситуации при принятии решения главным моментом является сохранение репродуктивных органов, особенно у юных и нерожавших женщин [58].

В развитии ГВЗПМ и тяжести его клинических проявлений играют провоцирующие факторы. Они являются основным механизмом инвазии или активации инфекционного агента [59]. Среди «входных ворот для инфекции» первое место отводят внутриматочному контрацептиву (80%). У части больных эндомиометрит с вялотекущим течением развивается с момента его установления и завершается формированием гнойного tuboовариального образования через 1-2 года. Риск при использовании внутриматочного контрацептива возрастает в 7-9 раз среди женщин, не имевших беременности [3, 4, 60, 61]. Увеличивают риск восходящей инфекции любые гинекологические процедуры, разрушающие цервиковагинальный барьер: спринцевание, ванночки [62, 63]. Риск возникновения гнойных процессов в придатках матки после проведения операции по поводу прерывания беременности составляет 0,5% [64].

Недавнее слепое исследование ВИЧ-позитивных женщин в Найроби выявило, что тяжелые формы воспаления чаще имеют место в ВИЧ-позитивной группе пациенток, независимо от уровня CD4 лимфоцитов, особенно на фоне внутриматочного контрацептива [65].

Возраст как фактор риска отмечают ряд авторов, особенно возраст первого полового контакта, количество сексуальных партнеров. Данная патология развивается в 2 раза чаще у подростков и молодых женщин с началом половой жизни до 16 лет. Наиболее

высокий уровень заболеваемости – у сексуально активных женщин в возрасте 15-24 лет [66-70]. Исследования показывают, что женщины этой возрастной группы часто обладают рискованным поведением, которое включает в себя секс с несколькими партнерами, непостоянное использование презервативов, ограниченное использование методов барьерной контрацепции, употребление алкоголя и наркотических средств, позднее обращение за медицинской помощью, а также меньшее внимание уделяется возникающим симптомам [71, 72]. Авторы предполагают, что курение как независимый фактор риска является маркером плохого отношения к своему здоровью может оказывать отрицательный эффект на иммунную систему и вызывать гипоестрогению [73].

Физиологические факторы у молодых женщин, способствующие повышению риска развития, – это низкий уровень защитных антител и эктопия шейки матки. Заболевание очень редко встречается у женщин, у которых отсутствуют менструальный цикл, а именно при беременности, в пред- и постменструальном периодах. Если заболевание появляется во время беременности, то чаще в первой ее половине, т.е. до изменений в цервикальном слизистом барьере, препятствующем восходящей инфекции [74]. В то же время прием КОК снижает риск сальпингита, вызывая сгущение цервикальной слизи и укорочение периода менструального кровотечения. Этот эффект, по некоторым данным, связан с прогестероновым компонентом, входящим в их состав [75].

Ряд авторов отмечают, что своевременная госпитализация снижает риск воспалительных осложнений ГВЗПМ, влияет не только на стоимость качества дополнительного года жизни и эффективность лечения, но и на качество жизни женщин в целом [76, 77].

В последние годы наблюдается очевидная и закономерная эволюция факторов риска в развитии 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, увеличением числа иммунокомпроментированных пациентов и, что не менее важно, расширением объема и характера инвазивных медицинских вмешательств, широко применяемой антибиотикотерапией и антибиотикопрофилактикой, что составляет значимую проблему в лечении ГВЗПМ.

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 // Матер. VI Российского 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. Краснополский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. – М.: МЕД-прессинформ, 2006. – 295 с.
 5. Подзолкова Н.М., Никитина Т.И. Тяжелые бактериальные инфекции в акушерстве и гинекологии // Инфекции и антимикробная терапия. – 2004. – Т. 6, № 3. – С. 89-93.
 6. 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. – Vol. 178, № 6. – P. 1272-1278.
 7. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия. Практическое руководство / под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. – М.: Литтерра, 2006. – 168 с.
 8. Адамян Л.В., Киселев С.И., Яроцкая Е.Л. и др. Хирургическое лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней: матер. междунар. конгр. / под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. – М.: Пантори, 2000. – С. 170-194.
 9. Брауде, И.Л. О хирургическом лечении воспалительных заболеваний женской половой сферы // Совет. мед. – 1951. – № 8. – С. 10-12.
 10. Селицкая С.С., Клицкая Н.А., Крамаренко Е.И. Тактика ведения больных с острым гнойным поражением придатков матки : методические рекомендации. – М., 1977. – 32 с.
 11. Сольский Я.П., Иванюта Л.И. Воспалительные заболевания женских половых органов. – Киев: Здоровья, 1975. – 216 с.
 12. 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. – Vol. 15. – Suppl. 1. – P. 53-61.
 13. Gerzof S.G., Johnson W.C., Robbins A.H., Nabseth D.C. Expanded criteria for percutaneous abscess drainage // Arch Surg. – 1985. – Vol. 120. – P. 227-232.
 14. Lameris J.S., Bruining H.A., Jeeke L.J. Ultrasound-guided percutaneous drainage of intraabdominal abscesses // Br J Surg. – 1987. – Vol. 74. – P. 620-623.
 15. Rubinstein P., Mishell D., Ledger W. Colpotomy drainage of pelvic abscess // Obstet. Gynecol. – 1976. – Vol. 48. – P. 142.
 16. 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. – Vol. 158. – P. 736-741.
 17. 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. – Vol. 17, № 7/8. – P. 728-729.
 18. Краснополский В.И., Кулаков В.И. Хирургическое лечение воспалительных заболеваний придатков матки. – М., 1984. – 160 с.
 19. Краснополский В.И., Буянова С.Н. О диагностике, тактике ведения и профилактике гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Акуш. и гин. – 1990. – № 5. – С. 71-76.
 20. Кауфман О.Я., Подзолкова Н.М., Ермакова Н.Г. и др. Пато- и морфогенез гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Арх. пат. – 1993. – Т. 55, № 1. – С. 43-48.
 21. Подзолкова Н.М., Железнов Б.И., Стрижаков А.Н. Клинико-морфологические аспекты гнойных воспалительных заболеваний придатков матки // Акуш. и гин. – 1991. – № 9. – С. 45-50.
 22. 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 // Arch.Surg. – 1997. – Vol. 132, № 12. – P. 1294-1302.
 23. 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. – Vol. 164, № 1. – P. 201-206.
 24. Picker R.H., McLennan A.C., Robertson R.D., Porter R.N. Conservative management of pelvic abscess in recurrent pelvic inflammatory disease // Ultrasound Obstetr. Gynecol. – 1991. – Vol. 1, № 1. – P. 60-62.
 25. Teisala K., Heinonen P.K., Punnonen R. Transvaginal ultrasound in the diagnosis and treatment of tubo-ovarian abscess // Brit. J. Obstetr. Gynaecol. – 1990. – Vol. 97, № 2. – P. 178-180.
 26. 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. – 2008. – Спец. вып. – С. 296-297.
 27. Попов А.А., Мачанските 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.
 28. Caspi B., Zalel Y., Or Y. Sonographically guided aspiration: an alternative therapy for tubo-ovarian abscess // Ultrasound. Obstet. Gynec. – 1996. – Vol. 7. – P. 439-442.
 29. Савельева Г.М., Антонова Л.В. Методы диагностики, профилактики, терапии // Акуш. и гин. – 1990. – № 1. – С. 67-75.
 30. Подзолкова Н.М. Патогенез, диагностика и лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1993. – 42 с.
 31. Буянова С.Н., Щукина Н.А. Актуальные вопросы диагностики и тактики ведения больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки // Тез. I Съезда Российской Ассоциации акушеров-гинекологов «Проблемы хирургии в акушерстве и гинекологии». – М., 1995. – С. 143-144.
 32. Айламазян Э.К. О специфической диагностике и консервативной терапии острых воспалительных заболеваний придатков матки // Акуш. и гин. – 1991. – № 4. – С. 62-66.
 33. Shein M., Marshall J. Source control. A Guide to Management of Surgical Infection. – Berlin : Springer, 2002. – P. 467.
 34. Антонова Л.В. Острые воспалительные заболевания придатков матки/этиология, клиника, диагностика, терапия: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1990. – 36 с.
 35. Кустаров В.Н., Адамчик Р., Румель Л.Б. и др. Контролируемая пункция в диагностике и лечении воспалительных образований малого таза // Пленум Межведомственного совета и Всероссийской науч.-практ. конф. «Пути развития современной гинекологии»: тез. докл. – М., 1995. – С. 65.
 36. Кулинич С.И., Топшиноева Р.К., Паскина Т.Е. Анализ клинического материала за год по выявлению диагностических критериев tuboовариальных абсцессов // Пленум Межведомственного совета и Всероссийской

- науч.-практ. конф. «Пути развития современной гинекологии»: тез. докл. – М., 1995. – С. 64.
37. Gomel V. Operative laparoscopy: time for acceptance // *Fertil Steril.* – 1989. – Vol. 51. – P. 1-9.
 38. Kolmorgen K., Seidenschnur G., Dobreff U. Zur Diagnostik und operativer Therapie adnexieller Adneenentzündungen // *Zbl. Gynak.* – 1988. – Vol. 110, № 7. – P. 423-428.
 39. Landers D., Sweet R. Current trends in diagnosis and treatment of tubo-ovarian abscess // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1985. – Vol. 151. – P. 1098.
 40. Reich H. Laparoscopic treatment of extensive pelvic adnexions, including hydrosalpinx // *J. Reprod. Med.* – 1987. – Vol. 32. – P. 736.
 41. Reich H., McGlynn F. Laparoscopic treatment of tubo-ovarian and pelvic abscess // *J. Reprod. Med.* – 1987. – Vol. 32. – P. 747.
 42. Semm K. Instruments and equipment for endoscopic abdominal surgery. Operative Manual for endoscopic abdominal surgery / ed. E.R. Friedrich. – Chicago, 1987. – P. 107.
 43. Semm K., Mettler L. Technical progress in pelvic surgery via operative laparoscopy // *Am. J. Obstet. Gynec.* – 1980. – Vol. 138. – P. 121.
 44. Cromer B.A., Brandstaetter L.A., Fischer R.A. et al. Tubo-ovarian abscess in adolescents // *Adolesc. Pediatr. Gynecol.* – 1990. – Vol. 3, № 1. – P. 21-24.
 45. Verhoest P., Orfila J., Haider F. et al. Proposition d'une nouvelle stratégie thérapeutique dans les infections génitales hautes // *Rev. Franc. Gynecol. Obstet.* – 1989. – Vol. 84, № 12. – P. 933-940.
 46. Rivlin M.E., Hunt J.A. Ruptured tubo-ovarian abscess: is hysterectomy necessary? // *Obstet. Gynecol.* – 1977. – Vol. 50. – P. 518-522.
 47. Rivlin M.E. Conservative surgery for adnexal abscess // *J. Reprod. Med.* – 1985. – Vol. 30. – P. 726-730.
 48. Mendez L.E., Bhoola S.M., Horowitz I.R. Bilateral tubo-ovarian abscesses four years after total abdominal hysterectomy // *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.* – 1998. – Vol. 6. – P. 138-140.
 49. Hager W.D., Pascuzzi M., Vernon M. Efficacy of oral antibiotics following parenteral antibiotics for serious infections in obstetrics and gynecology // *Obstet. Gynecol.* – 1989. – Vol. 73. – P. 326-329.
 50. Ginsburg D.S., Stern J.L., Hamod K.A. et al. Tubo-ovarian abscess: a retrospective review // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1980. – Vol. 138. – P. 1055-1058.
 51. Landers D., Sweet R. Current trends in diagnosis and treatment of tubo-ovarian abscess // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1985. – Vol. 151. – P. 1098.
 52. Wiesenfeld H.C., Sweet R.L., Ness R.B. et al. Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease // *Sex. Transm. Dis.* – 2005. – Vol. 32. – P. 400-405.
 53. Буянова С.Н., Шукина 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.
 54. 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. – Т. I, Гл. 14. – С. 215-229.*
 55. Henry-Suchet J., Chahine N., Loffredo V. et al. Adhossiolysse coelioscopique et traitement d'adnexes pelviens au cours des salpingites aiguës (78 cas) // *Gynecologie.* – 1981. – Vol. 32, № 4/5. – P. 419-424.
 56. Molander P., Finne P., Sjöberg J. et al. Observer agreement with laparoscopic diagnosis of pelvic inflammatory disease using photographs // *Obstet. Gynecol.* – 2003. – Vol. 101. – P. 875-880.
 57. 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. – Vol. 22, № 9. – P. 621-625.
 58. Кулаков В.И., Гаспаров А.С., Косаченко А.Г. и др. (3). Современная концепция оказания помощи больным с воспалительными заболеваниями органов малого таза // *Пробл. Репрод.* – 2006. 1. – С. 7-10.
 59. Buchan H., Vessey M., Goldacre M., Fairweather J. Morbidity following pelvic inflammatory disease // *Br. Obstet. Gynaecol.* – 1993. – Vol. 100, № 6. – P. 558-562.
 60. Evans B.A., Tasker T., MacRae K.D. Risk profiles for genital infection in women // *Genitourin. Med.* – 1993. – Vol. 69, № 4. – P. 257-262.
 61. Figueroa-Damian R., Angel-Muller E., Sosa-Gonzalez I. Gynecologic and obstetric infections caused by aerobic bacteria // *Gynec. Obstet.* – 1992. – Vol. 60. – P. 162-170.
 62. Quan M. Pelvic inflammatory disease: diagnosis and management // *J. Am. Board Fam. Pract.* – 1994. – Vol. 7, № 2. – P. 110-123.
 63. Wolner-Hanssen P., Kiviat NB, Holmes KK. Atypical pelvic inflammatory disease: subacute, chronic, or subclinical upper genital tract infection in women // *Sex. Transm. Dis.* / eds. K.K. Holmes, P.-A. March, P.F. Sparking. – 2nd ed. – New York: McGraw-Hill, 1990. – P. 614-620.
 64. Shannon C., Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature // *Contraception.* – 2004. – Vol. 70, № 3. – P. 183-190.
 65. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем и борьба с ними, 2006-2015 гг. – Женева: Всемирная Организация Здравоохранения, 2007. – 63 с.
 66. Hadgu A., Westrom L., Brooks CA. Predicting acute pelvic inflammatory disease: a multivariate analysis // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 1986. – Vol. 155, № 5. – P. 954-960.
 67. Mollen CJ, Pletcher JR, Bellah RD, Lavelle JM. Prevalence of tubo-ovarian abscess in adolescents diagnosed with pelvic inflammatory disease in a pediatric emergency department // *Pediatr. Emerg. Care.* – 2006. – Vol. 22, № 9. – P. 621-625.
 68. Simpson T., Merchant J., Grimley D.M., Oh M.K. Vaginal douching among adolescent and young women: more challenges than progress // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* – 2004. – Vol. 17, № 4. – P. 249-255.
 69. Viberga I., Odland V., Lazdane G. et al. Microbiology profile in women with pelvic inflammatory disease in relation to IUD use // *Infect. Dis. Obstet. Gynecol. Dec.* – 2005. – Vol. 13, № 4. – P. 183-190.
 70. Trent M., Judy S.L., Ellen J.M., Walker A. Use of an institutional intervention to improve quality of care for adolescents treated in pediatric ambulatory settings for pelvic inflammatory disease // *J. Adolesc. Health.* – 2006. – Vol. 39, № 1. – P. 50-56.
 71. Blake D.R., Fletcher K., Joshi N., Emans S.J. Identification of symptoms that indicate a pelvic examination is necessary to exclude PID in adolescent women // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* – 2003. – Vol. 16, № 1. – P. 25-30.
 72. Brook I. Microbiology and management of polymicrobial female genital tract infections in adolescents // *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* – 2002. – Vol. 15, № 4. – P. 217-226.
 73. Wiesenfeld H.C., Sweet R.L., Ness R.B. et al. Comparison of acute and subclinical pelvic inflammatory disease // *Sex. Transm. Dis.* – 2005. – Vol. 32. – P. 400-405.
 74. Rothman KJ, Funch DP, Alfredson T. et al. Randomized field trial of vaginal douching, pelvic inflammatory disease and pregnancy // *Epidemiology.* – 2003. – Vol. 14, № 3. – P. 340-348.

75. Ness R.B., Keder L.M., Soper D.E. Oral contraception and the recognition of endometritis // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1997. – Vol. 176, № 3. – P. 580-585.
76. Laupacis A., Feeny D., Detsky A.S. et al. How attractive does a new technology have to be to warrant adoption and utilization? Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations // CMAJ. – 1992. – Vol. 146, № 4. – P. 473–481.
77. Smith K.J., Ness R.B., Roberts M.S. Hospitalization for pelvic inflammatory disease: a cost-effectiveness analysis // Sex. Transm. Dis. – 2007. – Vol. 34, № 2. – P. 108-112.

RISK FACTORS OF PURULENT INFLAMMATORY DISEASES OF UTERINE APPENDAGES AND ASPECTS OF SURGICAL TREATMENT

N.G. Balakshina

SUMMARY

The role of different risk factors in the surgical treatment of purulent inflammatory diseases of uterine appendages is discussed in the review.

Key words: purulent inflammatory diseases of uterine appendages, colpotomy, laparoscopy, laparotomy.