

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПРИДАТКОВ МАТКИ

В работе представлен анализ проведенной комплексной терапии 105 больным с гнойными воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ). Применяемая тактика включала в себя предоперационную подготовку в течение 6–24 часов и последующее оперативное лечение с лимфотропным введением антибиотиков интраоперационно и внутрикостного их введения в послеоперационном периоде. В 70 случаях была выполнена лапаротомия, в 20 – лечебно-диагностическая лапароскопия и в 15 – пункционное дренирование абсцесса под контролем УЗИ. Проведена сравнительная оценка эффективности проведенной терапии с традиционными методиками. На основании полученных результатов был разработан алгоритм тактики лечения больных с гнойными ВЗОМТ.

Ключевые слова: гнойные воспалительные заболевания органов малого таза, оперативное лечение.

Utkin E.V.

Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo

TACTICS OF TREATMENT OF THE PATIENTS WITH PURULENT PELVIC INFLAMMATORY DISEASE

In work the analysis of the carried out complex therapy 105 patients with purulent pelvic inflammatory disease (PID). Used tactics included preoperative preparation within 6–24 hours and subsequent operative treatment with lymphotropic by introduction of antibiotics intraoperative and intraosseous of their introduction in postoperative period. In 70 cases was executed laparotomy, in 20 – therapeutic and diagnostic laparoscopy and in 15 – transvaginal ultrasound-guided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess. The comparative estimation of efficiency of the carried out therapy with traditional techniques is carried out. On the basis of the received results the algorithm of tactics of treatment of the patients with purulent PID was developed.

Key words: purulent pelvic inflammatory diseases, operative treatment.

В последние годы наблюдается значительное увеличение частоты деструктивных форм воспалительных заболеваний женских половых органов, требующих хирургического лечения [1, 2]. Однако до настоящего времени остаются нерешенными некоторые вопросы тактики ведения подобных больных. Это относится, в первую очередь, ко времени выполнения оперативного вмешательства, его объема и профилактики послеоперационных осложнений. Безусловно, что наибольшие трудности для лечения представляют осложненные формы воспали-

тельных заболеваний придатков матки (ВЗОМТ), для которых характерны длительное прогрессирующее течение, склонность к рецидивам и высокая частота полиорганных осложнений [1, 2, 3, 4].

Приоритетными в исходе заболевания при данной патологии являются отсутствие летального исхода и инвалидизации [5]. Недостаточная эффективность проводимой терапии гнойных ВЗОМТ может привести к развитию таких грозных осложнений, как разлитой перитонит и септический шок [5, 6, 7]. Все это диктует необходимость быстрее купирования воспаления. Несмотря на множество существующих методов лечения этой патологии, результаты терапии в значительной степени зависят от устранения гнойного очага и эффективной санации инфицированной полости [1]. При этом совершенно очевидно, что одними только хирургическими методами, несмотря на большие успехи этой специальности,

Корреспонденцию адресовать:

Уткин Евгений Валентинович,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»,
Тел. раб.: 8 (3842) 73-48-56, 73-48-55

невозможно сколько-нибудь значительно улучшить результаты лечения гнойно-воспалительных заболеваний.

В последние годы отчетливо прослеживаются характерные особенности клинических проявлений и динамики течения гнойных ВЗОМТ, в связи с которыми увеличилось число больных, поступающих в тяжелом состоянии, с наличием далеко зашедшего процесса, при котором выявляются «конгломератные» образования придатков матки, с распространенным перифокальным спаечным процессом [8]. Поэтому зачастую хирургическое вмешательство оказывается нерадикальным, так как не удается полное удаление гнойного очага, а настойчивые попытки его удаления нередко заканчиваются травмой соседних органов брюшной полости, крупных сосудов [9].

В большинстве стран мира в последнее десятилетие наметилась отчетливая тенденция к выполнению органосохраняющих операций при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки [3, 10, 11]. Они стали возможны благодаря использованию новых диагностических и лечебных технологий, применению высокоэффективных препаратов, в частности, лапароскопических технологий [12] и прицельных оперативных вмешательств под контролем ультразвука [4, 11, 12]. Применение этих методов позволяет избежать неоправданных органонуносящих операций у молодых женщин.

Однако, несмотря на определенные достижения в этой области, четкая концепция при выборе метода хирургического вмешательства пока отсутствует. К сожалению, во многих лечебных учреждениях при решении вопроса об объеме оперативного вмешательства до настоящего времени предпочтение отдают радикальным классическим операциям, что объясняется, в первую очередь, стремлением уменьшить риск развития гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде [13]. Однако довольно часто данная патология диагностируется у молодых пациенток, поэтому выполнение радикальных операций (удаление матки, придатков) нарушает социальную адаптацию больных, приводит к неблагоприятным отдаленным последствиям [14].

Клинический опыт показывает, что выполнение органосохраняющих операций даже при неосложненных гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки возможно только в высококвалифицированных, многопрофильных учреждениях, которые обладают необходимыми организационными, диагностическими и терапевтическими возможностями современной медицины [10]. Поэтому хирургическое лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки по-прежнему остается одной из наиболее сложных задач оперативной гинекологии, а многие ее аспекты требуют дальнейшего изучения.

Традиционные способы применения антибиотиков и противовоспалительных препаратов в сочета-

нии с хирургическим вмешательством в большей степени себя исчерпали. Отсутствие у многих больных с ВЗОМТ ожидаемого эффекта от проведения антибактериальной терапии, даже в случае чувствительности микрофлоры к применяемым препаратам, заставляет искать альтернативные пути их применения, так как необходимы иные способы воздействия этих препаратов на патологический процесс [15]. Речь идет о таких способах применения лекарственных средств, с помощью которых они не только подвигаются к очагу поражения, но и при этом создаются длительно действующие высокие их концентрации в крови и лимфе. Хороший клинический эффект достигается при применении эндолимфатических, лимфотропных и лимфостимулирующих методов терапии, которые позволяют активно вмешиваться в течение воспалительного процесса и способствуют усилению барьерной функции лимфатических узлов, благодаря чему создается препятствие на пути распространения инфекции [15].

Одним из способов, позволяющих ввести антибиотик в очаг воспаления и в регионарные лимфатические узлы при заболеваниях органов малого таза, является их инфузия в крыло подвздошной кости [16].

Цель исследования — разработка оптимальной тактики ведения больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было проведено обследование и лечение 105 больных с гнойными формами ВЗОМТ. Из них 61 была в возрасте до 35 лет (58,1 %), 31 (29,5 %) — от 36 до 40 лет, старше 40 лет было 13 женщин (12,4 %). При поступлении в стационар все они жаловались на боли различной интенсивности в нижних отделах живота и общую слабость. У всех 105 наблюдалась выраженная температурная реакция (средняя температура тела составила $38,0 \pm 0,3^\circ\text{C}$), а у 20 были ознобы. При этом общее состояние было расценено как тяжелое в 22,9 % случаев и в 77,1 % — средней степени тяжести. Средняя продолжительность от начала заболевания до поступления в стационар составила $3,5 \pm 0,4$ дней. Наиболее частой причиной (31,4 %) развития деструктивных форм ВЗОМТ явилось длительное использование ВМК ($5,7 \pm 0,4$ лет).

При проведении объективного исследования у всех пациенток была болезненная пальпация живота, и определялись положительные перитонеальные симптомы. Во время проведения двуручного гинекологического исследования у 48 женщин (45,7 %) матку и придатки пальпировать не удалось из-за напряжения передней брюшной стенки и резкой болезненности при пальпации, у 15 (14,3 %) — в малом тазу определялся единый конгломерат органов

Сведения об авторах:

Уткин Евгений Валентинович, к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии № 2 ГОУ ВПО «КемГМА Росздрава», г. Кемерово, Россия.

и у 42 (40 %) — ограниченные в подвижности и болезненные tuboовариальные образования. При поступлении в стационар 17 пациенткам был установлен диагноз разлитого перитонита, 57 — tuboовариального абсцесса и 31 — гнойного сальпингита и пельвиоперитонита.

При проведении бактериоскопического и бактериологического исследований наиболее часто в составе микробных ассоциаций присутствовали стафилококки (37,1 %), анаэробная флора встречалась в 18,1 % случаев, у 14,3 % больных этой группы определялась кишечная палочка, у 11,4 % — стрептококки, у 7,6 % — коринебактерии, у 3,8 % — синегнойная палочка и протей реттгери. В 15 случаях заболевание развилось на фоне бактериального вагиноза, а в 6 — вагинального кандидоза.

Всем больным при поступлении в стационар и к моменту клинического выздоровления производилось ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза. При этом в большинстве случаев выполнялась трансвагинальная методика сканирования.

Помимо общеклинического обследования, пациенткам было проведено ультразвуковое цитохимическое исследование щелочной фосфатазы нейтрофильных лейкоцитов (ЩФН) и сукцинатдегидрогеназы лимфоцитов (СДГЛ). Кроме того, с помощью иммуноферментного набора BIOSERV Ovary-Antibody-ELISA, определялось содержание антиовариальных антител (АОА) в сыворотке крови.

Применяемая тактика включала в себя предоперационную подготовку в течение 6-24 часов, в которой основное место отводилось антибактериальной и дезинтоксикационной терапии, и последующее оперативное лечение с лимфотропным введением антибиотиков интраоперационно и в послеоперационном периоде.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По данным УЗИ наиболее часто (67,8 %) у обследованных больных определялись осложненные формы ВЗОМТ (пиосальпинкс, пиовар, tuboовариальные образования), расширенные маточные трубы с повышенным уровнем звукопроводимости визуализировались у 19 женщин (21,8 %), признаки сальпингоофорита в виде увеличения объема яичников, гипоехогенной их структуры, нечеткости наружных контуров и наличия в них кистозных включений выявлены у 76 женщин (87,4 %), свободная жидкость в малом тазу определялась у 37 (42,5 %), а у 7 (8 %) были констатированы признаки эндометрита. Практически у всех пациенток была отмечена болезненность при проведении трансвагинального УЗИ.

При проведении лабораторных исследований практически у всех больных данной группы наблюдались изменения показателей анализов крови. Средние показатели составили: количество лейкоцитов — $11,4 \pm 0,6 \times 10^9/\text{л}$; э — $0,7 \pm 0,3 \%$, п — $6,1 \pm 0,6 \%$, с — $72,5 \pm 1,0 \%$, л — $14,9 \pm 0,9 \%$, м — $5,2 \pm 0,5 \%$; СОЭ — $21,6 \pm 1,4$ мм/час. Абсолютное количество лимфоцитов равнялось $1492,0 \pm 96,1$. Гемоглобин

крови составил $116,1 \pm 1,6$ г/л, ЛИИ — $4,7 \pm 0,5$. У всех обследованных больных было констатировано значительное увеличение активности ЩФН по сравнению с контрольными показателями — до $2,8 \pm 0,1$ усл. ед. (контроль — $1,5 \pm 0,1$ усл. ед., $p < 0,001$). В то же время, активность СДГЛ уменьшалась до $177,1 \pm 6,5$ усл. ед. (контроль — $190,6 \pm 4,4$ усл. ед.), что свидетельствовало о наличии выраженных деструктивных изменений в очаге воспаления и являлось одним из показателей, указывающих на необходимость выполнения хирургического вмешательства.

Среднее содержание АОА превышало нормальные показатели (0-10 Е/мл) только лишь у больных с обострением хронических ВЗОМТ ($12,1 \pm 0,5$ Е/мл), тогда как средние значения у больных с острыми процессами ($6,6 \pm 0,4$ Е/мл) не отличались от нормальных. Наиболее высокое содержание АОА, превышающее нормальные показатели ($11,3$ Е/мл), было зарегистрировано только лишь у двух больных с острыми гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки. Заболевание у этих пациенток протекало тяжело, сопровождалось выраженной температурной реакцией ($38,7-39,1^\circ\text{C}$), отмечались положительные перитонеальные явления. Весьма характерно, что год назад обеим пациенткам была произведена сальпингэктомия по поводу прервавшейся трубной беременности.

Высокое содержание АОА ($14,2-16,0$ Е/мл) наблюдалось в основном у больных с обострением хронического воспалительного процесса. Также весьма характерно, что в анамнезе у этих больных в течение последних двух лет были отмечены операции на придатках: у 4-х — по поводу внематочной беременности, у 3-х, в этот же период времени, была выполнена аднексэктомия по поводу кисты яичника. Заболевание у этих пациенток отличалось тяжелым течением, сопровождалось наличием выраженной температурной реакции, перитонеальными явлениями, либо наличием гнойных воспалительных образований в области придатков матки. Наиболее низкие показатели содержания АОА ($1,7-3,3$ Е/мл) были зарегистрированы только у женщин с дебютом острого гнойного сальпингита, без выраженных анатомических изменений в малом тазу.

Всем 105 обследованным больным с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки было проведено хирургическое лечение. В частности, 70 пациенткам с гнойными ВЗОМТ была выполнена лапаротомия. Выбор объема оперативного вмешательства при этом был строго индивидуальным и зависел от степени выраженности и распространенности воспалительного процесса, наличия сопутствующих гинекологических заболеваний, возраста больной и ее соматического состояния. При этом радикальное оперативное лечение в объеме экстирпации матки с маточными трубами или с придатками было проведено только 23 женщинам при наличии у них разлитого перитонита, развившегося в результате перфорации tuboовариального абсцесса, а также сочетании указанной патологии с миомой матки или с аденомиозом.

У женщин репродуктивного возраста выполнялся щадящий объем оперативного лечения и у большинства из них (в 43 случаях) удалось сохранить яичники и матку. В то же время, данная ситуация требовала проведения дополнительных методов профилактики гнойно-септических осложнений. С этой целью в процессе оперативного вмешательства проводилось введение суточной дозы цефалоспоринов или аминогликозидов в круглые связки матки с обеих сторон. В последующие 3-7 суток продолжалось введение этих же препаратов в комплексе с кофеином в подвздошные кости [17], либо в круглые связки матки (блокада Лорина-Эпштейна). Антибиотик вводился поочередно в обе подвздошные кости, либо со стороны преимущественной локализации процесса. Количество внутрикостных инъекций (2-4) и интервалы между ними (от одного до двух дней) определялись общим состоянием больных и темпом исчезновения воспалительного процесса. Среднее количество внутрикостных инъекций одной пациентке составило — $2,8 \pm 0,1$. Для внутрикостного введения в 28 случаях (40 %) использовался цефотаксим, в 23 случаях (32,9 %) — гентамицин, в 19 (27,1 %) — цефазолин.

Молодым пациенткам в возрасте от 18 до 25 лет с острым воспалительным процессом и явлениями пельвиоперитонита, при отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 12-48 часов, была проведена лечебно-диагностическая лапароскопия с аспирацией патологического выпота, сальпинголизисом и овариолизисом, а также санация и дренирование брюшной полости. Указанная терапия была проведена 20 молодым пациенткам с гнойным сальпингитом и пельвиоперитонитом, которые поступили в стационар в первые трое суток от начала заболевания. По данным УЗИ, у всех 20 пациенток в малом тазу отсутствовали объемные образования и определено скопление «свободной» жидкости в прямокишечно-маточном углублении.

При проведении лечебно-диагностической лапароскопии у 16 из этих больных был обнаружен гнойный сальпингит в сочетании с пельвиоперитонитом и у 4 — пиосальпинкс. Визуально наблюдались утолщенные, гиперемизированные и отечные маточные трубы со свободными фимбриями. При этом из ампулярного отдела маточных труб изливался гной. В 10 наблюдениях был выявлен спаечный процесс маточных труб с поверхностью яичника, телом матки или с широкими маточными связками. Спайки имели рыхлый характер и легко разъединялись, что свидетельствовало о свежем остром воспалительном процессе.

В послеоперационном периоде все пациентки данной группы получали ступенчатую антибактериальную терапию, в начале которой использовалось внутрикостное введение сульперазона (цефоперазон 1 г + сульбактам 1 г), ингибиторозащищенного цефалоспорины широкого спектра действия, обладающего, в том числе, и антианаэробной активностью. Критериями для назначения данной комбинации являлись: наличие не менее чем трех симптомов системной воспалительной реакции при наличии очага гнойного

воспаления, требующего оперативного лечения и молодой возраст больных.

Пятнадцати молодым, не рожавшим женщинам с гнойными воспалительными образованиями придатков матки была применена ультразвуковая мини-хирургия, активное дренирование гнойных воспалительных образований с помощью трансвагинального ультразвукового мониторинга. Критериями включения пациенток в данную группу являлись: удобная локализация гнойной полости, исключающая риск повреждения окружающих органов и тканей, отсутствие указания в анамнезе на хронический рецидивирующий воспалительный процесс внутренних гениталий и отсутствие в анамнезе беременностей или родов. Средний возраст пациенток данной группы составил $21,7 \pm 1,2$ лет. Диагноз был подтвержден данными ультразвукового исследования органов малого таза. При этом в большинстве наблюдений на эхограммах определялись tuboовариальные образования неправильной формы с плотной капсулой и мелкодисперсной внутренней структурой. Размеры пиосальпинкса варьировали от 35×15 мм до 60×40 мм. В 4 случаях при проведении трансвагинального УЗИ определялся абсцесс яичника диаметром от 40 до 80 мм.

Всем 15 пациенткам было проведено пункционное дренирование гнойных полостей через задний свод влагалища под контролем ультразвукового сканирования. При этом было удалено от 30 до 80 мл гноя и проведено промывание полости раствором хлоргексидина, до полной эвакуации гноя. При проведении бактериологического исследования полученного гнойного содержимого была выделена кишечная палочка. У трех больных потребовалось повторное проведение пункции придаткового образования через 1-2 дня.

В послеоперационном периоде всем 15 пациенткам также применялось внутрикостное введение сульперазона в гребень крыла подвздошных костей.

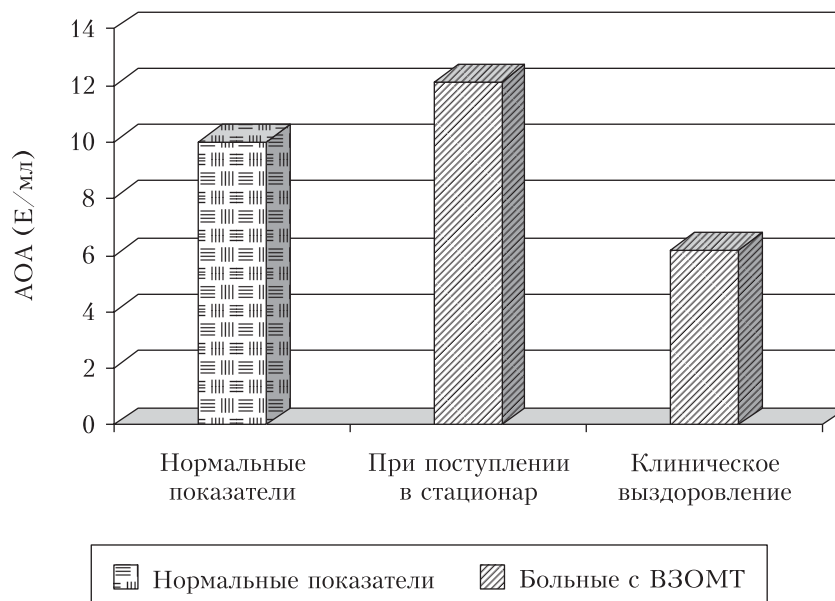
На втором этапе антибактериальной терапии использовался препарат, обладающий противохламидийным действием. С этой целью применялся фромидил (кларитромицин) по 500 мг 2 раза в день в течение 7 дней. На данном этапе, одновременно с антибактериальной терапией, в комплекс лечения включалось применение орального пробиотика лактогина по 1 капсуле 2 раза в день.

Послеоперационный период у всех 105 больных протекал без осложнений. Комплексная терапия с использованием внутрикостного введения антибиотиков довольно быстро приводила к улучшению общего состояния больных, уменьшению явлений интоксикации. В течение первых пяти дней у всех оперированных женщин нормализовалась температурная реакция, к седьмым суткам лечения — показатели общего анализа крови, к десятому дню терапии — цитохимические показатели.

Содержание АОА достоверно ($p < 0,0001$) уменьшалось по сравнению с исходными данными (рис. 1), и к моменту клинического выздоровления соответствовало нормальным показателям ($6,2 \pm 0,2$ Е/мл).

Рисунок 1

Изменение содержания антиовариальных антител
при применении внутрикостного введения антибиотиков



Не было зарегистрировано ни одного осложнения ультразвуковой мини-хирургии. Клиническое выздоровление наступило у всех 105 больных. Средняя продолжительность лечения составила $15,1 \pm 1,4$ дней. На протяжении последующего года после проведенного стационарного лечения все 15 женщин, которым было проведено пункционное дренирование гнойных образований придатков, чувствовали себя удовлетворительно и считали себя практически здоровыми. У всех женщин полностью восстановился менструальный цикл, а у 6 — наступила беременность. При наблюдении за ними в течение двух лет после стационарного лечения, ни у одной из пациенток данной группы рецидивов заболевания зарегистрировано не было. В то же время, в четырех случаях через год потребовалось проведение лечебно-диагностической лапароскопии по поводу отсутствия наступления беременности.

На основании проведенного исследования был составлен алгоритм тактики лечения больных с гнойными ВЗОМТ (рис. 2).

Контрольную группу составили 50 пациенток с гнойными ВЗОМТ, которым было проведено оперативное лечение, но не использовались лимфогенные методы терапии и внутрикостное введение антибиотиков. При этом в 16 случаях была проведена двухсторонняя аднексэктомия, в 14 — сальпингэктомия, в 13 — экстирпация или ампутация матки с придатками и в 3 случаях, из-за выраженного спайчного и инфильтративного процесса, было проведено только вскрытие и дренирование гнойника. У всех пациенток данной группы наблюдалось увеличение содержания антиовариальных антител до $11,2 \pm 0,5$ Е/мл. Осложнения в послеоперационном периоде у представительниц контрольной группы наблю-

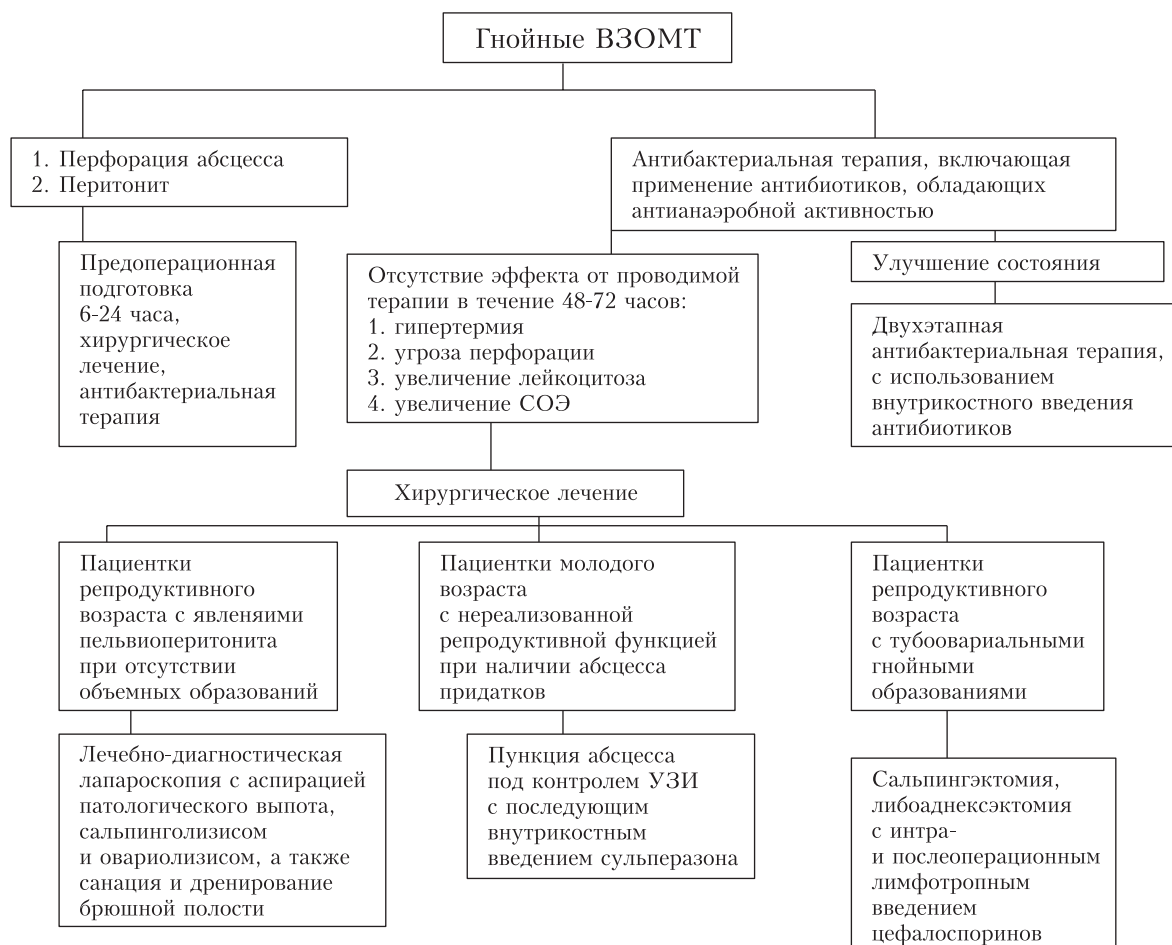
дались в 22 % случаев. В частности, в 8 случаях в послеоперационном периоде наблюдался воспалительный инфильтрат параметральной клетчатки, в 2 случаях — нагноение послеоперационной раны и в 1 — межкишечный абсцесс. Кроме того, трем пациенткам потребовалось проведение релапаротомии из-за продолжающегося гнойного процесса. В процессе проведенной терапии было констатировано статистически значимое ($p = 0,0027$) увеличение содержания антиовариальных антител, по сравнению с исходными показателями, до $16,8 \pm 0,9$ Е/мл.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, проведенное исследование показало, что целесообразность внутрикостного введения антибиотиков в комплексной терапии тяжелых ВЗОМТ заключается в быстром терапевтическом эффекте при малом числе повторных инъекций. Данный способ введения лекарственных препаратов позволяет создать высокие и длительно действующие концентрации антибиотика в очаге воспаления и окружающих его тканях, в крови и лимфе. Все это не только препятствует распространению патологического процесса, но и приводит к его регрессу, что сопровождается полным или почти полным выздоровлением. Анализ ближайших и отдаленных результатов лечения больных с гнойными воспалительными заболеваниями придатков матки с использованием тактики, сочетающей в себе методики органосохраняющего оперативного лечения с интраоперационным и послеоперационным лимфотропным и внутрикостным введением антибиотиков, показал ее эффективность.

Метод внутрикостного введения антибиотиков в терапии осложненных форм гнойных воспалитель-

Рисунок 2
Алгоритм ведения больных с гнойными
воспалительными заболеваниями придатков матки



ных заболеваний придатков матки (пиосальпинкса, пельвиоперитонита, гнойных tuboовариальных образований, разлитого перитонита) — клинически оправданный вариант введения лекарственных растворов, который способствует быстрой нормализации общего состояния, регрессу интоксикационного синдрома, а также уменьшает вероятность перехода воспалительного процесса в хроническую форму за счет снижения содержания аутоорганных антител к тканям яичника.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Краснопольский, В.И. Гнойная гинекология /В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина. — М.: МЕДпресс, 2001. — 288 с.
2. Принципы диагностики и терапии гнойных воспалительных заболеваний придатков матки /В.С. Горин, М.Е. Сагинор, Н.А. Мальтинская и др. //Российский вестник акушера-гинеколога. — 2008. — Т. 8, № 5. — С. 30-37.
3. Krivak, T.C. Tubo-ovarian abscess: diagnosis, medical and surgical management /T.C. Krivak, C. Cooksey, A.M. Propst //Compr. Ther. — 2004. — Vol. 30, N 2. — P. 93-100.
4. Pelvic inflammatory disease /Edited by R.L. Sweet, H.C. Wiesenfeld. — London and New York: Taylor & Francis 2006. — P. 101-124.
5. Лечение гнойно-септических гинекологических заболеваний и их профилактика /В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина и др. //Российский вестник акушера-гинеколога. — 2007. — Т. 7, № 1. — С. 63-68.
6. Макаренко, Т.А. Диагностика, клиника и современные принципы антибактериальной терапии осложненных форм гнойных воспалительных заболеваний придатков матки /Т.А. Макаренко, И.Н. Протасова, С.С. Даташвили //Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. — Красноярск, 2005. — Выпуск 12. — С. 349-360.
7. Оценка эффективности режимов антибактериальной терапии при осложненных формах воспалительных заболеваний органов малого таза /О.В. Макаров, Б.Р. Гельфанд, Е.С. Платова и др. //Акушерство и гинекология. — 2002. — №5. — С. 19-23.
8. Основные причины развития и клинические особенности формирования осложненных форм гнойного воспаления у акушерских и гинекологических больных /В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина и др. //Российский вестник акушера-гинеколога. — 2003. — Т. 3, № 3. — С. 58-61.
9. Клинические особенности гнойного воспаления придатков матки в современных условиях /Б.Л. Басин, Б.В. Корнеев, Ю.И. Чуловский, С.И. Семенченко //Вестник перинатологии, акушерства и гинекологии. — Красноярск, 2005. — Выпуск 12. — С. 214-217.

10. Возможность выполнения органосберегающих операций при гнойно-воспалительных заболеваниях придатков матки в экстренной хирургии /С.Ф. Багненко, Е.И. Новиков, Н.Н. Рухляда, Б.В. Аракелян //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2002. – Т. 161, № 5. – С. 86-89.
11. Gjelland, K. Transvaginal ultrasound-guided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess: a study of 302 cases /K. Gjelland, E. Ekerhovd, S. Granberg //Am. J. Obstet. Gynecol. – 2005. – Vol. 193, N 4. – P. 1323-1330.
12. Курбанова, Д.Ф. Воспалительные заболевания придатков матки /Д.Ф. Курбанова. – М.: Медицина, 2007. – 160 с.
13. Богданова, Н.Л. Современные представления о патогенетическом лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки /Н.Л. Богданова, Г.А. Ушакова //Мать и Дитя в Кузбассе. – 2003. – № 3. – С. 14-18.
14. Репродуктивное здоровье женщин после хирургического лечения гинекологических заболеваний /под ред. В.Е. Радзинского, А.О. Духина. – М.: Изд-во РУДН, 2004. – С. 102-129.
15. Зубарев, П.Н. Эндолимфатическая и лимфотропная лекарственная терапия в абдоминальной хирургии /П.Н. Зубарев, Г.И. Синенченко, А.А. Курыгин. – СПб.: Фолиант, 2005. – 224 с.
16. Уткин, Е.В. Анатомическое обоснование внутрикостного метода введения лекарственных препаратов при акушерско-гинекологической патологии /Е.В. Уткин //Журнал акушерства и женских болезней. – 2002. – Т. 51, выпуск 4. – С. 27-31.
17. Уткин, Е.В. Эффективность внутрикостного введения антибиотиков при лечении воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин /Е.В. Уткин //Антибиотики и химиотерапия. – 2007. – Т. 52, № 7/8. – С. 37-40.



СМЕРТНОСТЬ ОТ КОРИ В МИРЕ СНИЗИЛАСЬ НА 74 ПРОЦЕНТА

За последние восемь лет смертность от кори во всем мире сократилась с более чем 750 тысяч до 200 тысяч в год, говорится в отчете Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). По мнению экспертов организации, благоприятная тенденция связана с успехами кампании по глобальной вакцинации, сообщает AP.

По данным ВОЗ, с 2000 по 2007 годы ежегодная смертность от кори в мире снизилась на 74 %. Тем не менее, эта инфекция по-прежнему остается одной из ведущих причин смерти детей, ежедневно унося более 500 жизней. В большинстве случаев дети умирают от таких осложнений кори, как энцефалит, пневмония и диарея.

Наибольшие успехи по борьбе с корью достигнуты в странах Африки и Среднего Востока (Афганистан и Пакистан), где смертность от этого заболевания снизилась примерно на 90 процентов. В то же время, наиболее проблематичной остается ситуация в Юго-Восточной Азии, где регистрируется наибольшее количество смертей в мире. На одну лишь Индию приходится примерно две трети всех случаев смерти от кори, зарегистрированных в 2007 году. Это связано с тем, что большинство детей получают лишь одну дозу вакцины от кори вместо двух рекомендованных доз, говорится в отчете.

Несмотря на общее снижение смертности от кори в мире, в ряде развитых стран Европы и Северной Америки отмечается рост заболеваемости этой инфекцией. В частности, в Англии и Уэльсе за первые десять месяцев текущего года впервые за тринадцать лет число заболевших корью превысило тысячу. По мнению специалистов, рост заболеваемости объясняется массовыми отказами от вакцинации детей против кори, паротита и краснухи из-за опасений относительно взаимосвязи иммунизации и аутизма.

Источник: Medportal.ru