

Inflammatory tubo-ovarian tumors: versions and contraversions

*A. Serbenco, V. Mamaliga

Department of Obstetrics and Gynecology, Nicolae Testemitsanu State University of Medicine and Pharmacy
Chisinau, the Republic of Moldova

*Corresponding author: serbencoanatie@gmail.com. Manuscript received October 21, 2013; accepted February 15, 2014

Abstract

Background: Pelvic inflammatory disease (PID) occupies one of the leading positions in the structure of gynecological morbidity. The incidence of PID, according to different authors ranges from 46.8% to 75%. A very important place in the structure of PID is occupied by adnexal inflammations, complicated by purulent tubo-ovarian tumors. One of the main risk factors in the development of adnexal purulent processes is the prolonged use (over 5 years) of intrauterine devices. During the recent decades the incidence of purulent tubo-ovarian tumors has increased by 2-3 times. In the present work the conflicting literature data regarding the etiopathogenesis, clinical presentation, diagnosis and treatment of purulent tubo-ovarian tumors are presented as well as the contemporary data about the management of the patients in question. The leading place in the tubo-ovarian tumors diagnosis is occupied by trans vaginal ultrasonography. At present the leading medical schools from Russia and Europe propose that the treatment of adnexal purulent processes should begin with laparoscopy.

Conclusions: It has been concluded that the early surgery allows a successful performance of conservative interventions, organs preservation and the future restoration of menstrual function, sexual and reproductive health in patients with suppurative tubo-ovarian tumors. The performance of laparoscopy is optimal for the patients with uncomplicated forms of purulent processes or complicated processes lasting less than 3 weeks, but for chronic complicated forms, without purulent endometritis, laparotomy with preservation of the uterus, ovaries or a portion of the ovary is optimal with the following preparation to applying the assisted reproductive techniques.

Key words: pelvic inflammatory disease, adnexal purulent processes, tubo-ovarian tumors, laparoscopy, laparotomy.

Tumorile inflamatorii tuboovariene: versiuni și controverse

Introducere

În structura maladiilor ginecologice, afecțiunile inflamatorii pelvine constituie cca 46,8-75%, din acestea 20-30% paciențe necesită tratament în staționar. Rata inflamațiilor supurative ale anexelor uterine (MIPAU) variază între 4-15% [16, 26, 38, 43, 62, 65, 78]. În 53% cazuri, procesul supurativ se dezvoltă pe fundalul anexitelor cronice de durată. Printre bolnavele din staționar cu maladii inflamatorii (20-25%), tumorile tuboovariene supurative constituie cca 5-9%. Preponderent sunt afectate femeile de vârstă reproductivă, apogeul fiind atins la 31-40 de ani (70%) [75].

Conform datelor OMS, anual în lume, cca 1 milion de femei suportă diferite inflamații genitale, 20% dintre care necesită tratament în staționar. Majoritatea pacientelor cu maladii inflamatorii ale anexelor uterine (MIAU) sunt femeii tinere, iar boala are vagi tendințe de evoluție cronică, care se soldează cu pierderea funcției reproductive și diminuarea capacității de muncă [1, 2].

Sunt cunoscuți mai mulți factori de risc, care pot contribui la propagarea agentului patogen în compartimentul genital superior al femeii, la care se pot referi unele manevre ginecologice, mai ales efectuate pe fundalul colpitei, cum ar fi: histerosalpingografia, histeroscopia, hidrotubația, pertubația, chiuretajul diagnostic, avortul instrumental, avortul medicamentos, complicat cu resturi post-avortive, precum și operațiile ginecologice. La factorii ce pot favoriza aceste procese, se atribuie și unele circumstanțe nespecifice precum: hipotermia, supraefortul fizic, tensiunile psihoemoționale etc. [5, 35].

În literatura de specialitate, au apărut mai multe referiri la impactul dispozitivului intrauterin (DIU) în apariția și mai ales în perpetuarea procesului inflamator din organele genitale interne. Se pot invoca multiple studii, ce demonstrează cu probe că steriletul este implicat adesea în apariția și menținerea

procesului inflamator în organele genitale interne. Mai mult, riscul complicațiilor inflamator-supurative ale organelor genitale interne la ginecopatele purtătoare de sterilet este direct proporțional cu durata de aflare a lui în uter, și cu mult mai mare la ginecopatele nuligeste [37].

De o importanță aparte în apariția MIPAU se consideră viața sexuală haotică, sexul neprotejat, infecțiile sexual transmisibile (IST), poluarea sexuală (schimbul frecvent al partenerilor sexuali) [9, 10, 11, 18, 22]. Un rol aparte în propagarea agentului infecțios în tractul genital superior, le revine tricomonadelor, pentru care nu este exclusă nici calea pasivă de transport al germenilor, și nici calea hematogenă și limfogenă [7, 8, 13, 28].

Rolul factorului microbial în etiologia maladiilor inflamatorii ale organelor genitale interne (MIOGI) este stabilit definitiv și irevocabil. Determinarea spectrului microbial în focarul inflamator purulent confirmă evoluția în timp a populației microbiene, precum și substituția unui microb cu altul cu formarea asociațiilor microbiene dintr-un șir mare de germeni [27, 28, 29, 50].

Dacă la începutul anilor 1980 predomina infecția streptococică, atunci, începând cu anii 90, crește rolul stafilococului și al *E. coli*. Pe timpuri, în structura etiologică a germenilor ce provoacă MIAU se aprecia ca dominantă monoinfecția, de vreme ce în prezent, predomină preferențial flora mixtă polimicrobiană, care include germenii gram pozitivi, gram negativi, aerobi și anaerobi [19, 21, 27, 56].

Rolul factorului microbial în etiologia maladiilor inflamatorii acute ale organelor pelviene (MIAOBM) a fost demonstrat prin investigații de subtilitate, efectuate în paralel, cum ar fi biopsia endometrului, culdocenteza și laparoscopia. Cu ajutorul acestor metode a fost dovedită prezența germenilor patogeni în endometru, în salpinge și cavitatea abdominală

(spațiul Douglas). Astfel, din canalul cervical, din cavitatea uterină (endometru) și din lumenul trompelor uterine, la ginecopatele cu salpingită acută dovedită laparoscopic, au fost izolați germeni de *Neisseria gonorrhoeae*, *C. trachomatis* și *Mycoplasma genitalium* [3, 15, 17]. Tot la acest nivel s-a confirmat existența florei mixte, care include germeni cum ar fi *Prevotella sp.* și *Peptostreptococcus sp.* De asemenea, a fost dovedită legătura dintre endometrita asimptomatică, confirmată histologic și vaginoza bacteriană cu germenii depistați anterior în canalul cervical. Germenii izolați din căile genitale feminine, la pacientele cu tumori tuboovariene diagnosticate, sunt reprezentați de bacteriile anaerobe, condiționat patogene, în componența cărora sunt frecvent apreciate *Escherichia coli*, precum și germenii anaerobi gram negativi [40, 68].

Studiul realizat de A.A. Ebcceba [43] a semnalat de asemenea, că rolul principal în dezvoltarea MIPAU le aparține anaerobilor facultativi (74,6%), care sunt mai des reprezentați de cocii gram pozitivi (streptococi, enterococi), urmați de micoplasme și ureaplasme (66,2%), apoi de chlamidii (26,5%), anaerobii obligativi (actinomicete, peptostreptococi, bacterioizi) – 24,4%. Mai rar, infecția este condiționată de gonococi – (8%), și floră micotică – 7,8%.

La femeile cu maladii inflamatorii ale organelor bazinului mic (MIOBM), purtătoare de DIU, nivelul de colonizare cu speciile *Fusobacteria* și *Peptostreptococcus* este net mai masiv decât la ginecopatele cu MIOBM care nu folosesc steriletul [30]. În 99% cazuri de MIPAU, contaminarea cavității abdominale are loc pe cale intracanaliculară și este condiționată de IST. Doar 1% din aceste poluări survin la perforarea apendicelui, diverticulului Meckel sau la perforarea pe segmentul rectosigmoidian al intestinului.

De specificul agentului patogen și al factorului de risc prezent depinde expresivitatea manifestărilor clinice ale maladii [4, 70]. Tabloul clinic ce specifică tumorile tuboovariene perforate (TTOP) este unul polimorf [77]. Cel mai des întâlnit simptom în MIOBM este durerea pelvină, care este invocată de 97,8% dintre ginecopate. În iminența de perforare a tumorii inflamatorii supurative, durerea devine de intensitate maximă și continuă. Accesul acut de durere este caracteristic pentru debutul perforației abscesului în cavitatea peritoneală cu dezvoltarea ulterioară a peritonitei [54, 73, 78].

În TTOP 57,5-84,2% de ginecopate prezintă acuze de febră, frisoane, slăbiciuni, indispoziție, iar intensitatea acestor simptome depinde de gradul de extindere a procesului inflamator [49, 58]. Frisoanele, febra cu caracter hectic sunt caracteristice proceselor cavitare purulente, încapsulate în limitele bazinului mic sau ale cavității abdominale [36, 48]. Conform altor date, temperatura subfebrilă se constată la 30% paciente, dar aceasta nu corelează cu gravitatea procesului inflamator, inclusiv când este implicată foiața peritoneală a bazinului mic [36, 74].

Pe fundalul tulburărilor de ciclu menstrual (algodismenoree, hiperpolimenoree, menstruații neregulate) invocă diverse acuze 45-73% dintre femei. Dereglări gastrointestinale (grețuri, vomă, diaree) prezintă de la 37,5% până la 63% dintre paciente [36, 75].

Tahicardia este, de asemenea, un simptom important. De

altfel, sunt frecvente cazurile, când inclusiv pe fundalul unei temperaturi subfebrile sau normale se poate observa o tahicardie pronunțată cu până la 110-130 bătă/min, ceea ce anunță gravitatea intoxicației organismului (simptom important).

Un simptom foarte important în formele complicate ale MPOBM este intoxicația endogenă și anemia toxică [51, 62]. În cazurile când în procesul destructiv purulent sunt implicate organele adiacente (vezica urinară, rectul), pot apărea și simptome de disurie, piurie, tenesme, diaree etc. [51, 70].

Pentru o bună parte din ginecopate cu MIPAU este caracteristică leucoreea. Apariția leucoreei este condiționată de maladiile inflamatorii concomitente ale uterului, canalului cervical și vaginului, iar eliminările purulente sunt caracteristice pentru bolnavele purtătoare a DIU. Steriletul menține îndelungat endometrita, iar tratamentul conservator antibacterian prelungit pe fundalul DIU estompează clinica și poate induce adesea erori de diagnostic [33, 73].

Dintre semnele obiective atestate, la aceste paciente sunt de consemnat: limba uscată și saburală - la 22,5%, palparea abdomenului atestă simptomul Schiotkin-Blumberg pozitiv în 52,5%, defans muscular la 37,5%, balonarea neînsemnată a abdomenului - la 20% dintre paciente. La examenul în aval se atestă o nivelare a fornixului posterior sau o bombare prin acumularea lichidului sero-purulent în fornix. La tușeul vaginal, executat în stadiul acut se palpează o tumoare inflamatorie a anexelor fără de contururi clare, de consistență neuniformă, fixată, dureroasă, în stadiul subacut consistența tumorii este mai dură, apare puțină mobilitate, durerea, însă, persistă [6, 36, 75].

Datele investigațiilor de laborator au depistat: leucocitoză cu deviere stângă la 73,9%, VSH crescută - la 83,6%, hiperfibrinogenemie (5,5-11,0 g/l) - la 70,9%, proteina C-reactivă majorată - la 46,3%, diminuarea coeficientului albumină/globulină - la 39% bolnave. De menționat, că la 73,6% dintre paciente se constată limfopenie pronunțată (de la 15 la 3%), care anunță despre modificările survenite în statutul imun al acestor bolnave [43, 60]. Pe hemogramă, gradul de intoxicație a organismului se reflectă prin leucocitoză cu neutrofilie, limfocitopenie relativă, devierea formulei leucocitare spre stânga, foarte informativ este indicele leucocitar de intoxicație, care variază între 3,7 și 10,0. La analiza imunogramelor se poate determina diminuarea activității fagocitare a leucocitelor după numărul fagocitar ($38,0 \pm 5,9$) și indexul fagocitar ($1,86 \pm 0,47$).

Diagnosticul clinic al MIPAU devine adesea dificil, în special, din cauza discordanței dintre tabloul clinic și severitatea proceselor destructive, care au loc în focarul purulent. Drept criterii minime pentru a stabili diagnosticul de MIAAU se pot adopta: durerea la palparea abdomenului în regiunea supra-simfiziană, la examenul bimanual se atestă durerea provocată de palparea anexelor, dureri provoacă și tracțiunile colului uterin. Pentru concretizarea și precizarea diagnosticului se apelează la criterii suplimentare: febră de 38°C și mai mult, uneori de tip hectic, leucoree purulentă din vagin, leucocitoză > 10 000, VSH, PCR elevate, se urmăresc, de asemenea, datele clinice, microscopice, bacteriologice și paraclinice de laborator [35, 75].

Pentru a pune corect și în timp util diagnosticul de MIPAU, în ultimii ani, se folosesc pe larg în practica medicală mai multe metode paraclinice, cum ar fi: ultrasonografia, tomografia computerizată, rezonanța magnetică, laparoscopia [49, 50, 60].

Rezultatele mai multor studii au dovedit prioritatea diagnostică a ecografiei, practicate la începutul examinărilor complexe ale bolnavelor cu maladii inflamatorii ale anexelor uterine, care poate evidenția procesul inflamator în organele genitale interne la rata de peste 90% [32, 55, 58].

Investigațiile ultrasonografice sunt informative pentru orice formă de MIAAU, dar mai sugestive diagnostic acestea sunt pentru formațiunile de volum. Distingem următoarele semne ecografice ale salpingitei acute supurative: trompe uterine dilatate, îngroșate, extinse, de formă retro, care se caracterizează prin ecogenitate diminuată, la fiecare a doua pacientă, în spațiul Douglas se determină o acumulare de lichid liber cu mici particule. Semne ecografice suplimentare pot fi depistarea procesului aderențial în bazinul mic și a DIU în uter [44, 71, 77].

Ecografia este și mai informativă în examinarea formațiunilor inflamatorii de volum ale anexelor uterine, cum ar fi: piosalpinxul, pioovarul, tumorile tuboovariene [37, 51, 70].

Examenul ecografic transabdominal este, totuși, mai puțin informațional, unele studii vorbind despre o eficacitate care nu se ridică până la 50% [25]. Unii savanți atenționează chiar asupra eficacității diminuate, în special pentru diagnosticul formațiunilor de volum în fază acută (inițială) a procesului inflamator, când sunt puține schimbări anatomice în anexele uterine [14].

În schimb, se afirmă unanim despre informativitatea ultrasonografiei transvaginale, care a devenit metoda principală și de bază în diagnosticul formațiunilor tuboovariene inflamatorii [2, 15].

O altă metodă care se utilizează în diagnosticul MPOBM este tomografia computerizată, eficacitatea căreia se ridică la 100%. Avantajele și posibilitățile ei în diagnosticul maladiilor inflamatorii pelviene au fost studiate de mai mulți specialiști în domeniu [4, 54, 58]. Unii exploratori aduc probe convingătoare despre perspectiva utilizării tomografiei computerizate în diagnosticul formațiunilor inflamatorii tumorale anexiale. În studii comparative s-a apreciat eficacitatea ultrasonografiei, tomografiei computerizate și a rezonanței magnetice și s-a ajuns la concluzia, că rezonanța magnetică este cea care poate furniza informații suplimentare ce pot ajuta diagnosticul diferențial, dar la aceasta se ajunge doar după investigațiile ecografice și tomografia computerizată [19, 23, 25, 32, 45].

În comparație cu alte metode paraclinice, rezonanța magnetică poate decela mai devreme procesele inflamatorii ale anexelor uterine, însă aceasta n-a devenit prioritară din cauza costului înalt și a dozei de iradiere pe care o implică.

Prioritatea pentru diagnosticul maladiilor inflamatorii anexiale a rămas, totuși, de partea ultrasonografiei transvaginale, care este mai puțin costisitoare și este total inofensivă. Investigațiile ultrasonografice transvaginale permit aprecierea rapidă și de precizie a modificărilor destructive, ce s-au produs în focarul infecțios. Eficacitatea ecografiei transvaginale

(ECG) în diagnosticul MIOBM variază în limitele de 75-95% [51, 71, 79].

Metodele endoscopice, utilizate în diagnosticul și tratamentul MIAAU, sunt binevenite și foarte avantajoase [42, 45, 66, 67]. Mai mulți savanți, în ultimele decenii, acordă prioritate celioscopiei pentru oportunitatea și eficiența ei în diagnosticul MIAAU. Celioscopia este o metodă foarte progresivă de diagnostic, unde se pot aprecia pe viu modificările structurale și morfologice, produse de procesul inflamator în organele bazinului mic. În literatura de specialitate, se invocă următoarele semnalmente laparoscopice ale procesului inflamator în bazinul mic: edemul, hiperemia trompelor uterine, peritoneul pelvian, exsudatul seros sau purulent în lumenul trompei uterine și/sau spațiul Douglas, în cavitatea abdominală - suprapuneri și depozitari de fibrină pe peritoneu, organele adiacente [40, 75, 76].

De consemnat, totuși, indicațiile contradictorii pentru celioscopie. Unii specialiști sunt de părerea, că drept indicație pentru celioscopie poate servi salpingita acută și cronică, iar formațiunile inflamatorii tuboovariene sunt contraindicate [51, 53]. Ei consideră, că metodele invazive de diagnostic în tumorile tuboovariene supurative nu sunt suficient de informative, și se contraindică adesea din cauza complicațiilor ce pot urma procedurii. În opinia lor, celioscopia este indicată în cazul când se suspectează prezența unei formațiuni inflamatorii tumorale, în special la ginecopatele tinere, pentru a crește eficacitatea tratamentului, precum și în afectările cu tablou clinic șters și incert [20, 75].

Indicațiile pentru laparoscopie pot fi formulate în felul următor: a) pentru confirmarea diagnosticului, determinarea gradului de severitate și de avansare al procesului; b) pentru confirmarea sau infirmarea perforației, pelvioperitonitei sau pentru decelarea apendicitei secundare; c) absența efectului în urma tratamentului antibacterian complex, timp de 24-48 de ore. În formele supurative necomplicate laparoscopia este indicată ca metodă de diagnostic și curativă (confirmarea diagnosticului, recoltarea materialului pentru analize, asanare și drenare) [47, 49, 75].

În cazurile complicate ale MIPAU, când în proces sunt prinse peritoneul spațiului pelvin, pereții intestinului, omentul, peretele vezicii urinare, parametrele și când aceste organe afectate formează împreună un conglomerat, care include intrarea în bazinul mic și accesul la anexele uterine, laparoscopia este o manevră contraindicată. Dar totuși, până la urmă, tactica de conduită depinde de situația concretă și de profesionalismul specialistului [63, 70].

Astăzi, mai mulți savanți sunt de părerea că investigațiile ginecopatelor cu MIPAU trebuie să înceapă cu ecografia transabdominală, iar unde este posibil – cu ecografia transvaginală, metodă accesibilă, destul de informativă și necesitoare [71].

Mai mulți cercetători, pe parcursul ultimelor decenii, sunt preocupați de elaborarea unor programe cât mai raționale de tratament în MIAOBM, care să menajeze funcția menstruală, sexuală și reproductivă [60, 62]. În tratamentul contemporan al MIAOBM, se adoptă două tactici principale: conservatoare și chirurgicală. Tratamentul conservator include terapia an-

tibacteriană, terapia de detoxicare, terapia antiinflamatorie nesteroidiană, terapia de imunocorecție, terapia de desensibilizare, terapia cu vitamine etc [31, 75].

Terapia antibacteriană în MIAOBM este cea de suport și urmărește următoarele scopuri: 1) atenuarea sau abolirea manifestărilor procesului inflamator și prevenirea generalizării infecției; 2) profilaxia modificărilor morfologice ireversibile în anexele uterine; 3) profilaxia cronicizării procesului inflamator [75].

Considerând faptul că infecția ce provoacă MIAAU este cel mai frecvent una mixtă și este reprezentată de germeni aerobi și anaerobi, iar în primele zile de aflare a ginecopatei în staționar nu se cunosc încă probele de laborator despre originea și sensibilitatea la antibiotice a agenților patogeni, tratamentul conservator se va iniția cu antibiotice de spectru larg. Antibioticele se vor completa cu derivați ai nitrofuranului și metronidazolului, care acoperă spectrul vital al germenilor gram pozitivi și gram negativi, al anaerobilor și tricomoadelor. Terapia antibacteriană se inițiază doar după ce s-au colectat frotiul și materialul bacteriologic din canalul cervical și vagin [15, 31, 65, 69]. În ultimul deceniu se utilizează următoarele combinații de preparate antibacteriene: amoxicilină/clavilant + macrolid; amoxicilină/clavilant + doxiciclină; ofloxacină + metronidazol; cefalosporine de generația III + metronidazol; cefalosporine de generația III+fluorchinolon. În calitate de preparate de rezervă se poate apela la clindamicină + gentamicină; cefalosporine de generația a III + metronidazol + doxiciclină [60, 66].

În 2008, au fost elaborate și propuse în UE indicațiile metode pentru aplicarea antibioticelor în tratamentul MIAOBM. Pentru *tratamentul de staționar* s-au propus următoarele scheme: Cefotaxim 2 g intravenos (i/v) de 4 ori/24 de ore sau Cefotetan 2 g i/v e ori/24 de ore sau Ceftriaxonă 1 g i/v sau i/m 1 dată/24 de ore + Doxiciclină 100 mg i/v de 2 ori/24 de ore (dacă este bine suportat, se poate administra *per os*), ulterior se dă oxidiclină 100 mg de 2 ori/24 de ore, în total 14 zile + Metronidazol 400 mg *per os* de 2 ori/24 de ore pe parcursul a 14 zile sau clindamicină 900 mg i/v o dată la 8 ore + gentamicină i/v (2 mg/kg) doza de încărcare, ulterior câte 1,5 mg/kg de 3 ori/24 de ore*, apoi se continuă cu clindamicină 450 mg *per oral* de 4 ori/24 ore până la a 14-a zi sau Doxiciclină 100 mg de 2 ori/24 de ore timp de 14 zile + Metronidazol 400 mg de 2 ori/24 de ore timp de 14 zile [15, 25].

Schema de alternativă include: Ofloxacină 400 mg i/v de 2 ori/24 de ore timp de 14 zile + Metronidazol 500 mg i/v de 3 ori/24 de ore timp de 14 zile sau ciprofloxacina 200 mg i/v de 2 ori/24 de ore + Doxiciclină 100 mg i/v sau *per os* de 2 ori/24 de ore timp de 14 zile + Metronidazol 500 mg i/v de 3 ori/24 de ore. Antibioticoterapia se efectuează pe parcursul a 14 zile. *Doza pentru 24 de ore poate fi introdusă o singură dată [15, 25].

Administrarea pe termen lung a antibioticelor, mai ales în combinație cu metronidazolul, rezultă în multe cazuri cu apariția candidomicozei, cu dezvoltarea disbacteriozei, inclusiv a disbacteriozei vaginale, astfel fiind argumentată includerea în schema de tratament a preparatelor antimicotice, iar pentru restabilirea biocenozei vaginale se recomandă preparate

biologice acidproducătoare (lactogin, bifidumbacterin etc) timp de 7 zile [56, 66].

Terapia cu desensibilizante este argumentată prin faptul că administrarea antibioticelor în tratamentul complex induce uneori diverse modificări în reacțiile biochimice de biosinteză a proteinelor, ele influențează inclusiv asupra informației genetice, provoacă modificări în statutul imunobiologic, contribuie la declanșarea reacțiilor toxico-alergice, se implică efectiv în constituirea reacțiilor de sensibilizare și alergizare a organismului. Cu acest scop, se indică preparate antihistaminice, care pot amenda spasticitatea musculaturii netede a peretelui vascular, reduc permeabilitatea capilarelor și amplifică efectul antiinflamator [43, 66].

Terapia de detoxifiere tinde spre eliminarea toxinelor acumulate în organism, normalizarea dereglărilor reologice și de coagulare, a hipovolemiei, diminuarea intoxicației, redresarea dereglărilor metabolice, normalizarea deficitului de proteine. Volumul total de perfuzie va constitui 1,5-3 l/24 de ore, conform raportului coloizi/cristaloizi de 2:1. Volumele masive de perfuzie se fac pe fundalul diurezei forate (20 mg lazix completat cu spasmolitice, se injectează după fiecare litru de soluție instilată) [75].

O altă direcție a terapiei conservatoare complexe include acțiunea asupra mediatorilor și modulatorilor procesului inflamator, care se atinge suplimentând în tratament preparate antiinflamatoare nesteroidice (diclofenac, indometacină, mesulid etc). Aceste preparate diminuează manifestările exsudative ale procesului inflamator, inactivează modulatorii inflamației, dezvoltă acțiune analgezică, antipiretică, desensibilizantă, ameliorează proprietățile reologice ale sângelui, contribuie la restabilirea circulației capilare, ele au și proprietatea efectului antiagregant la nivel de trombocite [74].

Tratamentul conservator poate include și terapia imunomodulatoare, ordonată în baza indicatorilor imunologici diminuați. Indicațiile terapiei imunomodulatoare: 1) evoluția cronică (mai mult de 3 luni) a maladiei, recidive frecvente, complicații, maladii concomitente; 2) sindrom sever de intoxicație, dereglare a metabolismului bazal, pierdere de proteine; 3) monoterapie ineficace timp de 1 lună; 4) deteriorare combinată a verigilor T- și B- imune cu dezechilibrări disproporționale ale sistemului imun [70].

Terapia de corecție imună indicată în inflamațiile anaxiale poate include imunomodulatori de proveniență vegetală (eleuterococ, echinacea, jeșen), preparate din timus (T-activină, timalină), metiluracil, pentoxil, inductori și corectori ai interferonului (viferon, leichinferon) în dependență de dereglările statutului imun [64, 66, 70, 75].

Pe parcursul anilor, metodele conservatoare de tratament al MIPAU s-au completat în permanență cu noi principii și preparate, dar care și până în prezent nu pot asigura ameliorarea clară a rezultatelor finale prin care să se păstreze integritatea organelor genitale interne și să se ajungă la restabilirea funcției reproductive [59, 62]. Savanții autohtoni, asemenea multor specialiști de notorietate de pe mapamond, susțin argumentat pentru concepția abordării conservative în tratamentul TIPTO la femeile de vârstă reproductivă. Astfel, s-a elaborat și se aplică la scară largă punția formațiunilor

tuboovariene pentru evacuarea puroiului și introducerea în focar a antibioticelor și a altor remedii medicamentoase [75, 61].

Această metodă s-a perfecționat mereu, iar în completarea manevrei de evacuare mecanică a puroiului din focar, pentru asanarea lui, s-a propus instilarea locală în cavitatea purulentă a antibioticelor, soluțiilor antiseptice, substanțelor proteolitice (fermenților), alcoolului, drenarea cavității tumorale cu microcatetere și lavajul ei etc [35, 51, 61, 62].

Au parvenit și alte idei noi, reformatoare, și anume puncția țintită (ghidată) a focarului supurativ sub control ecografic – metoda „minichirurgiei ecografice” (ecografia invazivă). Acesta a fost un pas ferm în vederea ameliorării rezultatelor clinice și a funcției reproductive la contingentul de femei cu MIPAU [41, 45].

Conform datelor clinicii prof. A.H. Стрижаков et al., [70], rezultatele îndepărtate de la practicarea metodei de drenare ghidată, sub control ecografic transvaginal în combinație cu terapia conservatoare antibacteriană complexă, denotă faptul, că pentru 88,5% bolnave cu MIPAU, s-a reușit evitarea tratamentului chirurgical la 94% ginecopate s-a păstrat funcția menstruală, iar la 11,5% femei a fost restabilită funcția reproductivă. De aceeași părere sunt și alți savanți, care au propagat această metodă de tratament destul de progresivă și oportună la timpul respectiv [60, 61].

Studiile în această direcție au continuat și rezultate îmbucurătoare au obținut și alți cercetători. Astfel, minichirurgia ecografică oferă posibilitatea soluționării mai multor aspecte de diagnostic ginecologic și de monitoring curativ: se poate preciza apartenența nosologică a formațiunilor tumorale din bazinul mic, este accesibilă procedura de evacuare a conținutului purulent din focarul infecțios, local fiind introduse diferite remedii medicamentoase, care pot ajuta intenția de păstrare a organelor genitale interne, inclusiv cu restabilirea funcției reproductive [62, 70]. Metoda nu este, însă lipsită de lacune. De exemplu, niciodată nu se poate evacua definitiv conținutul din cavitatea purulentă, ceea ce se soldează adesea cu perpetuarea (cronicizarea procesului), care are efecte adverse și de lungă durată.

În paralel cu metodele conservative și miniinvazive chirurgicale ecografic ghidate, s-au dezvoltat și alte tehnologii medicale, care au permis revizuirea metodelor tradiționale de tratament al MIPAU. În opinia majorității specialiștilor din domeniu și a mai multor cercetători din Europa și alte spații, tratamentul MIPOBM trebuie să se inițieze cu inspecția și apoi cura laparoscopică [33, 53, 67].

Prioritățile tratamentului laparoscopic al MIPOBM sunt evidente, deoarece implică oportunitatea asanării active și în timp real a focarului, iar grație vizualizării perfecte, se poate evacua conținutul piosalpinxului, abscesului pelvian, inclusiv cu extragerea resturilor de țesuturi necrotizate, a plăcuțelor de fibrină, disecarea aderențelor proaspăt formate, executarea lavajului activ și drenarea cavității pelviene [20, 67]. Laparoscopia se consideră în prezent o metodă chirurgicală de primă valoare și pentru eficacitatea ei înaltă (91-98%) și durabilă în timp (dedusă din urmărirea pacientelor cu MIPOBM, pe parcursul a 10-15 ani) [23, 72, 76].

Acordul final în tratamentul TTOP îi revine intervenției

chirurgicale prin laparotomie. Tratamentul chirurgical se poate impune ca indicație în: tumorile tuboovariene, care nu răspund la tratamentul conservativ medicamentos; evoluția trenantă a procesului supurativ cu tendință spre generalizare și formare de abcese pelviene; complicații generate de tumorile tuboovariene supurative – iminența de perforare a tumorii supurative sau perforarea și dezvoltarea peritonitei difuze; sepsisul; formarea fistulelor, absceselor interintestinale, subdiafragmale, subhepatice etc [75].

Asupra volumului intervenției chirurgicale în MIPAU, specialiștii se expun neunivoc, dar este indiscutabilă prevederea prin care în timpul efectuării acesteia este necesară extragerea completă a focarului distructiv – abscesul tuboovarian, având grijă ca la femeile de vârstă reproductivă să se menajeze maximal posibil organele genitale interne [35, 39, 47].

Volumul operator în tratamentul chirurgical prin laparotomie se poate rezuma la o anexectomie unilaterală sau bilaterală, dar se poate impune și necesitatea unei histerectomii subtotale și chiar a histerectomiei totale cu anexectomie unilaterală sau bilaterală [57, 72, 73].

Rezumând asupra acestei scurte incursiuni în problema soluțiilor chirurgicale cunoscute pentru supurațiile tuboovariene, vom menționa faptul că astăzi prioritatea în alegerea metodei de intervenție aparține tehnologiilor moderne. Cu toate acestea, elementele chirurgiei tradiționale rămân a fi unele de bază și unice, iar în momentele critice se face totul pentru salvarea vieții pacientei. Este evident, că în cazul pacientelor tinere, histerectomia trebuie să fie un gest excepțional [24, 34, 46, 52, 59]. De consemnat și faptul, că indiferent de progresele indiscutabile atinse la acest capitol, persistă în continuare o serie de probleme legate de particularitățile evoluției clinice, diagnosticul și tactica de conduită curativă a bolnavelor cu TTOP, care pot constitui subiecte de cercetare pe viitor.

References

1. American Academy of Pediatrics. Pelvic inflammatory disease. In LK Pickering et al., eds., Red. Book: 2009 Report of the Committee on Infectious Disease, 28th ed., 2009;499-504.
2. Botte J, Peipert JF. "Epidemiology" in Pelvic Inflammatory Disease. RL Sweet and HC Wiesenfeld. London: Taylor and Francis, 2006;1-18.
3. Cohen CR, Mugo NP, Astete SG, et al. Detection of micoplasma genitalium in women with laparoscopically diagnosed acute salpingites. *Sex. Transm. Infect.* 2005;81:463-466.
4. Cromwell PF, Risser WL, Risser JM. Prevalence and incidence of pelvic inflammatory disease in incarcerated adolescents. *Sex. Transm. Dis.* 2002;29:391-396.
5. Dayan L. Pelvic inflammatory disease. *Aust. Fam. Physician.* 2007;858-862.
6. Fisher LD, Flecher KE, Blake DR. Can the Diagnosis of Pelvic Inflammatory Disease be Excluded Without a Bimanual Examination? *Clinical Pediatrics.* 2004;43(2):153-158.
7. Forna F, Gulmezoglu A.M. Interventions for treating trichomoniasis in women. *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2003;(2):CD000218.
8. Friptu V, Metaxa I, Moga M, et al. Afecțiunile tractului gineco-urinar inferior [Diseases of the low urine-genital tract]. Chișinău: Tipografia centrală, 2009.
9. Gaydos C, Maldies NE, Hardrick, et al. Mycoplasma genitalium as a contributor to the multiple etiologies of cervicitis in women attending sexually transmitted disease clinics. *Sex. Transm. Dis.* 2009;36:598-606.
10. Geisler WM. Duration of untreated, uncomplicated *Chlamydia trachomatis* genital infection and factors associated with chlamydial resolution: a review of human studies. *J. Infect. Dis.* 2010;201(suppl. 2):S104-S110.
11. Ghanem KG, Koumans EN, Johnson RE, et al. Effect of specimen order

- on *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2006;19:23-30.
12. Gjeland K, Ekerhovd E, Granberg S. Transvaginal ultrasound – guided aspiration for treatment of tubo-ovarian abscess: a study of 302 cases. *Amer. J. Obstet. Gynecol.* 2005;193(4):1323-1330.
 13. Grezescko J, Elias M, Maczynska B, et al. Occurrence of *Mycoplasma genitalium* in fertile and infertile women. *Fertility and Sterility.* 2009; 91(6):2376-2380.
 14. Horrow MM. Ultrasound of pelvic inflammatory disease. *Ultrasound Q.* 2004;4:171-179.
 15. Jaiyeoba O, Lazenby G, Soper DE. Recommendations and rationale for the treatment of pelvic inflammatory diseases. *Expert. Rev. Anti Infect. Ther.* 2011;9(1):61-70.
 16. Krivak TC, Cooksey C, Propost M. A tubo-ovarian abscess: diagnosis, medical and surgical management. *Compr. Ther.* 2004;30(2):93-100.
 17. Land JA, Van Bergen JE, Morr  SA, et al. Epidemiology of *Chlamydia trachomatis* infection in women and the cost-effectiveness of screening. *Hum Reprod Update.* 2010;16(2):189-204.
 18. Lush L, Walt G, Ogdin J. Transferring policies for treating sexually transmitted infections: what's wrong with global guidelines? *Health Policy Plan.* 2003;18(1):18-30.
 19. Manolo R, Mirza H, Opal S. *Streptococcus pyogenes* tubo-ovarian abscesses: a potential sexually transmitted disease? *Sex Transm. Dis.* 2002;29(10):606-607.
 20. Molander P, Finne Patric, Sjogerg Jari, et al. Observer Agreement With Laparoscopic Diagnosis of Pelvic Inflammatory Disease Using Photographs. *Obstet. Gynecol.* 2003;101(5):875-880.
 20. Ness RB, Kip KE, Hillier SE, et al. A cluster analysis of bacterial vaginosis-associated microflora and pelvic inflammatory disease. *Am. J. Epidemiol.* 2005;162(6):585-590.
 21. Ness RB, Smith C, Chang C, et al. Prediction of pelvic inflammatory disease among young, single, sexually active women. *Sex. Transm. Dis.* 2006;33(3):137-142.
 23. Patel DR. Management of pelvic inflammatory disease in adolescents. *Indian J. Pediatr.* 2004;71:845-847.
 24. Risser WL, Cromwell PF, Bortot AT, et al. Impact of new diagnosis criteria on the prevalence and incidence of pelvic inflammatory disease. *J. Pediatr. Adolesc. Gynecol.* 2004;17(1):39-44.
 25. Roos J, Judliin P, Nias RL. European guidelines for the management of pelvic inflammatory disease. 2008;18:662-666.
 26. Sweet RL, Wiesenfeld HC. Pelvic inflammatory disease. London; New York: Taylor & Francis, 2006;174.
 27. Taylor BD, Ness RB, Darville T, et al. Microbials correlate with the delayed care of pelvic inflammatory disease. *Sex. Transm. Dis.* 2001;38(5):434-438.
 28. Taylor-Robinson D, Jensen JS, Svenstrup H, et al. Difficulties experienced in defining the microbial cause of pelvic inflammatory disease. *Int J of STD & AIDS.* 2012;23(1):18-24.
 29. Taylor BD, Darville T, Tan C, et al. The role of *Chlamydia trachomatis* polymorphic membrane proteins in inflammation and sequelae among women with pelvic inflammatory disease. *Infect Dis Obstet Gynecol.* 2011. doi: 10.1155/2011/989762. Epub 2011 Oct 19.
 30. Viberga I, Odland V, Lazdane G, et al. Microbiology profile in women with pelvic inflammatory diseases in relation to IUD use. *Infect. Dis. Obstet. Gynecol.* 2005;13(4):183-190.
 31. Walker CR, Wiesenfeld H. Antibiotic therapy for acute pelvic inflammatory diseases: the 2006 centers for control and prevention Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Clin. Infect. Dis.* 2007; 28(supp. 1):S29-S36.
 32. Varras M, Polyzos D, Perouli E, et al. Tubo-ovarian abscesses: spectrum of sonographic findings with surgical and histological correlations. *Clin. Exp. Obstet. Gynec.* 2003;30(2-3):117-121.
 33. Aylamazian EK, Ryabtseva IT. Neotlozhnaya pomoshi pri ekstremalnykh sostoyaniyakh v ginekologii [Emergency aid in extreme conditions in gynecology]. M.: Izd-vo NGMA [Editorial NGMA], 2003;179.
 34. Bagnenko SF, Novikov EI, Rukhlyada NN, et al. Vozmojnost vypolneniya organosberegayushchikh operatsiy pri gnoyno-vospalitelnykh zabollevaniyakh pridatkov matki v ekstremnoy khirurgii [Possibility to perform organ-saving operations in the presence of purulent inflammatory diseases of the uterine appendages in emergency surgery]. *Vestnik khirurgii im. I. I. Grekova.* [Bulletin of surgery named after I. I. Grekov 2002;5:86-89].
 35. Balakshina NG, Kokh LI. Gnoynye vospalitelnye zabollevaniya pridatkov matki v ginekologicheskoy praktike [Purulent inflammatory diseases of the uterine appendages in gynecological practice]. Tomsk: SGMU, 2009;133.
 36. Basin BL, Baturevichi NB. Gnoynye vospalitelnye obrazovaniya pridatkov matki [Purulent inflammatory processes of the uterine appendages]. In: Sovremennye aspekty neotlojnoy pomoshi v akusherstve [Contemporary aspects of emergency aid in obstetrics]. Sbornik nauch. trud. pod red. TN Kolesnikovoy. Ekaterinburg: Izd. CB [Collection of scientific works edited by TN Kolesnikova. Ekaterinburg: Publishing House SV]. 1996;109-113.
 37. Beznoshchenko GB. Etapnost vedeniya bolnykh s opukholevymi obrazovaniyami pridatkov matki na fone VMS [Management stages of patients with tumor formations of the uterine appendages on the background of IUDs' use]. Materialy vserossiyskoy yubileynoy nauchno-practicheskoy konferentsii, posvyashennoy 70-letnemu yubileyu gorodskoy klinicheskoy bolnitsy № 1 g. Novokuznetska, 25-26 noyabrya 1999 g. – Novokuznetsk, [Materials of the all-Russian scientific and practical conference dedicated to the 70th jubilee of the City Clinical Hospital No. 1 of the city of Novokuznetsk, 25th-26th of November, 1999 – Novokuznetsk]. 1999;286.
 38. Budanov PV. Problemy effektivnosti terapii vospalitelnykh zabollevaniy organov malogo taza v ginekologii [Problems of therapeutical efficiency in inflammatory diseases of the pelvic organs in gynecology]. *Lechashchii vrach [Attending physician]*. 2006;10:92-94.
 39. Buyanova SN, Shhukina NA, Gorshilin AV. Reproduktivnyy prognoz u bolnykh s gnoynymi vospalitelnyimi zabollevaniyami organov malogo taza: problemy i resheniya [Reproductive prognosis in patients with purulent inflammatory diseases of the pelvic organs: problems and solutions]. *Ross. vestn. akushera-ginekologa [Russian bulletin of the obstetrician-gynecologist]*. 2009;9(2):65-68.
 40. Gorin VS, Saginor ME, Maltinskaya NA, et al. Printsipy diagnostiki i terapii gnoynnykh vospalitelnykh zabollevanii pridatkov matki [Diagnostics and treatment principles of purulent inflammatory diseases of the uterine appendages]. *Ross. vestn. akushera-ginekologa [Russian bulletin of the obstetrician-gynecologist]*. 2008;5:30-38.
 41. Ginekologiya (natsionalnoe rukovodstvo) / Pod red. VI Kulakova, IB Manukhina, GM Savelievoy [Gynecology (national guidelines) / edited by VI Kulakov, IB Manukhin, GM Savelieva]. M.: GEOTAR-Media, 2007;1072.
 42. Dukhin AO, Sadvaksova BB. Sovremennye aspekty lechebnoy taktiki gnoynnykh vospalitelnykh zabollevanii organov malogo taza [Contemporary aspects of therapeutical management of purulent inflammatory diseases of pelvic organs]. *Problemy reproduksii [Problems of reproduction]*. 2008;Special issue:281-282.
 43. Evseev AA, Boginskaya LN, Protopopova LO, et al. Sovremennye printsipy diagnostiki i lecheniya ostrykh vospalitelnykh zabollevaniy pridatkov matki [Contemporary principles of diagnosis and treatment of acute inflammatory diseases of uterine appendages]. *Akush. i ginek [Obstet. and gynec.]*. 2003;2:32-36.
 44. Emelyanova NV. Profilaktika oslozhnennykh form vospalitelnykh obrazovaniy pridatkov matki s uchedom faktorov riska razvitiya patologii [Prophylaxis of complicated forms of inflammatory processes of the uterine appendages, considering the risk factors for pathology development]: Avtoref. diss. kand. med. nauk [Synopsis of the thesis of the candidate in medical sciences]. 2008;22.
 45. Esayan NK. Znachenie ekhografii v differentsialnoy diagnostike tuboovarialnykh obrazovaniy neopukholevyy etologii [Importance of echography in the differential diagnosis of tubo-ovarian processes of non-neoplastic etiology]: Avtoref. diss. kand. med. nauk [Synopsis of the thesis of the candidate in medical sciences]. 2009;22.
 46. Etsko LA, Dyug VM, Rotaru LI. Reabilitatsiya ginekologicheskikh bolnykh perenesshikh khirurgicheskikh vmeshatelstva [Rehabilitation of gynecologic patients, previously subjected to surgical interventions]. Sb. Aktualnye voprosy kurort. i reabilit. [Collection. Contemporary issues of resort rehabilitation]. 1990;90-91.
 47. Ishhenko AI, Bryunin DV. Endochirurgicheskoe lechenie tazovykh abscessov u jenshchin reproduktivnogo vozrasta. [Endosurgical treatment of pelvic abscesses in women of reproductive age]. *Endoskopicheskaya khirurgiya [Endoscopic surgery]*. 2002;43-46.

48. Kondranina TG, Gorin VS. Osobennosti vospalitel'noy reaktsii pri gnoynykh vospalitel'nykh zabolevaniyakh pridatkov matki [Particularities of the inflammatory reactions in purulent inflammatory diseases of the uterine appendages]. *Vopr. akusherstva, ginekologii i perinatologii [Issues of obstetrics, gynecology and perinatology]*. 2010;5:35-39.
49. Korotkikh IN. Sravnitel'naya kharakteristika khirurgicheskogo lecheniya bolnykh tuboovarialnyimi obrazovaniyami laparoskopicheskimi i laparotomicheskimi dostupom [Comparative characteristics of the surgical treatment of patients with tubo-ovarian processes by laparoscopic and laparotomic access]. *Sovremennye tekhnologii v diagnostike i lechenii ginekologicheskikh zabolevaniy: mater. mejdunar. kongr. [Contemporary technologies in the diagnosis and treatment of the gynecologic diseases: materials of the international congress]*. 2004;255-256.
50. Krasnopolskiy VI, Buyanova SN, Shkhukina NA. Gnoynye vospalitel'nye zabolevaniya pridatkov matki [Purulent inflammatory diseases of the uterine appendages]. M.: ME/Inpecc [MEDpress], 1999;223.
51. Krasnopolskiy VI, Buyanova SN, Shkhukina NA. Gnoynaya ginekologiya [Purulent gynecology]. M.: ME/Inpecc [MEDpress], 2006;304.
52. Krasnopolskiy VI. Reprodukivnyy prognoz u bolnykh s gnoynymi VZOMT: resheniya problem [Reproductive prognosis in patients with purulent inflammatory diseases of the pelvic organs: solving problems]. *Problemy reproduktivnoy [Problems of reproduction]*. 2008;Spets. vyp. [Special edition];290-291.
53. Kulakov VI, Gasparov AS, Kosachenko AG. Sovremennaya kontseptsiya okazaniya pomoshchi bolnym s ostrymi ginekologicheskimi zabolevaniyami [The modern concept of medical care of patients with acute gynecological diseases]. *Akush. i gin [Obstet. and gynec.]*. 2006;2:45-48.
54. Kuchinskaya NV. Osobennosti klinicheskogo techeniya i vrachebnoy taktiki pri vospalitel'nykh zabolevaniyakh pridatkov matki u seksualno-aktivnykh devushek-podrostkov (kliniko-eksperimental'noe issledovanie) [Particularities of clinical treatment and medical tactic in inflammatory diseases of the uterine appendages in sexually active adolescents (clinical-experimental study)]: Avtoref. diss. kand. med. nauk [Synopsis of the thesis of the candidate in medical sciences]. Barnaul, 2006;23.
55. Lyspak EV. Transvaginal'naya ekhodooplerografiya u zdorovykh jenshin reproduktivnogo perioda [Transvaginal echodopplerography in healthy women of reproductive age]: Avtoref. diss. kand. med. nauk [Synopsis thesis of the candidate in medical sciences]. Tomsk, 2006;32.
56. Makarov OV, Khashukoeva AZ. Bakterialnyy vaginoz: novye vozmozhnosti diagnostiki [Bacterial vaginosis: new diagnostic possibilities]. *Vestn. Ross. assots. akusherov-ginekologov [Bulletin of the Russian association of obstetricians-gynecologists]*. 2006;4:93-97.
57. Manyukhina IA, Evseeva AA, Boginskaya LB. Organosokhranyayushhie operatsii po povodu ostryykh vospalitel'nykh zabolevaniy pridatkov matki. Blizhayshie rezultaty [Organ-saving operations in acute inflammatory diseases of the uterine appendages. Latest results]. Mat. IX Forum "Mat i ditya" [Materials of the IXth Forum "Mother and Child"]. 2007;458-459.
58. Ozerskaya IA, Belousov MA, Ageeva MI. Chastota i kharakter ekhograficheskikh i dopplerograficheskikh priznakov vospalitel'nykh zabolevaniy pridatkov matki [Frequency and character of the echographic and dopplerographic signs of the inflammatory diseases of the uterine appendages]. *Ul'trazvukovaya i funktsion. diagnostika [Ultrason. and function. diagnosis]*. 2003;3:42-55.
59. Paladi GA, Chernetskaya OS. Mediko-sotsialnye aspekty reproduktivnoy funktsii jenshin v Moldove: Puti razvitiya sovremennoy ginekologii. Plenum mejvedomstven. nauchn. sojeta i vsrossiyskoy nauch. prakt. konfer [Medical-social aspects of the reproductive function of Moldavian women: the ways of development in contemporary gynecology. Plenum of the Interdepartmental Scientific Council and All-Russian Scientific and Practical Conference]. M., 1995;31.
60. Pankova EO. Sovremennye podkhody k diagnostike i lechebnoy taktike gnoyno-vospalitel'nykh zabolevaniy jenskikh polovykh organov [Contemporary approaches to the diagnosis and treatment tactics of purulent inflammatory diseases of female genital organs]: Avtoref. diss. kand. med. nauk [Synopsis of the thesis of the candidate in medical sciences]. Barnaul, 2004;24.
61. Pekarev OG, Marinkin IO, Ershov VN, et al. Konservativnyy podkhod k lecheniyu gnoynykh obrazovaniy pridatkov matki. Novye metody diagnostiki i lecheniya zabolevaniy i upravleniya v meditsine. Mater. nauch. prakt. konf. [Conservative approach to the treatment of purulent processes of the uterine appendages. New methods of diagnosis, disease treatment and medical management. Materials of the scientific practical conference]. Novosibirsk: GOKB, 1997;197-199.
62. Podzolkova NM, Glazkova OL. Simptom. Sindrom. Diagnoz [Symptom. Syndrome. Diagnosis]. M.: GEOTAR-Media, 2005;520.
63. Podshevelev DP, Bystritskaya TS, Kiseleva GG. Kompleksnaya terapiya i reabilitatsiya devochek-podrostkov s ostrymi vospalitel'nyimi zabolevaniyami pridatkov matki [Complex treatment and rehabilitation of adolescents with acute inflammatory diseases of the uterine appendages]. *Problemy reproduktivnoy [Problems of reproduction]*. 2008;Spets. vyp. [Special edition];170-171.
64. Protasova IN. Osobennosti techeniya i lecheniya gnoynykh vospalitel'nykh zabolevaniy pridatkov matki, razvivshikhysya pri primenenii vnutrimatochnoy kontratsepsii [Particularities of evolution and treatment of purulent inflammatory diseases of the uterine appendages, developed as a result of intrauterine contraception use]: Avtoref. diss. kand. med. nauk [Synopsis of the thesis of the candidate in medical sciences]. 2007;24.
65. Savelyeva GM, Antonova LV. Ostrye vospalitel'nye zabolevaniya vnutrennikh polovykh organov u jenshin [Acute inflammatory diseases of the internal genital organs in women]. M.: Meditsina, 1987;158.
66. Savelyeva GM, Antonova LV, Evseev AA, et al. Novye podkhody v diagnostike i lechenii vospalitel'nykh zabolevaniy pridatkov matki [New approaches to the diagnosis and treatment of the inflammatory diseases of the uterine appendages]. *Vestnik RAMN*. 1997;2:12-16.
67. Savelyeva GM. Laparoskopicheskaya khirurgiya v ginekologii: diskussionnye voprosy [Laparoscopic surgery in gynecology: discussion issues]. V: *Sovremennye tekhnologii v diagnostike i lechenii ginekologicheskikh zabolevaniy: Mater. nauch. trudov. Pod red. VI Kulakova, LV Adamyana*. M.: PANTORI [In: Modern technologies in the diagnosis and treatment of gynecological diseases: Materials of the scientific works, edited by VI Kulakov, LV Adamyana. M.: PANTORI]. 2004;33-34.
68. Sidorova IS, Makarova IO, Sheshukova NA. Vospalitel'nye zabolevaniya vnutrennikh polovykh organov u jenshin [Inflammatory diseases of the internal genital organs in women]. M.: Prakticheskaya meditsina [Practical medicine], 2007;80.
69. Strachunskiy LS, Kozlov SN. Sovremennaya antimikrobnaya khimioterapiya: prakticheskoe rukovodstvo [Modern antimicrobial chemotherapy: practical guidelines]. M.: Borges, 2002;432.
70. Strijakov AN, Podzolkova NM. Gnoynye vospalitel'nye zabolevaniya pridatkov matki [Purulent inflammatory diseases of the uterine appendages]. M.: Meditsina, 1996;254.
71. Strijakov AN. Klinicheskaya transvaginal'naya ekhografiya [Clinical transvaginal echography]. M.: Meditsina, 1997.
72. Strijakov AN, Davydov AI, Belotserkovtseva LD, et al. Klinicheskoe rukovodstvo po miniinvazivnoy khirurgii v ginekologii [Clinical guidelines in the miniinvasive surgery in gynecology]. M.: Meditsina, 2002;123.
73. Totchiev GF, Semyatov SM. Operativnoe lechenie gnoynykh tuboovarialnykh obrazovaniy na fone VMK v reproduktivnom vozraste [Surgical treatment of purulent tubo-ovarian processes on the background of intrauterine contraception in reproductive age]. *Vestnik Ross. un-ta drujby narodov. Ser. eksperim. profilakt. i trop. Meditsina [Bulletin of the Russian University of Peoples' Friendship. A series of Experimental Prophylaxis and Tropical Medicine]*. 2000;3:126-129.
74. Uvarov YuM. Klinika, diagnostika i lechenie gnoynykh tuboovarialnykh opukholey [Clinical picture, diagnosis and treatment of purulent tubo-ovarian tumors]. *Klin. Meditsina [Clin. Medicine]*. 2000;6:173-177.
75. Filgus TA. Diagnostika i taktika vedeniya bolnykh s gnoynymi tuboovarialnyimi pridatkovymi obrazovaniyami [Diagnosis and management tactics of patients with purulent tubo-ovarian processes]. *Nauch. vestn. Tyumen. meditsinskoy akademii [Scient. Bulletin. of the Medical Academy of Tyumen]*. 2001;1(Spets. vyp. [Special edition]);116-123.
76. Khatuntseva IG. Laparoskopicheskaya tekhnologiya v diagnostike i lechenii ostryykh ginekologicheskikh zabolevaniy u devochek [Laparoscopic technologies in the diagnosis and treatment of acute gynecological diseases in girls]. *Endoskop. Khirurgiya [Endoscop. surgery]*. 2002;3:83-84.
77. Khachkuruzov SG. UZI v ginekologii. Semiotika, diagnosticheskie trudnosti i oshibki [USG in gynecology. Semiotics, diagnostic difficulties and errors]. Saint Petersburg: Izd. Elbi SPb [Saint Petersburg: Publishing House Elbi SPb], 1998-1999;656.
78. Yaglov VV. Vospalitel'nye zabolevaniya organov malogo taza [Inflammatory diseases of the pelvic organs]. *Ginekologiya [Gynecology]*. 2001;3(3):93-97.