



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA**

Abcese ale cavității pelviene la copil

Protocol clinic național

PCN-309

Chișinău, 2018

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 22.11.2017, proces verbal nr.4**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii
Moldova nr. 109 din 26.01.2018 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Abcese
ale cavității pelviene la copil”**

Elaborat de colectivul de autori:

Gudumac Eva	USMF „Nicolae Testemițanu”
Irina Livșiț	USMF „Nicolae Testemițanu”
Jana Bernic	USMF „Nicolae Testemițanu”
Nadejda Andronic	USMF „Nicolae Testemițanu”
Natalia Cojușneanu	IMSP IM și C

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavii	Catedră farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ghenadie Curocichin	Catedra medicina de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Valentin Gudumac	Catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vladislav Zara	Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Diana Grosu-Axenti	Compania Națională de Asigurări în Medicină

CUPRINS:	
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii	4
A.3. Utilizatorii	4
A.4. Scopurile protocolului	4
A.5. Data elaborării protocolului	5
A.6. Data următoarei revizuirii	5
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	5
A.8. Definițiile folosite în document	5
A.9. Informația epidemiologică	5
B. PARTEA GENERALĂ	6
B1. Nivelul de asistența medicală primară	6
B2. Nivel de asistența medicală de urgență	6
B3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (chirurg-pediatru).....	7
B.4. Nivelul de asistență medicală spitalicească (Spitalul Raional).....	7
B.5. Nivelul de asistență medicală spitalicească (IMșiC).....	8
C.1. ALGORITMI DE CONDUCĂRE	9
C. 1.1. Algoritm de diagnostic	9
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	10
C.2.1. Clasificarea	10
C.2.2. Factorii de risc	10
C.2.3. Conduita pacientului	10
C.2.3.1. Anamneza	10
C.2.3.2. Examenul fizic	10
C.2.3.3. Investigațiile paraclinice	11
C.2.3.4. Diagnosticul diferențial.....	12
C.2.3.5. Complicații	12
C.2.3.6. Criteriile de spitalizare	12
C.2.3.7. Tratamentul	13
C.2.3.8. Prognostic	14
C.2.3.9. Supravegherea pacienților	14
C.2.3.10. Managementul pacientului în condițiile transferului	15
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	15
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	18
Anexa 1. Ghid pentru pacienți și părinți	18
Anexa 2. Fișa standardizată de audit bazat pe criteriile pentru PCN	19
BIBLIOGRAFIA	21

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ACP	Abcese ale cavității pelviene
IMșiC	Institutul Mamei și Copilului
Ro"-grafia	radiografie
TI	Terapie intensivă
CT	Tomografie computerizată
RMN	Rezonanța magnetonucleară

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional „ Abcese ale cavității pelviene la copii” a fost elaborat de un grup de colaboratori științifici sub conducerea D-nei Eva Gudumac, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Academician al AȘ RM, Om Emerit, șef catedra Chirurgie, Ortopedie și Anesteziologie pediatrică al USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul Național Științifico-practic Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”.

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința catedrei de Chirurgie, Ortopedie și Anesteziologie Pediatrică USMF „Nicolae Testemițanu”, șef catedră, d.h.m, profesor universitar, academician AȘM, Eva Gudumac.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Abces ale cavității pelviene

Exemple de diagnostic clinic:

Abces al organelor genitale interne. Abces ovarian

Abces apendicular

A.2. Codul bolii (CIM 10)

K 73 Abces organelor genitale

K 35.1 Abcesul apendicular

A.3. Utilizatorii

- Oficiile medicilor de familie (medici de familie, asistente medicale de familie)
- Centrele de sănătate (medici de familie)
- Centrele medicilor de familie (medici de familie)
- Instituțiile/secțiile consultative raionale și municipale (medici chirurg-pediatru, chirurg pentru adulți, pediatri)
- Asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, pediatric, chirurg-pediatru, chirurg pentru adulți)
- Secții de pediatrie ale spitalelor raionale, municipal și republican (medici pediatri)
- Centru de chirurgia pediatrică, reanimare și terapie intensivă ale spitalelor municipale și republicani (medici chirurg-pediatru și reanimatologi)

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului

1. A ameliora situația ținând cont de depistarea tardivă a bolnavilor cu abcese ale cavității pelviene prin sporirea ponderii depistării precoce a procesului.
2. A ameliora calitatea examinării clinice, paraclinice și de tratament al copiilor cu abcese ale cavității pelviene
3. A îmbunătăți diagnosticarea și acordarea asistenței necesare la etapa primară spitalicească la copii cu abcese ale cavității pelviene.
4. Crearea condițiilor favorabile cu argumentarea spitalizării copiilor cu abcese ale cavității pelviene în secția chirurgie septică, chirurgie urgentă sau reanimare, TI cu profilaxia complicațiilor psihologice.
5. Ameliorarea calității tratamentului chirurgical a copiilor cu abcese ale cavității pelviene

6. Reducerea maximală a complicațiilor precoce și tardive după tratamentul copiilor cu abcese ale cavității pelviene.
7. A ameliora rezultatele imediate ale tratamentului chirurgical la bolnavii cu abcese ale cavității pelviene


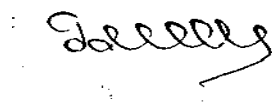


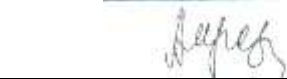



A.5. Data elaborării protocolului: 2018

A.6. Data următoarei revizuirii: 2020

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

Numele	Funcția deținută
Eva Gudumac	d.h.ș.m., profesor universitar, Academician al AȘ RM, Om Emerit, șef catedra Chirurgie, Ortopedie și Anesteziologie pediatrică al USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul Național Științifico-Practic Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”
Irina Livșiț	Medic ordinator, chirurg-pediatru, doctoranda
Jana Bernic	d.h.ș.m. profesor universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”
Nadejda Andronic	d.h.ș.m., conf., USMF „Nicolae Testemițanu”
Natalia Cojușneanu	d.ș.m., chirurg-pediatru, director pe chirurgie IM și C

Protocolul a fost discutat și aprobat

Denumirea/instituția	Persoana responsabilă - semnătura
Comisia științifico-metodică de profil „Chirurgie”	
Catedra de Chirurgie, Anesteziologie și Reanimare Pediatrică. USMF „Nicolae Testemițanu”	
Asociația Medicilor de Familie din RM	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de Experti al MS RM	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	
Centrul Național de Sănătate Publică	

A.8. Definițiile folosite în document

Abcesul apendicular reprezintă un bloc de anse și epiplon ce înconjoară apendicele perforat și delimitează o colecție de puroi fetid. Formațiunea se conturează în jurul cecului, retrocecal, medial de cec, sub cec.

Abcesele pelviene, abcesele spațiului Douglas sunt colecții a lichidului purulent în spațiul recto-uterin la fete sau recto-vezical la băieți

Formațiunea purulentă tuboovariană este rezultatul lezării purulente a trompei uterine și ovarului cu formarea unor cavității unice, care este circumflexă cu o capsulă piogenă.

Copil: persoane cu vârsta egală sau mai mică de 18 ani.

Recomandabil: nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual

A.9. Informația epidemiologică

Cauzele abceselor ale cavității pelviene sunt: apendicita acută perforată cu sediu pelvin și inflamația organelor localizate în regiunea pelviană.

Infiltratul sau plastronul apendicular este o complicație frecventă a apendicitei acute la copii (1,2-9,8%) și constă dintr-un conglomerat de anse și epiplon circumscriind apendicele, total transformat într-o masă tumorală palpabilă la peretele abdominal și prin tușeul rectal. În 4,1-28% din cazuri evoluează spre abcedare. Răspândirea infecției între organele cavității abdominale la copii este favorizată de dezvoltarea slabă a omentului, în legătura cu ce organismul nu poate delimita focarul purulent.

Factor causal etiologic al procesului purulent tuboovarian este flora multimicrobiană. În patogeneză predomină infectarea pe calea ascendentă din etajele inferioare ale organelor genitale. Totodată, răspândirea infecției poate fi și din zonele extragenitale, în special în stadiile avansate ale apendicitei. Migrarea procesului inflamator poate fi pe plicurile peritoneului, între mezoul apendicular și anexe uterine drepte. Aici se localizează anastomozele între vasele sangvine și limfatice a intestinului gros și anexelor uterine drepte.

B. PARTEA GENERALĂ

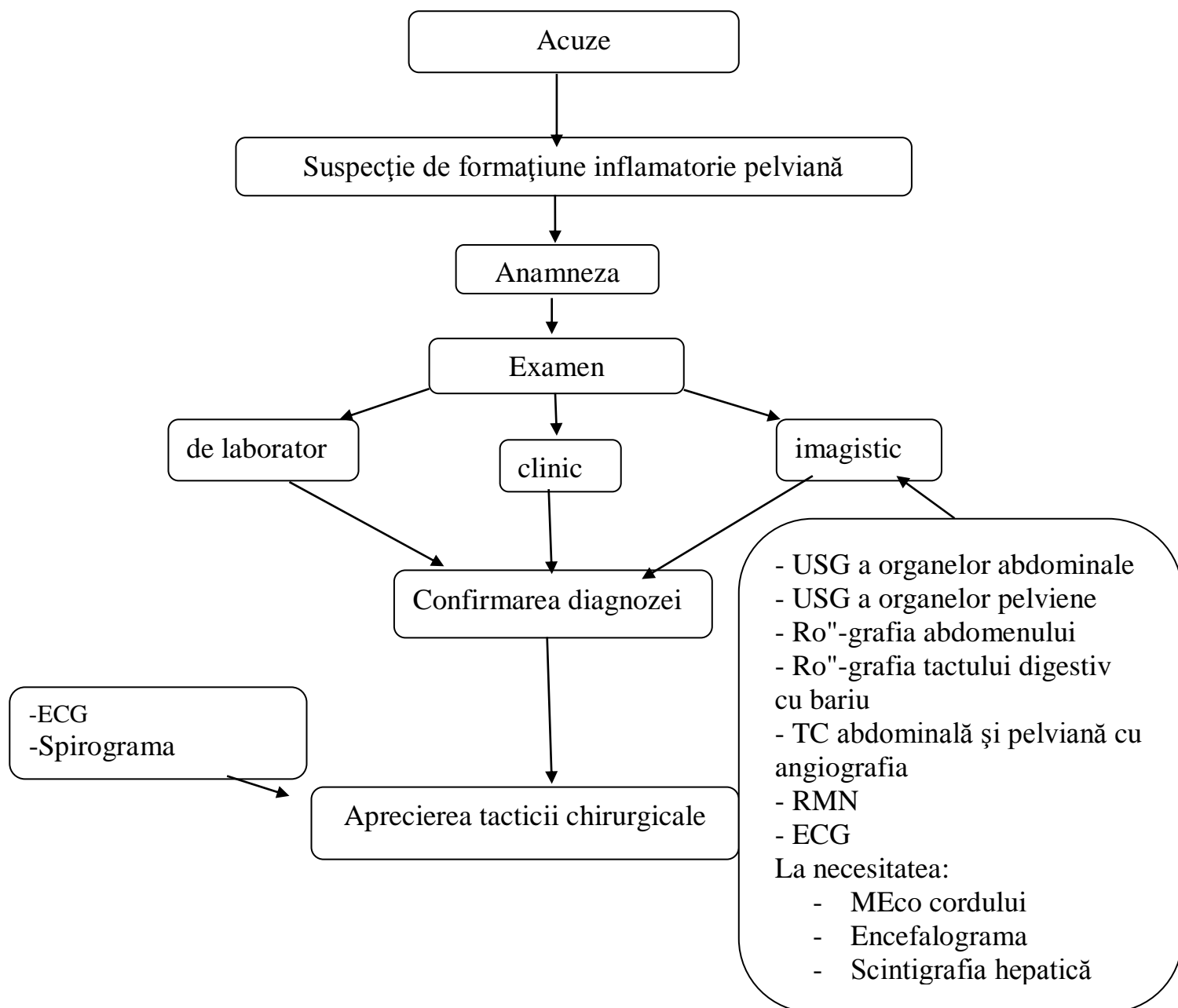
B.1. 1. Nivelul de asistență medicală primară		
Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	I	III
1. Suspectarea abceselor cavității pelviene	Suspectarea permite depistarea precoce a abceselor cavității pelviene.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza atentă (caseta 2,3) • USG organelor abdominale și pelviene (Tabelul 1,2)
2. Diagnosticul		
2.1 Diagnosticul preliminar al abceselor cavității pelviene	Diagnosticul precoce a abceselor cavității pelviene permite inițierea tratamentului și reducerea evoluției nefavorabile a proceselor supurative, care pot duce la invaliditate și deces	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (caseta 3) • Examenul obiectiv (caseta 4,5) • Examenul de laborator (Tabelul 1) • USG organelor abdominale și pelviene (Tabelul 2) • Diagnosticul diferențial (caseta 6)
Deciderea consultației specialiștilor și spitalizării		Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Toți copiii cu suspecție la abces ale cavității pelviene necesită consultația medicului specialist chirurg-pediatru • Evaluarea criteriilor de spitalizare
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul simptomatic		Necesită tratament în staționar
3. Supravegherea		Necesită îndreptare în staționar
B.2. Asistența medicală de urgență		
1. Suspectarea Abceselor ale cavității pelviene	Suspectarea permite depistarea precoce a abceselor ale cavității pelviene.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza atentă (caseta 2)
2. Diagnosticul		
2.1 Diagnosticul preliminar al abceselor cavității pelviene	Diagnosticul precoce a abceselor cavității pelviene permite inițierea tratamentului și reducerea evoluției nefavorabile a proceselor supurative, care pot duce la invaliditatea și deces	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (caseta 2,3) • Examenul obiectiv (caseta 4,5) • Diagnosticul diferențial (caseta 6)
Deciderea consultației specialiștilor și spitalizării		Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Toți copiii cu suspecție la abces ale cavității pelviene necesită consultația medicului specialist chirurg-pediatru • Evaluarea criteriilor de spitalizare
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul simptomatic		La necesitatea: <ul style="list-style-type: none"> • Antalgici

		<ul style="list-style-type: none"> • Terapia de detoxicare
4. Supravegherea		Necesită internarea în staționar
B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (chirurg-pediatru)		
1. Suspectarea abceselor ale cavității pelviene	Suspectarea permite depistarea precoce a abceselor cavității pelviene la copil	Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza atentă (<i>caseta 3</i>) • USG organelor abdominale și pelviene
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea patologiei cavității pelviene	Diagnosticul precoce a abceselor cavității pelviene permite inițierea tratamentului și reducerea evoluției nefavorabile a proceselor supurative, care pot duce la invaliditate și deces	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (<i>caseta 2,3</i>) • Examenul obiectiv (<i>caseta 4,5</i>) • Examenul de laborator (<i>Tabelul 1</i>) • USG organelor abdominale și pelviene (<i>Tabelul 2</i>) • Diagnosticul diferențial (<i>caseta 6</i>) Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> • Consultația altor specialiști (pediatru, ginecolog, alt.)
3. Tratamentul trebuie să fie în condițiile staționarului		
4. Supravegherea contraindicată		
B.4. Nivelul de asistență medicală spitalicească (Spitalul Raional)		
1. Spitalizarea	Vor fi internați copiii care prezintă cel puțin un criteriu pentru spitalizare.	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • În secțiile de reanimare și terapie intensivă se vor spitaliza copii cu abcese ale cavității pelviene în stare foarte gravă, cu dereglări organice și schimbări în analizele biologice, postoperator cei care au suportat intervenție chirurgicală. • Pacienți în starea stabilă necesită transferarea în secție de chirurgie septică la IM și C
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de abcese ale cavității pelviene	Diagnosticarea precoce ale abceselor cavității pelviene permite inițierea cât mai precoce a tratamentului adecvat și reducerea ratei invalidității	Investigații obligatorii: <ul style="list-style-type: none"> • Colectarea anamnezei (<i>caseta 2,3</i>) • Examenul clinic general și local (<i>caseta 4,5</i>) • Examenul imagistic (<i>Tabelul 1,2</i>) • Examenul de laborator (<i>Tabelul 1,2</i>) • Diagnosticul diferențial (<i>caseta 6</i>)
3. Tratamentul		
3.1 Tratamentul chirurgical	Tratarea abceselor cavității pelviene prin metode chirurgicale	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Pregătirea preoperatorie (<i>caseta 11</i>)

4. Externarea, tratament continuu (caseta 14)		Extrasul obligatoriu va conține: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul definitiv • Rezultatele investigațiilor efectuate. • Descrierea detaliată a tratamentului efectuat.
B.5. Nivelul de asistență medicală spitalicească (IM și C)		
1. Spitalizarea	Vor fi internați copiii care prezintă cel puțin un criteriu pentru spitalizare.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Pacienții cu abcese ale cavității pelviene se vor spitaliza în secția specializată de chirurgie septică a IM și C. (caseta 8) • În secțiile de reanimare și terapie intensivă se vor spitaliza copii cu abcese ale cavității pelviene în stare foarte gravă, cu dereglări organice și schimbări în analizele biologice, postoperator cei care au suportat intervenție chirurgicală.
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de abcese ale cavității pelviene	Diagnosticarea precoce a abceselor cavității pelviene permite inițierea cât mai precoce a tratamentului adecvat și reducerea ratei invalidității	Investigații obligatorii: <ul style="list-style-type: none"> • Colectarea anamnezei (caseta 2,3) • Examenul clinic general și local (caseta 4,5) • Examenul imagistic (Tabelul 1,2) • Examenul de laborator (Tabelul 1) • Diagnosticul diferențial (caseta 6) • Evaluarea riscului complicațiilor (caseta 7,8) Recomandabil: Consultul altor specialiști (anesteziolog, cardiolog, urolog, ginecologi, oncologi etc.)
3. Tratamentul		
3.1 Tratamentul chirurgical	Tratarea abceselor cavității pelviene prin metode chirurgicale	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Aprecierea tehnicii de tratament (indicațiile pentru tratamentul chirurgical) (caseta 9,10) • Pregătirea preoperatorie (caseta 11) • Intervenția chirurgicală sub anestezie generală • Conduita postoperatorie (caseta 11)
4. Externarea, tratament continuu și supraveghere		Extrasul obligatoriu va conține: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul definitiv cu confirmarea morfologică. • Rezultatele investigațiilor efectuate. • Descrierea detaliată a tratamentului efectuat. • Recomandări explicite pentru pacient și părinți. • Recomandări pentru medicul de familie (caseta 12, 13)

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C. 1.1. Algoritmul de tratament



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 1. Clasificarea abceselor organelor pelviene

1. Abcese provocate de apendicită acută
2. Abcese provocate de maladii purulento-infecțioase a organelor genitale interne

C.2.2. Factorii de risc

Caseta 2. Factori de risc

- Prezența maladiilor infecțios-purulente în anamneză
- Maladii infecțioase în antecedente: tonzilită cronică, piodermie, IRVA
- Apendicită subacută

C.2.3. Conduita pacientului

C.2.3.1. Anamneza

Caseta 3. Anamneza copilului cu abcese ale organelor pelviene

- Maladii infecțioase suportate pe parcursul ultimilor 3-6 luni
- Timpul prezenței dureri abdominale și evoluția ei
- Viața sexuală la fete
- Maladii ginecologice suferite sau pentru care copilul se află la evidență

C.2.3.2. Examenul fizic

Caseta 4. Simptoamele generale:

- ☞ Slăbiciunea generală, care se agravează în dinamica
- ☞ Febra înaltă (până la 39-40°C) sau de tip hectic
- ☞ Frison
- ☞ Cefalee
- ☞ Pofta de mâncare scăzută
- ☞ Tahicardie
- ☞ Grețuri, vome
- ☞ Labilitatea emoțională
- ☞ Diareea sau scaun cu mucozități
- ☞ Disurie
- ☞ Eliminări vaginale și/sau uretrale
- ☞ Pozitia forțată

Caseta 5 Simptomele locale

- ☞ Dureri abdominale localizate în regiunea hipogastrică bilateral sau pe o parte
- ☞ Iradierea durerii în regiunea lombară, rect sau femur pe partea afectată
- ☞ Intensificarea durerii la mers, în timpul defecației sau urinării
- ☞ Prezența unei formațiuni palpabile în abdomen:
 - ~ Slab mobilă
 - ~ Dureroasă la palpare
 - ~ Cu contur șters
 - ~ Se mărește și se ramoli cu timp
- ☞ La tușeu rectal: durerea; posibil determinarea unei formațiuni; bombarea, edem și fluctuație

C.2.3.3. Investigațiile paraclinice

Tabelul 1. Examenul paraclinic	
Analiza generală de sânge	O
Analiza sumară de urină	O
Indicii coagulogramei (timpul de coagulare, TTPA, protrombina, fibrinogenul, D-dimerii)	O
Biochimia sângelui <ul style="list-style-type: none"> ▪ Proteina totală ▪ Proteina C-reactivă ▪ Ureea ▪ Creatinină ▪ Bilirubina totală și fracțiile ei ▪ ALT, AST ▪ Glucoza ▪ LDH ▪ Ionograma serică (K,Na,Ca,Cl) 	
Grupa sangvină și Rh-factor	O
Analiza sângelui la HIV/SIDA	O
Reacția Wassermann	O
Examen ultrasonografic a organelor abdominale și pelviene, radiografia panoramică a organelor abdominale	O
ECG	O
Examenul microbiologic (fluide patologice, unde este necesar hemocultura, etc.) și antibioticogramă	O
La necesitate: TC organelor bazinului mic cu angiografie, RMN, irigoscopia, laparoscopia diagnostică	R

Tabelul 2. Investigații imagistice			
Investigație	Avantaje	Grad	Nivel
		de dovezi	
<i>USG abdominală și pelviană</i>	– metoda neinvazivă, poate fi efectuată chiar la patul pacientului, cât și în dinamică, în particular. Se apreciază o formațiune tumorală, cu dimensiunile și marginile șterse, un proces aderențial intraabdominal, lichid liber	A	Ia
<i>Ro"-grafia abdominală panoramică</i>	- poate indica la: ocluzie intestinală parțială, prezența aerului, nivelul hidric, deplasarea organelor abdominale, colecții lichidiene, etc.	B	Ila
<i>Ragiografia tactului digestiv cu bariu</i>	- ne indică la aglutinarea la infiltratul inflamator și deplasarea organelor interne .	C	IV
<i>CT organelor abdominale și pelviană cu aortografie</i>	– se determină localizarea, forma, dimensiunile, conturile formațiunii, deplasarea și aderarea la organele învecinate, starea sistemului urinar.	A	Ia
<i>Laparoscopia diagnostică</i>	– ajută vizualizare procesul aderențial; localizarea formațiunii patologice la copil este dificilă din cauza	C	IV

	volumului mic a cavității pelviene și prezentă procesului aderențial.		
--	---	--	--

C.2.3.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 6. Diagnosticul diferențial

Chist ovarian torsionat, inflammat sau necotizat

- În anamneza : poate fi pus diagnosticul de chist ovarian
- Durerea acută periodică în etajul inferior a abdomenului, se intensifică după efort fizic, fiind asociată cu grețuri și vomă
- Paliditatea pielii și mucoaselor vizibile
- Transpirație rece
- La palparea profundă și percuția regiunii suprapubiene poate releva o sensibilitate_ fie o formațiune sugerând prezența unei tumori (examinarea se face după golirea vezicii urinare)
- La tușeul rectal se determină o formațiune de forma rotundă, suprafața regulată, la dislocare dureroasă

Apendicită acută pelviană (apendice pelvin inflammat sau perforat)

- Durerea spontană intensă
- Intensificarea durerilor abdominale la compresia în regiunea fosei iliace drepte
- La tușeul rectal palparea peretelui lateral se va releva o sensibilitate dureroasă dată de un apendice inflammat
- Testul rotator al coapsei va fi pozitiv când există o formațiune inflamată și aderată de fascia mușchiului obturator intern. Acest test va fi totdeauna pozitiv în caz de apendicită perforată, abces pelvin sau un hematom sau când se acumulează lichid inflamator în pelvis

Diverticulită

- Durerea spastică în regiunea paraombilicală
- Semne de ocluzie intestinală parțială

Pelvioperitonită, peritonită pelviană

- Din anamneză : prezența maladii inflamatorii a organelor genitale interne
- Durerea pe regiunea inferioară a abdomenului (regiunea suprapubiană)

Abces pelvian

- La tușeul rectal – bombarea peretelui rectal anterior se va diferenția de încastrarea joasă a unei fecalom

C.2.3.5. Complicații:

Caseta 7. Complicații

- Ruperea formațiunii tumorale în cavitatea abdominală dezvoltă peritonita
- Ruperea lui în organele cavitare duce la formare fistulei interne intestinale, de vezica urinară sau vaginale

La momentul ruperii în organul cavitat durerea se intensifică, dar mai apoi poate apărea o senzație falsă de îmbunătățire a stării generale a pacientului.

C.2.3.6. Criteriile de spitalizare

Caseta 8. Criterii de spitalizare a copiilor cu abcese ale cavității pelviene la copil

- Toți copii cu sindrom algic abdominal cu localizarea în etajul inferior
- Toți copii cu formațiuni palpabile intraabdominale localizate în etajul inferior
- Toți copii cu datele ultrasonografice, radiologice concludente pentru formațiunea tumorală localizată în etajul inferior asociate cu sindromul dolor
- Prezența semnelor de complicațiile

C.2.3.7. *Tratamentul*

Caseta 9. Indicații absolute pentru tratamentul chirurgical:

- Riscul dezvoltării sau prezența sepsisului chirurgical abdominal
- Semne de ruptura a abcesului
- Peritonită purulentă
- Prezența fistulei interne formate

Caseta 10. Tratamentul chirurgical constă din laparotomie mediană inferioară:

- adezioliză și drenarea externă și asanarea abcesului.
- Înlăturarea ovarului, trompei uterine în cazul piovarului și abcesului trompoovarian
- Asanarea și drenarea externă a cavității abcesului cu efectuarea apendicectomiei în prezența posibilităților tehnice

Caseta 11. Tratamentul medicamentos pre- și postoperator NOTĂ

Principiul dominant în formațiunile inflamatorii este „ubi pus ibi evacuatio”–„acolo unde este puroi–înlătură”

Astfel, aspectul și volumul pregătirii preoperatorii depinde de nivelul tulburărilor funcționale, în special al metabolismului proteic.

Totodată, tratamentul postoperator depinde de caracterul și volumul intervenției chirurgicale, de starea generală a bolnavilor, de patologiile asociate care însoțesc procesul de bază. Tratamentul infuzional se efectuează timp de 5-7 zile, după caz și indicații clinice.

Produsele neînregistrate în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor vor fi marcate cu asterisc (*) și însoțite de o argumentare corespunzătoare pentru includerea lor în protocol.

- Preparate antibacteriene: Antibiotice: Gentamicinum (nou-născuți și sugari 2-5mg/kg, 1-5 ani 1,5-3,0mg/kg, 6-14 ani 3mg/kg în 2-3 prize, doza maximală 5mg/kg/zi; mai mare de 14 ani 0,8-1,2mg/kg), Cefalosporine generația III-IV: Cefotaximium sub 2 luni 25-50mg/kg/zi în 2 prize, mai mare de 2 luni 50-100mg/kg/zi în 2 prize, Cefuroximum (nou-născuț 30-100mg/kg/zi în 2-3 prize, alte 30-100mg/kg/zi în 3-4 prize), Cefepimum, Imipenemum (doar în combinație) copii mai mare de 3 luni, masa corporală sub 40kg 15mg/kg x 4ori/zi, masa corporală mai mare de 40kg – 50mg/kg în 3-4 prize etc.

Tratamentul antimicrobian inițiat empiric se va coreja în funcție de rezultatele antibiogrammei!

- Preparate antipiretice: Paracetamolum
- Preparate antihistaminice: Diphenhydraminum, Chloropyraminum, Clemastinum, Quifenadinum, Diphenhydraminum etc.
- Metronidazolium (7,5ml/kg x 3ori/zi)
- Corticosteroizi și preparate nesteroidice: Supp. Diclofenacum
- Aminoacizi (0,5mg/kg 2-3 ori/zi)
- Sol. Natrii chloridum 0,9% 200ml (5-10mg/kg/24 ore i.v.)
- Sol. Glucosum 5-10 % 200ml (5-10mg/kg/24 ore i.v.)
- Sol. Etamsylatum 12.5% 2ml (1-12mg/kg în 2 prize 3-5zile profilactic preoperator; 8-10mg/kg intraoperator; 8mg/kg postoperator)
- Sol. Acidum ascorbicum 5%

- Sol. Drotoverinum (10-20mg la copii sub 6 ani; 20mg la copii 6-12 ani; 40-80mg mai mare de 12 ani)
 - Sol. Kalii chloridum 4%
 - Sol. Calcii chloridum
 - Sol. Magnesii sulfas 25%
 - Sol. Neostigmini methyisulphas
 - Sol. Procainum 0,5%
 - Sol. Metoclopramidum (1mg/kg în 3 prize)
 - Heparini natrium
 - Metoclopramidum
 - Fluconazolium 50mg, 100mg, 150mg
 - Tocopherolum oral capsule, Acetylcysteinum
 - Simeticonum emulsie orală
 - Tinc. Valerianae radice extractum siccum
 - Lactobacillus acidophilus+Bifidobacterium infantis+Enterococcus faecium; Lactobacillus rhamnosus+Lactobacillus acidophilus
 - Sol. Dializat deproteinizat din sânge de vițel sau Hemoderivat deproteinizat din sânge de vițel
 - Lactulosum
 - Omeprozolium, Famotidinum,
 - Alumini hydroxidum+Magnesii hydroxidum, Domperidonum
 - Antiaderențiale: Combinație de enzime foarte active de originea vegetală și animală (Pancreatinum + Papainum+ Bromelinum + Trypsinum +Lipasum + Amylasum + Chymotrypsinum+ Rutosidum trihidrat)
 - Caps. Serratiopeptidasum
 - Tratatment local (Sol. Iodum, Spiritus aethylicus 70/96%, Sol.Povidoni iodidum, tifon steril)
 - Tramadolium , Dexketoprofenum, Trimeperidinum, Methoxyfluranum
 - Natrii oxybutyras
 - Mănuși nesterile și sperile
- Pară

C.2.3.8. Prognostic

Caseta 12. Prognostic

Favorabil. Restabilirea calității vieții în volum obișnuit în curs de 3 luni. Pot apărea probleme

C.2.3.9. Supravegherea pacienților

Se efectuează o dată în lună primele 6 luni, apoi o dată în 2 luni timp de 6 luni, apoi o dată în 3 luni. La necesitatea supravegherea se efectuează în comun de medicul chirurg-pediatru și ginecolog-pediatru.

Caseta 13. În programul de supravegherea se includ:

- Examenul fizic
- analiza generală a sângelui
- analiza sumară de urină
- USG organelor abdominale și pelviene

C.3.10. Managementul pacientului în condițiile transferării

Caseta 14. Managementul în conduita transferării

1. Șeful secției sau medic curant consultă pacientul cu reprezentantul clinicii în care se trimite pacientul sau în cazuri grave va fi chemată AVIA SAN.

2. Medicul curant (medic pediatru sau de familie) scrie epicriza de transfer (forma 027e), care va include obligatoriu: datele de pașaport, diagnosticul, starea pacientului, date despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor, tratamentul administrat, concluzia consiliului cu argumentarea necesității transferului, recomandărilor.

3. Pentru transportarea pacientului în altă instituție medicală (transfer extern) va fi utilizat transportul instituției în care se află pacientul, mașina AMU sau în cazuri grave cu mașina AVIA SAN

4. Pacientul este informat de către medicul curant despre necesitatea transferului la alt nivel de asistență medicală (transfer extern sau intern).

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	Personal <ul style="list-style-type: none">➤ Medic de familie➤ Asistenta medicală de familie➤ Medic de laborator➤ Medic funcționalist (CMF)
	Dispozitive medicale <ul style="list-style-type: none">– Cabinet USG (CMF)– Laborator clinic pentru aprecierea hemogramei și urinei sumare
	Medicamente: <ul style="list-style-type: none">• Preparate antibacteriene: Antibiotice: Gentamicinum, Cefalosporine generația III-IV: Cefazidimum, Aztreoman*, Cefuroximum, Cefepimum, Cefazidimum, (Imipenemum + Cilastatinum) etc.• Preparate antipiretice: Paracetamolum• Preparate antihistaminice: Diphenhydraminum, Chloropyraminum, Clemastinum, Quifenadinum, etc.
D.2. instituțiile/secțiile de asistență medicală specializată de ambulator	Personal <ul style="list-style-type: none">➤ Medic pediatru➤ Medic chirurg-pediatru➤ Asistenta medicală➤ Medic de laborator➤ Medic funcționalist
	Dispozitive medicale <ul style="list-style-type: none">– Aparat USG– aparat radiologic– Laborator clinic– Laborator biochimic

	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparate antibacteriene: Antibiotice: Gentamicinum, Cefalosporine generația III-IV: Cefazidimum, Cefuroximum, Cefepimum, Imipenemum (doar în combinație) etc. • Preparate antipiretice: Paracetamolum • Preparate antihistaminice: Diphenhydraminum, Chloropyraminum, Clemastinum, Quifenadinum, Diphenhydraminum etc. • Metronidazolium • Corticosteroizi și preparate nesteroidice: Supp. Diclofenacum • Sol. Natrii chloridum 0,9% • Sol. Glucosum 5-10 % • Sol. Etamsylatum 12.5% • Sol. Acidum ascorbicum 5% • Sol. Drotoverinum • Sol. Kalii chloridum 4% • Sol. Calcii chloridum • Sol. Magnesii sulfas 25% • Sol. Neostigmini methylsulphas • Sol. Procainum 0,5% • Sol. Metoclopramidum • Mănuși nesterile și sterile
<p>D.3. Instituțiile de asistență medicală specializată : secții chirurgie septică și reanimare ale spitalelor municipale și republicane</p>	<p>Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Medic chirurg-pediatru ➤ Medic reanimatolog ➤ Asistenta medicală ➤ Medic de laborator ➤ Medic funcționalist ➤ Medic radioimagist ➤ Medic imagist ➤ Medic anesteziolog ➤ Medic patomorfolog ➤ Medic citolog ➤ Medic microbiolog
	<p>Dispozitive/subdiviziuni medicale</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aparat USG – Aparat ECG – Cabinet CT – aparat radiologic – Laborator clinic – Laborator biochimic – Laborator citologic – Laborator patomorfologic – Laborator microbiologic – Bloc chirurgical cu tot aparataj necesar – Sala de laparoscopie cu aparataj necesar

Medicamente:

- Preparate antibacteriene: Antibiotice: Gentamicinum, Cefalosporine generația III-IV: Ceftazidimum, Cefuroximum, Cefepimum, Imipenemum etc.
- Preparate antipiretice: Paracetamolum
- Preparate antihistaminice: Diphenhydraminum, Chloropyraminum, Clemastinum, Quifenadinum, etc.
- Metronidazolium
- Corticosteroizi și preparate nesteroidice: Supp. Diclofenacum
- Aminoacizi
- Sol. Natrii chloridum 0,9%-200ml
- Sol. Glucosum 5-10 %-200ml
- Sol. Etamsylatum 12.5% -2ml
- Sol. Acidum ascorbicum 5%
- Sol. Drotoverinum
- Sol. Kalii chloridum 4%
- Sol. Calcii chloridum
- Sol. Magnesii sulfas 25%
- Sol. Neostigmini methylsulphas
- Sol. Procainum 0,5%
- Sol. Metoclopramidum
- Heparini natrium
- Metoclopramidum
- Fluconazolium 50mg, 100mg, 150mg
- Tocopherolum oral capsule, Acetylcysteinum
- Simeticonum emulsie orală
- Tinc. Valerianae radice extractum siccum
- Lactobacillus acidophilus+Bifidobacterium infantis+Enterococcus faecium , Lactobacillus rhamnosus+Lactobacillus acidophilus
- Sol. Dializat deproteinizat din sânge de vițel sau Hemoderivat deproteinizat din sânge de vițel
- Lactulosum
- Omeprazolium, Famotidinum,
- Aluminii hydroxidum+Magnesii hydroxidum, Domperidonum
- Antiaderențiale: combinația de enzime foarte active de origine vegetală și animală – (Pancreatinum + Papainum+ Bromelinum + Trypsinum +Lipasum + Amylasum + Chymotrypsinum+ Rutosidum trihidrat)
- Caps. Serratiopeptidasum
- Tratament local (Sol. Iodum, Spirtus aethylicus 70/96%, Sol.Povidoni iodidum, tifon steril)
- Tramadolium , Dexketoprofenum, Trimeperidinum, Methoxyfluranum
- Natrii oxybutyras
- Mănuși nesterile și sterile
- Pară

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A ameliora calitatea examinării clinice, paraclinice și a tratamentului copiilor cu abcese ale cavității pelvine.	Ponderea copiilor care au fost diagnosticați cu abcese ale cavității pelvine și tratați în condiții de staționat conform recomandărilor PCN „Abcese ale cavității pelvine la copil”, pe parcursul unui an. (în%)	Numărul copiilor care au fost diagnosticați cu abcese ale cavității pelvine și tratați în condiții de staționat conform recomandărilor PCN „Abcese ale cavității pelvine la copil”, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de copii care au fost diagnosticați cu abcese ale cavității pelvine și au primit tratament în condiții de staționat, pe parcursul ultimului an
2.	A reduce complicațiile tardive la copiii cu abcese ale cavității pelvine	Ponderea copiilor cu abcese ale cavității pelvine care au dezvoltat complicații tardive, pe parcursul unui an. (în%)	Numărul copiilor cu abcese ale cavității pelvine care au dezvoltat complicații tardive, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de copii cu abcese ale cavității pelvine care se află la evidența medicului de familie, medicului chirurg-pediatru pe parcursul ultimului an

ANEXA 1

Anexa 1: Ghidul pacientului cu Abcese ale cavității pelvine la copil (Ghid pentru pacienți, părinți)

Introducere

Acest Ghid descrie asistența medicală și tratamentul copiilor cu abcese ale cavității pelvine în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. În Ghid se explică indicațiile adresate pacienților ce au suspecția la abcese a organelor pelvine. Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire, diagnosticare și de tratament disponibile în Serviciul de Sănătate. Ghidul nu oferă prezentarea maladiei în detalii sau analizele și a metodelor de tratament necesare. Aceste aspecte le puteți discuta cu medicul chirurg-pediatru de referință.

Indicațiile din Ghidul pentru pacient (părinți, reprezentant legal), cuprind:

- modul în care medicul trebuie să suspectă dacă copilul are abcese ale cavității pelvine;
- modul în care pacientul sau părinte (dacă copilul este prea mic și nu poate lămuri schimbările în organism) poate evita, suspecta abcese ale cavității pelvine sau poate favoriza stabilirea precoce a diagnosticului de abcese ale cavității pelvine ;
- factorii de risc pentru dezvoltarea abceselor ale cavității pelvine, manifestările clinice ale maladiei;
- variantele de tratament modern în abcese ale cavității pelvine.

Indicațiile din Ghid conțin:

- modul în care medicii trebuie să stabilească dacă copilul are semne concludente pentru abcese ale cavității pelvine
- modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu abcese ale cavității pelvine.

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să fie în volum deplin. Aveți dreptul să fiți informat și să luați decizii împreună cu medicul care tratează copilul dumneavoastră. În acest scop, medicul trebuie să vă ofere informații pe care puteți să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea copilului Dvs. Tot personalul medical trebuie să trateze copilul DVS cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar ce este o formațiune inflamatorie a organelor bazinului mic și care este cel mai potrivit tratament pentru copilul Dvs.

Abcese organelor bazinului mic

Abcese ale cavității pelvine sunt acumularea delimitată a puroiului în spațiul vezico-uterin, rectouterin sau vezico-rectal.

Cauzele dezvoltării abceselor ale cavității pelviene la copil:

- Prezența maladiilor infecțios-purulente în anamneză
- Maladii infecțioase în antecedente: tonsilită cronică, piodermie, IRVA
- Apendicită subacută

Manifestări clinice:

Stadiile incipiente ale formării abceselor ale cavității pelvine pot fi asimptomatice sau pot fi manifestate prin dureri abdominale periodice nesemnificative, fără localizare concretă sau apariția febrei periodice. Cu timp apar dureri abdominale în etajul inferior, posibil palparea unei formațiuni dureroase în aceeași regiunea, dureri abdominale la defecație sau/și micțiune, acutizarea durerii la efort fizic, iradierea durerii în regiunea lombară, femur pe partea afectată, apar grețuri, vome, febra înaltă.

Când trebuie să vedeți un medic: trebuie să faceți o programare la medicul

dumneavoastră dacă copilul Dvs are oricare semn sau simptom care vă îngrijorează din cele enumerate mai sus, dacă durerea abdominală este acută, insuportabilă trebuie să fie chemată ambulanța sau adresați-vă de sine stătător la orice spital, preponderent în care activează medic chirurg-pediatru.

Tratament:

Singura metodă de tratament radical este corecția chirurgicală cu terapie intensivă pre-și postoperatorie.

ANEXA 2

Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru abcese ale cavității pelviene la copil.

Fisa standardizata de audit medical bazat pe criterii pentru abcese ale cavității pelviene la copil.	
Domeniul prompt	Definiții și note
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei
3.	Perioada de audit
4.	№ FM a bolnavului
5.	Medicul de reședință a pacientului
6.	Data de naștere a pacientului
7.	Sexul pacientului
8.	Numele medicului curant
9.	Patologia
INTERNAREA	
10.	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutor medical primar
11.	Data adresării primare după ajutor
12.	Data internării în spital
13.	Ora internării la spital
14.	Secția de internare
15.	Timpul până la transfer în secția specializată
16.	Data și ora internării în reanimare, TI

17.	Durata aflării în reanimare, TI (zile)	număr de ore/zile nu a fost necesar=5; necunoscut=9
18.	Durata internării în spital (zile)	număr de zile; necunoscut=9
19.	Transfer în alte spitale	Nu=0; da=1(denumirea instituției); nu a fost necesar=5; necunoscut=9
20.	Aprecierea criteriilor de spitalizare	Aplicate: 0 – da; 1- nu, 9 – nu se cunoaște
21.	Tratament administrat la DMU <i>În cazul răspunsului afirmativ indicați tratamentul (medicamentul, doza, ora administrării)</i>	Administrat: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
DIAGNOSTICUL		
22.	Data debutului simptomelor	DD.LL.AAAA; 0- până la 6 luni; 1- mai mult de 6 luni sau 9 –necunoscută
23.	Ecografia abdominală	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
24.	Ro tractului digestiv cu masa bariatată	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
25.	CT abdominală și pelvină cu contrast	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
26.	Laparoscopia diagnostică	După internare: 0 – nu; 1- da, 9 – nu se cunoaște
<i>În cazul răspunsului afirmativ indicați rezultatul</i>		
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENTULUI		
27.	Internat în mod programat	nu=0; da=1; necunoscut=9
28.	Internat în mod urgent	nu=0; da=1; necunoscut=9
29.	Sătrea pacientului la internare	Satisfăcătoare=2; grav-medic=3; gravă=4; foarte gravă=5; extrem de gravă=6
30.	Complicații înregistrate la internare	nu=0; da=1; necunoscut=9
31.	Maladii concomitente	nu=0; da=1; necunoscut=9
TRATAMENTUL		
32.	Tratamentul medicamentos suficient	0 – nu; 1- da
33.	Tratament chirurgical a fost efectuat	0 – nu; 1- da
EXTERNAREA ȘI MEDICAȚIA		
34.	Data externării sau transferului în alt spital Data decesului	DD.LL.AAAA DD.LL.AAAA
35.	Complicații pe parcursul tratamentului	nu=0; da=1; necunoscut=9
36.	Implimentarea criteriilor de externare	0 – nu; 1- da; 9 – nu se cunoaște
37.	Prescrierea recomandărilor la externare	0 – nu; 1- da; 9 – nu se cunoaște
DECESUL PACIENTULUI		
38.	Decesul în spital	0 – nu; 1- cauzat de complicații tumorei ficatului; 2 – alte cauze; 9 – nu se cunoaște

BIBLIOGRAFIA

1. De Simone B, Coccolini F, Catena F, et al. Benefits of WSES guidelines application for the management of intra-abdominal infections. *World J Emerg Surg.* 2015 Mar 18;10:18. doi: 10.1186/s13017-015-0013-x. eCollection 2015.
2. Hagel S, Scheuerlein H. Perioperative Antibiotic Prophylaxis and Antimicrobial Therapy of Intra-Abdominal Infections. *Viszeralmedizin.* 2014 Oct;30(5):310-6. doi: 10.1159/000368582. Epub 2014 Oct 6.
3. Kaye KS. Antimicrobial de-escalation strategies in hospitalized patients with pneumonia, intra-abdominal infections, and bacteremia. *J Hosp Med.* 2012;7 Suppl 1:S13-21. doi: 10.1002/jhm.983. Review.
4. Sartelli M, Abu-Zidan FM, Catena F, et al. Global validation of the WSES Sepsis Severity Score for patients with complicated intra-abdominal infections: a prospective multicentre study (WISS Study). *World J Emerg Surg.* 2015 Dec 16;10:61. doi: 10.1186/s13017-015-0055-0. eCollection 2015.
5. Sartelli M, Viale P, Catena F, et al. WSES guidelines for management of intra-abdominal infections. *World J Emerg Surg.* 2013 Jan 8;8(1):3. doi: 10.1186/1749-7922-8-3.
6. Sartelli M, Catena F, Ansaloni L, Coccolini F, Di Saverio S, Griffiths EA. Duration of Antimicrobial Therapy in Treating Complicated Intra-Abdominal Infections: A Comprehensive Review. *Surg Infect (Larchmt).* 2016 Jan;17(1):9-12. doi: 10.1089/sur.2015.130. Epub 2015 Oct 15.
7. Sartelli M, Catena F, Ansaloni L, Coccolini F, et al. Complicated intra-abdominal infections worldwide: the definitive data of the CIAOW Study. *World J Emerg Surg.* 2014 May 14;9:37. doi: 10.1186/1749-7922-9-37. eCollection 2014.
8. Sartelli M, Abu-Zidan FM, Ansaloni L, et al. The role of the open abdomen procedure in managing severe abdominal sepsis: WSES position paper. *World J Emerg Surg.* 2015 Aug 12;10:35. doi: 10.1186/s13017-015-0032-7. eCollection 2015. Review.
9. Sartelli M, Catena F, di Saverio S, Ansaloni L, Coccolini F, Tranà C, Kirkby-Bott J. The Challenge of Antimicrobial Resistance in Managing Intra-Abdominal Infections. *Surg Infect (Larchmt).* 2015 Jun;16(3):213-20. doi: 10.1089/sur.2013.262. Epub 2015 Apr 1. Review.
10. [Sartelli M.](#), [Fausto Catena](#), [Federico Coccolini](#), and [Antonio Daniele Pinna](#). Antimicrobial management of intra-abdominal infections: Literature's guidelines. [World J Gastroenterol.](#) 2012 Mar 7; 18(9): 865–871.
11. Sawyer RG, Claridge JA, Nathens AB, et al. Trial of short-course antimicrobial therapy for intraabdominal infection. *N Engl J Med.* 2015;372(21):1996-2005.
12. Solomkin JS, Mazuski JE, Bradley JS, et al. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the Surgical Infection Society and the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 2010, 50(2):133-64.
13. Steinbach CL, Töpper C, Kees MG. Spectrum adequacy of antibiotic regimens for secondary peritonitis: a retrospective analysis in intermediate and intensive care unit patients. *Ann Clin Microbiol Antimicrob.* 2015 Nov 5;14:48. doi: 10.1186/s12941-015-0110-4.
14. Гостищев В.К., Шалчкова Л.П. «Гнойная хирургия таза», Москва, 2000.