

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Научная статья

УДК 616.381-002-02:618.5/-089.888

doi: 10.48612/agmu/2022.17.4.137.144

3.1.4. Акушерство и гинекология
(медицинские науки)

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ СОХРАНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН С ПЕРИТОНИТОМ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Абакар Шевкетович Дабузов

Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала, Россия

Аннотация. В статье представлено описание двух клинических случаев выполнения органосохраняющих операций при расхождении швов на матке после кесарева сечения и развитии перитонита. Обоснована возможность проведения органосохраняющей технологии при отсутствии симптомов полиорганной недостаточности. Предложен способ проведения операции метропластики с применением в послеоперационном периоде модифицированного метода лимфотропной терапии. Представлен благоприятный катамнез прооперированных родильниц.

Ключевые слова: акушерский перитонит, расхождение шва на матке, кесарево сечение, метропластика, лимфотропная терапия

Для цитирования: Дабузов А. Ш. Клинические случаи сохранения репродуктивной функции у женщин с перитонитом после кесарева сечения. Астраханский медицинский журнал. 2022. Т. 17, № 4. С. 137–144. doi: 10.48612/agmu/2022.17.4.137.144.

OBSERVATIONS FROM PRACTICE

Original article

CASES OF PRESERVATION OF REPRODUCTIVE FUNCTION IN WOMEN WITH PERITONITIS AFTER CESAREAN SECTION

Abakar Sh. Dabusov

Dagestan State Medical University, Makhachkala, Russia

Abstracts. The article describes two clinical cases of performing organ-preserving operations with the dehiscence of sutures on the uterus after cesarean section and the development of peritonitis. The possibility of organ-preserving technology in the absence of symptoms of multiple organ failure is substantiated. A method of performing a metroplasty operation with the use of a modified method of lymphotropic therapy in the postoperative period is proposed. A favorable catamnesis of operated maternity hospitals is presented.

Keywords: obstetric peritonitis, uterine suture dehiscence, cesarean section, metroplasty, lymphotropic therapy

For citation: Dabusov A. Sh. Cases of preservation of reproductive function in women with peritonitis after cesarean section. Astrakhan Medical Journal. 2022; 17 (4): 137–144. doi: 10.48612/agmu/2022.17.4.137.144. (In Russ.).

Одной из актуальных проблем современного акушерства остаются гнойно-воспалительные осложнения (ГВО) после операции кесарева сечения. Несмотря на применение антибиотикопрофилактики, комплексное лечение с использованием эфферентных технологий, снижения частоты послеродовых ГВО в последние годы не отмечается, они по-прежнему имеют существенный вес среди причин материнской заболеваемости и смертности [1].

Акушерский перитонит – одно из наиболее грозных инфекционных осложнений послеродового периода. Источником инфекции в большинстве случаев является матка (хориоамнионит в родах, послеродовый эндометрит, расхождение швов на матке после кесарева сечения). Возросшая частота

оперативных вмешательств в акушерской практике повлекла за собой и увеличение числа осложнений послеоперационного и послеродового периода. Именно кесарево сечение, частота которого достигает 30-35 % и продолжает расти, является главной причиной перитонита [1, 2]. Вследствие этого, ранняя диагностика и комплексное лечение послеоперационных ГВО с применением современных технологий имеют определяющее значение в снижении частоты и благоприятном исходе заболевания [3, 4].

Важная роль матки в качестве входных ворот инфекции определяется наличием в ней сгустков крови и остатков децидуальной ткани, являющихся благоприятной средой для роста микроорганизмов [5]. Кроме того, послеродовая матка обладает большой поверхностью для резорбции бактериальных и тканевых токсинов, а особенности ее кровообращения содействуют массивному поступлению бактериальной флоры и токсинов в кровеносное русло. В результате эндометрита имеется риск формирования несостоятельности рубца на матке, что в последующем является причиной развития перитонита и сепсиса [6, 7, 8].

Внедрение в акушерство и гинекологию эхографии и гистероскопии открыло новые возможности для диагностики и определения лечебной тактики при послеродовых инфекционных осложнениях. Наиболее достоверным методом диагностики послеродового эндометрита и несостоятельности швов на матке после кесарева сечения является гистероскопия, позволяющая выявить осложнение и начать соответствующую терапию. В большинстве случаев при адекватном лечении эндометрит после кесарева сечения разрешается положительно [9].

Однако, у ряда больных гнойный процесс в матке принимает затяжное торпидное течение, приводит к развитию некроза миометрия в области швов на матке с расхождением краев раны, а это в свою очередь заканчивается радикальной операцией по удалению источника инфекции - матки.

Опыт показывает, что основным методом лечения перитонита на фоне несостоятельности швов на матке по-прежнему остается хирургический в объеме органосохраняющих операций [5]. Выполнение таких операций у женщин фертильного возраста нарушает социальную адаптацию больных, приводит к неблагоприятным отдаленным последствиям, связанным с формированием постгистерэктомического синдрома и других осложнений, обусловленных лишением женщин выполнения репродуктивной функции. Имеются лишь единичные публикации органосохраняющих операций при ГВО после кесарева сечения [10, 11, 12]. В связи с этим успешные попытки лечения ГВО с сохранением репродуктивной функции могут представлять определенный клинический интерес. Приведем несколько таких клинических случаев из нашей практики.

Случай 1. Пациентка А. 20 лет, находилась на стационарном лечении Республиканского перинатального центра г. Махачкалы с 21.05.2017 г. по 15.06.2017 г. с диагнозом: Беременность первая, 39-40 недель. Узкий таз I ст., гестационная анемия средней степени, крупный плод.

Анамнез: менструальная функция не нарушена. Пациентка замужем, брак I. Данная беременность первая, на диспансерном учете с 9 недель. В женской консультации обследована полностью, амбулаторно получала фолиевую кислоту, аскорутин, фенюльс и витаминный комплекс. При сроке беременности 20 недель выявлена генитальная инфекция – герпес, хламидии и токсоплазмы, по поводу чего получала лечение – виферон по 0,5 4 мл раза в день в течение 7 дней. Госпитализирована в Перинатальный центр заблаговременно в 39 недель на плановое оперативное родоразрешение.

Через трое суток от момента госпитализации в отделении патологии у беременной отошли густые зеленые околоплодные воды, родовой деятельности не было. Окружность живота 100 см, высота дна матки 39 см, матка слегка возбудима при пальпации. При вагинальном исследовании обнаружено: влагалище нерожавшей, шейка матки длиной 2,5 см, неравномерно размягчена, цервикальный канал пропускает 1 палец. Оценка по Бишоп составила 2–3 балла. Плодного пузыря нет, предлежащая головка подвижная над входом в малый таз. Мыс крестца достижим, истинная конъюгата 10 см. Подтекают зеленые околоплодные воды в умеренном количестве, амниотест положителен. Выставлен диагноз: Беременность 39-40 недель, общеравномерно суженный таз I степени, анемия легкой степени, преждевременное излитие околоплодных вод, крупный плод. Произведено УЗИ, в результате которого обнаружен один плод в головном предлежании, БПР – 96, плацента по передней стенке матки ближе к дну, вод практически нет, сердцебиение плода 110-120 ударов в минуту. При доплерометрии выявлено нарушение кровотока I ст. в сосудах пуповины. По данным КТГ установлен сомнительный тип кривой.

В связи с обнаруженным под эпидуральной аналгезией произведена операция кесарева сечения по показаниям: доношенная беременность, общеравномерносуженный таз I степени, крупный плод, хроническая гипоксия плода, преждевременное излитие околоплодных вод. Извлечен плод массой 4000 г, ростом 54 см с оценкой по Апгар 6–7 баллов, задние воды зеленые, густые. Послед удален

потягиванием за пуповину. Плацента размерами 16×12×5 см, отечная, оболочки зеленые. Общая кровопотеря во время операции составила 750 мл. Произведено орошение полости матки и брюшной полости диоксидином 10 мл. Разрез на матке восстановлен однорядным викриловым швом с последующей перитонизацией за счет pl. vesico-uterinae викрилом. Матка сократилась хорошо. Продолжительность операции составила 55 минут.

В послеоперационном периоде родильница получала инфузионную, антибактериальную (цефазолин и гентамицин), утеротоническую и общеукрепляющую терапию. Однако, несмотря на это, на 3-й день у нее отмечалась гипертермия до 38-39° С с ознобом. Состояние больной расценено как средней тяжести. Кожные покровы были бледными, пульс – 100 ударов в минуту, ритмичный, язык влажный, АД 110/70 мм рт.ст. Живот умеренно вздут, болезненный по ходу шва, матка умеренно болезненная, дно на 3 п/п ниже пупка. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула не было, диурез адекватный. Проведено вагинальное исследование, при котором было установлено, что влагалище нерожавшей женщины, шейка матки мягковатая, сформирована, цервикальный канал пропускает 2 пальца, матка размером до 13-14 недель беременности, резко болезненная в области послеоперационного шва, определяется инфильтрация паравезикальной клетчатки. Выделения мажущие кровянисто-мутные с ихорозным запахом. Придатки не пальпируются из-за болезненности передней брюшной стенки. На УЗИ малого таза: в малом тазу незначительное количество жидкости. Матка до 13 недель, переднезадний размер 80 мм, продольный 110 мм, в полости эхогенные включения до 22 мм. В зоне рубца неровность его контуров и ниши.

Лабораторные показатели указывали на воспалительную реакцию организма на фоне анемии: гемоглобин 84 г/л, гематокрит 28 %, СОЭ 50 мм/час, лейкоциты $12,4 \times 10^{12}$, тромбоциты 210 тыс. в 1 мкл, общий белок 47 г/л, фибриноген 3,8 г/л, протромбиновый индекс 92 %, С-реактивный белок 88 г/л, прокальцитонин 1,8 нг/мл.

Выставлен диагноз: «3-и сутки после операции кесарева сечения, метроэндометрит, несостоятельность швов на матке?»

С диагностической целью произведена гистероскопия, в результате которой выявлен дефект послеоперационного рубца на протяжении 3,5–4 см, провисание ниток, инфильтрация швов, между швами скопления густого гноя.

В связи с обнаруженным решено произвести релапаротомию и гистерэктомию, о чем было сообщено пациентке. Соглашаясь на операцию, пациентка категорически настаивала на сохранении органа, мотивируя это риском распада семьи и другими неблагоприятными последствиями для нее и ее ребенка.

После кратковременной инфузионной подготовки произведена релапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружено: матка размерами до 12 недель беременности, розового цвета, тонус ее сохранен, придатки без особенностей, отмечается выраженная инфильтрация паравезикальной и парацервикальной клетчатки. В центре послеоперационного рубца на матке имеется расхождение швов, гнойные налеты и фибринные пленки. Сквозь швы из полости матки вытекает серозно-гнойная жидкость. В брюшной полости имеется скопление около 400 мл серозно-гноющей жидкости. Сальник частично припаян к передней стенке матки в зоне операции. Учитывая молодой возраст родильницы, наличие только одного ребенка и требование женщины сохранить матку, произведена органосохраняющая операция: освобождение матки от сальника с частичной его резекцией. Мочевой пузырь отсепарован вниз до верхней трети влагалища, некротические ткани разреза на матке иссечены в пределах здоровой ткани. Полость матки обработана диоксидином, а разрез ушит первым рядом из отдельных узловых мышечно-мышечных швов и вторым рядом- непрерывным серозно-мышечным швом. Использовался синтетический рассасывающийся шовный материал. Перитонизация не произведена из-за выраженной инфильтрации пузырно-маточной связки. В мышцу матки введен цефазолин 1,0 мл. Туалет брюшной полости, брюшная полость дренирована через подвздошные области по одному дренажу с каждой стороны. Общая кровопотеря во время операции составила 310 мл.

Макропрепарат: удаленные ткани миометрия размерами 10×1,5 см и 9×1,5 см с некротическими изменениями и гноем. Гистологическое заключение: гладкомышечная ткань с массивным лимфоплазмочитарным воспалением, инфильтратом с примесью нейтрофилов, очагами кровоизлияний, участками некроза, пропитанных лейкоцитами (гной).

В послеоперационном периоде родильница получала комплексную терапию, включающую инфузии солевых и белоксодержащих растворов в объеме до 2,5 л в первые двое суток, а также лимфотропную терапию в виде инъекций тиенама в разовой терапевтической дозе в течение 7 дней.

Методика проведения лимфотропной терапии заключалась во введении антибиотика в локальные лимфатические узлы. Для этого на нижнюю треть бедра накладывалась манжета от тонометра, в которой создавалось давление 44–55 мм рт.ст.. Затем подкожно в подколенную область в зону медиальных лимфатических узлов вводился раствор (5 мл), состоящий из лидазы (32 ЕД), новокаина и антибиотика, а через 5 минут в ту же иглу вводились другие медикаменты, воздействующие на очаг воспаления (тимоген и никотиновая кислота по 0,5 мл). Манжета на ноге оставалась в течение 30 мин. После ее снятия проводилось лазерное облучение паховых лимфатических узлов в среднем в течение 100–120 с. Курс лечения составлял 7–10 дней по 1-й процедуре в день.

На фоне проводимой терапии состояние больной улучшилось, отмечалось постепенное снижение интоксикационного синдрома, что сопровождалось постепенной нормализацией лабораторных показателей (табл. 1). Родильница выписана домой на 21-й день в удовлетворительном состоянии.

Таблица 1. Динамика клинических, объективных и лабораторных данных у пациентки А. после органосохраняющей операции

Table 1. Dynamics of clinical, objectives and laboratories findings of Patient A. after relaparotomy

Параметры	1 сутки	3 сутки	7 сутки	Перед выпиской
Общее состояние	тяжелое	средней тяжести	удовлетворительное	—
Болевой синдром	выраженный	умеренно выраженный	нет	—
Температура	39°C	37,4°C	36,9°C	—
Пульс	120	100	88	—
АД	100/60	120/70	120/80	—
Лейкоцитоз	16,2×10 ⁹ /л	10×10 ⁹ /л	8,2×10 ⁹ /л	в норме
СОЭ	67 мм/час	52 мм/час	42 мм/час	38 мм/час
Общий белок	49 г/л	48 г/л	56 г/л	58 г/л
Фибриноген	6,2 г/л	5,8 г/л	4,8 г/л	в норме
Протромбиновый индекс	90 %	100 %	86 %	—
Гемоглобин	94 г/л	92 г/л	90 г/л	—
Тромбоциты	210 тыс. в 1 мкл	199 тыс. в 1 мкл	230 тыс. в 1 мкл	—
Гематокрит	29%	30%	29%	—

Катамнез: Данная пациентка через 3 года вновь забеременела, прооперирована в сроке 38 недель в плановом порядке. Извлечен плод массой 3600 г, ростом 52 см с оценкой по шкале Апгар 8-9 баллов. Во время операции отмечался умеренный спаечный процесс в области послеоперационного рубца. Рубец был состоятельным. Послеоперационный период протекал гладко, выписана домой на 8 суток в удовлетворительном состоянии.

Случай 2. Пациентка Ш. 25 лет, находилась на стационарном лечении Республиканского перинатального центра г. Махачкалы Республики Дагестан с 28.06.2017 г. по 16.07.2017 г.

Диагноз: Беременность 39–40 недель, преждевременное излитие околоплодных вод, крупный плод, анемия легкой степени.

Анамнез: Замужем с 24 лет. Менструации с 14 лет, по 4–5 дней умеренно болезненные, через 28 дней. Перенесенные экстрагенитальные заболевания отрицает. Беременность первая. На диспансерный учет встала в 8 недель, в женской консультации обследована полностью. При сроке 8 недель перенесла герпес-вирусную инфекцию. Получала витамины, фолиевую кислоту, аскорутин и клион Д. При сроке беременности 20 недель выявлена вирусная инфекция во влагалищном биотопе: цитомегаловирус и герпес. Получала лечение вифероном по 500 тысяч ЕД, 4 раза в день (per rectum) в течение недели и интравагинально 10 дней клион Д, а также дополнительно фолиевую кислоту и аскорутин.

Поступила в стационар 28.06.2007 г. при сроке беременности 38 недель в связи с преждевременным излитием околоплодных вод. Начата индукция родовой деятельности окситоцином, которая длилась 4 часа, без эффекта. Безводный период к этому времени составил 9 часов. В связи с этим решено произвести операцию кесарева сечения. Извлечен плод массой 4300 г с оценкой по шкале Апгар 7–8 баллов. Обращала на себя внимание плацента больших размеров, которая достигала 20×16×6 см с множественными участками петрификатов. Разрез на матке ушит однорядным непрерывным

швом, перитонизация за счет pl. vesico-uterinae. Использован шовный материал капроаг. Кровопотеря во время операции составила 800 мл, продолжительность операции – 35 минут. Ребенок умер на 4 сутки от острой сердечной недостаточности, обусловленной врожденным пороком сердца.

В послеоперационном периоде родильница получала инфузионную, антибактериальную, утеротоническую и общеукрепляющую терапию. На 2-е сутки отмечались гипертермия до 38° С, вздутие живота и боли по ходу послеоперационной раны. Несмотря на проводимую терапию, жалобы на боли внизу живота, слабость и лихорадка сохранялись. На 4-е сутки послеоперационного периода выполнено вагинальное исследование, в результате которого установлено, что влагалище нерожавшей женщины, шейка сформирована, цервикальный канал свободно пропускает один палец. Матка размером 15 недель, болезненная, мягковатой консистенции, придатки не пальпируются. Выделения мажущие, кровянистые. По данным УЗИ полость матки расширена до 25 мм, в ней гиперэхогенные включения (взвесь). Лабораторные данные указывали на анемию и воспалительную реакцию организма: гемоглобин – 88 г/л, эритроциты – 3,2 млн, общий белок – 54 г/л, СОЭ – 65 мм/час, глюкоза крови – 4,5 мм/л, креатинин – 57 мм/л, лейкоцитоз – 14×10^9 /л, гематокрит – 36 %. фибриноген А – 5,4 г/л, билирубин – 12 ммоль/л, АСТ – 0,04 ммоль/л, АЛТ – 0,06 ммоль/л. Удельный вес мочи – 1009, эритроциты – 3-4 в поле зрения, лейкоциты – 5-6 в поле зрения. Диурез адекватный. Выставлен диагноз: 4-е сутки после кесарева сечения, послеродовый послеоперационный эндометрит, анемия легкой степени. В тот же день произведена вакуум-аспирация содержимого полости матки с последующим промыванием полости матки 1 % раствором диоксида. Длина полости по зонду составила 16 см, аспират скудный. Данные гистологического исследования аспирата: кровь, обрывки ткани эндометрия с лейкоцитарной инфильтрацией и гноем.

Учитывая болезненность матки и, особенно, нижнего сегмента, подъем температуры до 39° С 03.07.2007 г. (5 сутки послеоперационного периода) родильнице проведена гистероскопия. При гистероскопии полость матки свободна, зона швов в нижнем сегменте инфильтрирована, гнойные налеты и пузырьки воздуха, в левом углу небольшая ниша. УЗИ полости малого таза: матка до 14 недель, переднезадний размер 90 мм, продольный 110 мм, в полости эхонегативные включения до 18 мм.

Учитывая наличие симптомов системной воспалительной реакции организма, данные УЗИ, гистероскопии, отсутствие эффекта от проводимой терапии, пациентке предложена операция релапаротомия и удаление матки, но больная и ее родственники категорически отказались. Проведена коррекция противовоспалительной терапии: произведена смена антибиотиков – назначен роцефин по 1,0 г 3 раза в день и метронидазол 100 мл внутривенно, увеличен объем инфузионной терапии до 2,5 л в сутки с контролем диуреза. Несмотря на это в последующие сутки состояние больной оставалось тяжелым, жалобы на боли в животе и гипертермия с ознобом по вечерам сохранялись. Динамики лейкоцитоза в анализе крови не отмечалось. Оценка по шкале SOFA составила 2 балла (гипертермия + тахикардия).

Больной повторно предложено оперативное лечение, на что родильница дала согласие с категорическим условием сохранения матки. С диагнозом «Состояние после кесарева сечения, 11-е сутки, вялотекущий послеродовый эндометрит, несостоятельность швов на матке, перитонит, анемия средней степени тяжести» пациентке под эндотрахеальным наркозом произведена релапаротомия. При ревизии в брюшной полости обнаружено 450 мл серозно-гнойной жидкости, матка увеличена до 14 недель беременности, гипотоничная, имеется выраженная инфильтрация нижнего сегмента, расхождение швов на расстоянии 2–2,5 см с некрозом краев и наличием фибринных пленок. Трубы отечные и гиперемизированные, яичники без особенностей. Кишечник вздут, имеются рыхлые спайки между сальником и передней стенкой матки.

Учитывая отсутствие признаков генерализованной септической реакции и полиорганной недостаточности, а также требование пациентки о сохранении матки, решено выполнить органосохраняющую операцию с иссечением краев раны матки в пределах здоровой ткани, орошением ее полости 1 % раствором диоксида и дальнейшим проведением метропластики. После иссечения краев разошедшегося участка шва на матке в пределах здоровой ткани рана зашита отдельными мышечно-мышечными викриловыми швами и вторым рядом, мышечно-серозным непрерывным швом. Перитонизация не удалась из-за инфильтрации тканей. Осуществлен туалет брюшной полости фурацилином и диоксидом, дренирование брюшной полости. Общая кровопотеря во время операции составила 200 мл, продолжительность – 1 час 20 минут.

Макропрепарат: иссеченные края послеоперационного рубца 9×2 см, 8×1,5 см, ткани тусклые с гноем. Гистологическое заключение: ткань с множественными участками лимфоплазмочитарной, воспалительной инфильтрации, нейтрофилами, с некрозом и гноем.

В послеоперационном периоде пациентка находилась на продленной искусственной вентиляции легких в течение 6 часов. Больная получала комплексную противовоспалительную и антибактериальную терапию. В качестве антибактериального средства применялся в течение 7 дней тиенам, который вводился по лимфотропной технологии, описанной выше. На фоне проводимой терапии состояние больной улучшилось, что подтвердилось общеклиническими, биохимическими данными, сонографией матки. Температура у пациентки на 3 сутки снизилась до 37,4° С, а на 7 сутки лечения до 36,2° С. Билирубин крови 12,3 мм/л, в динамике 10,4 мм/л. Динамика клинических, объективных и лабораторных данных у пациентки Ш. после органосохраняющей операции показана в таблице 2.

Таблица 2. Динамика клинических, объективных и лабораторных данных у пациентки Ш. после повторной операции

Table 2. Dynamics of clinical, objectives and laboratories findings of Patient Sh. after relaparotomy

Параметры	1 сутки	3 сутки	7 сутки	Перед выпиской
Общее состояние	тяжелое	средней тяжести	удовлетворительное	удовлетворительное
Болевой синдром	Выраженный	умеренно выраженный	нет	Нет
Температура	38°С	37,6°С	37,1°С	36,3°С
Пульс	140	110	92	80
АД	100/60	100/60	110/60	120/70
Лейкоцитоз	14×10 ⁹ /л	12×10 ⁹ /л	9×10 ⁹ /л	8,5×10 ⁹ /л
СОЭ	65 мм/час	60 мм/час	42 мм/час	40 мм/час
Общий белок	48 г/л	56 г/л	59,3 г/л	62 г/л
Фибриноген	6,3 г/л	5,7 г/л	5,2 г/л	4,9 г/л
Протромбиновый индекс	92 %	96 %	100 %	100 %
Гемоглобин	93г/л	87 г/л	94 г/л	98 г/л
Тромбоциты	160 тыс. в 1 мкл	194 тыс. в 1 мкл	210 тыс. в 1 мкл	220 тыс. в 1 мкл
Гематокрит	29 %	28 %	30 %	36 %
С-реактивный белок	67 мг/л	45 мг/л	12 тг/л	4,9 мг/л
Прокальцитонин	1,9 нг/мл	<1 мг/л	-	-

Родильница выписана домой на 11-й день в удовлетворительном состоянии.

Катамнез: В марте 2018 г. был самопроизвольный аборт в 5-6 недель беременности, по поводу чего произведена вакуум-аспирация полости матки и противовоспалительное лечение. С декабря 2019г. получала лечение по поводу вторичного бесплодия, обусловленного спаечным процессом в малом тазу. Произведена лапароскопия, адгезиосальпинголизис. В 2020 году в г. Москве было произведено первое ЭКО без эффекта и через 8 месяцев осуществлена повторная попытка переноса эмбриона. Наступила беременность, которую удалось сохранить. В доношенном сроке была родоразрешена путем операции кесарева сечения в одной из клиник г. Москвы живым плодом массой 4300 г.

Закключение: Органосохраняющие операции в акушерстве при наличии серьезных осложнений, угрожающих жизни женщин, являются редкостью и вызывают дискуссии о целесообразности их выполнения в связи с рисками репродуктивных потерь (12, 13, 14). Тем не менее, социальное положение женщин в определенных условиях зачастую диктуют необходимость идти на подобные риски. В таком положении врач акушер-гинеколог обязан проявить профессионализм в оценке клинической ситуации, своих возможностей и возможностей лечебного учреждения, в котором осуществляется оказание медицинской помощи. Хирургический опыт, применение современных технологий борьбы с инфекцией позволяют избежать реализации этих рисков. Результаты приведенных клинических случаев показывают, что относительно инфекционных акушерских осложнений сохранение матки возможно тогда, когда отсутствует клиника сепсиса и нет прогрессирования синдрома системного воспалительного ответа. Хотя эти условия и не гарантируют абсолютного успеха, тем не менее, дают возможность части родильниц сохранить репродуктивную функцию.

Раскрытие информации. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Список источников

1. Адамян Л. В., Артымук Н. В., Белокриницкая Т. Е., Гельфанд Б. Р., Куликов А. В., и др. Септические осложнения в акушерстве. Клинические рекомендации М. 2017, 59 с.
2. Жаркин Н. А., Логутова Л. С., Семихова Т. Г. Кесарево сечение: медицинские, социальные и морально-этические проблемы. Российский вестник акушера-гинеколога. 2019. Т. 19, № 4. С. 5–10. doi:10.17116/rosakush2019190415.
3. Chebbo A., Tan S., Kassis C., Tamura L., Carlos R. W. Maternal Sepsis and Septic Shok // Critical care clinics. 2016. Vol. 32, no. 1. P. 119–135. doi: 10.1016/j.ccc.2015.08.010.
4. Белокриницкая Т. Е., Фролова Н. И. Профилактика септических осложнений в акушерстве: Рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации и Всемирной организации здравоохранения 2015 г. // Российский вестник акушера-гинеколога. 2016. Т. 16, № 3. Р. 79–83.
5. Самчук П. М., Ищенко А. И., Розалиева Ю. Ю. Органосохраняющие технологии при гнойных воспалительных осложнениях кесарева сечения. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2020. Т. 19, № 2, Р. 96–103.
6. Sartelli M., Weber D. G., Ruppé E., Bassetti M., Wright B. J., Ansaloni L., Catena F., Coccolini F., Abu-Zidan F.M., et al. Antimicrobials: a global alliance for optimizing their rational use in intra-abdominal infections (AGORA) // World journal of emergency surgery. 2016. Vol. 11. 33. doi: 10.1186/s13017-016-0089-y.
7. National Guideline Centre (UK)/ Sepsis: Recognition, Assessment and Early Management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK), 2016. 50 p.
8. Arulkumaran N., Singer M. Puerperal sepsis // Best practice and research. Clinical obstetrics and gynaecology. 2013. Vol. 27, no. 6. P. 893–902. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.07.004.
9. Рыжков В. В., Хажбиев А. А. Профилактика гнойно-септических осложнений после операции кесарева сечения. Таврический медико-биологический вестник. 2017. Т. 20, № 2-2. С. 190–197.
10. Ищенко А. И., Давыдов А. И., Александров Л. С., Пашков В. М., Ищенко А. А., Хохлова И. Д., Джибладзе Т. А., Горбенко О. Ю., Брюнин Д. В., Пташинская В. А., Тарасенко Ю. Н., Таирова М. Б. Несостоятельность рубца на матке после кесарева сечения. Выбор метода хирургического вмешательства // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2018. Т. 17, № 4. Р. 51–59. doi: 10/20953/1726-1678-2018-4-51-59.
11. Шукина Н. А., Буянова С. Н., Чечнева М. А., Будыкина Т. С., Благина Е. И., Сибряева В. А. Органосберегающая операция у пациентки с некротическим эндометритом несостоятельным швом на матке после кесарева сечения // Российский вестник акушера-гинеколога. 2016. Т. 16, № 4. С. 80–84. doi: 10.17116/rosakush201616480-84.
12. Рыскельдиева В. Т., Джумалиева А. Д. Органосохраняющее лечение акушерского перитонита при несостоятельности шва на матке после кесарева сечения // Вестник Кыргызско-российского славянского университета. 2018. Т. 18, № 6. С. 78–82.
13. Жаркин Н. А., Прохвятилов С. В., Бурова Н. А., Гаврильчук Т. К., Мудрая Е. В., Снигур Г. Л. Хирургическая реконструкция рубца на матке во время беременности. Показания, условия и риски // Акушерство и гинекология. 2018. № 10. С. 142–147.
14. Сарбасова А. Е., Синчихин С. П., Степанян Л. В., Бердиева С. А., Филимонов О. Ю. Методы снижения кровопотери при кесаревом сечении // Астраханский медицинский журнал, 2016, Т. 11, № 4. С. 37–43.

References

1. Adamyan L. V., Artymuk N. V., Belokrinickaya T. E., Gel'fand B. R., Kulikov A. V., et al. Septic complications in obstetrics. Clinical recommendations (treatment protocol). Moskva, 2017. 59 p. (In Russ.).
2. Zharkin N.A., Logutova L.S., Semihova T.G. Kesarevo sechenie: medicinskie, social'nye i moral'no-eticheskie problem [Caesarean section: medical, social and moral-ethical problems]. Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa = Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist. 2019; 19 (4): 5–10. doi:10.17116/rosakush2019190415. (In Russ.).
3. Chebbo A., Tan S., Kassis C., Tamura L., Carlos R.W. Maternal Sepsis and Septic Shok. Critical care clinics. 2016; 32 (1): 119–135. doi:10.1016/j.ccc.2015.08.010.

4. Belokrinskaya T. E., Frolova N. I. Prevention of septic complications in obstetrics: the guidelines of the Ministry of Health of the Russian Federation and the World Health Organization 2015. *Rossiyskiy vestnik akusher-ginekologa* = Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist. 2016; 16 (3): 79–84. (In Russ.).
5. Samchuk P. M., Ishchenko A. I., Rozalieva Yu. Yu. Organ-preserving technology in case of purulent inflammatory complications of CS. *Voprosi ginekologii, akusherstva i perinatologii*. 2020; 19 (2): 96–103. (In Russ.).
6. Sartelli M., Weber D. G., Ruppé E., Bassetti M., Wright B. J., Ansaloni L., Catena F., Coccolini F., Abu-Zidan F.M., et al. Antimicrobials: a global alliance for optimizing their rational use in intra-abdominal infections (AGORA) // *World journal of emergency surgery*. 2016; 11: 33. doi: 10.1186/s13017-016-0089-y.
7. National Guideline Centre (UK)/ Sepsis: Recognition, Assessment and Early Management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2016. 50 p.
8. Arulkumaran N., Singer M. Puerperal sepsis // Best practice and research. Clinical obstetrics and gynaecology. 2013; 27 (6): 893–902. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.07.004.
9. Ryzhkov V. V., Khazhbiev A. A. Prevention of purulent-septic complications after cesarean section. *Tavricheskiy mediko-biologicheskiy vestnik*. 2017; 20 (2-2): 190-197. (In Russ.).
10. Ishchenko A. I., Davydov A. I., Aleksandrov L. S., Pashkov V. M., Ishchenko A. A., Khokhlova I. D., Dzhibladze T. A., Gorbenko O. Yu., Bryunin D. V., Ptashinskaya V. A., Tarasenko Yu. N., Tairova M. B. Uterine scar incompetency after the cesarean section. choice of surgical intervention method. *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii* = Gynecology, Obstetrics and Perinatology. 2018; 17 (4): 51–59. doi: 10.20953/1726-1678-2018-4-51-59. (In Russ.).
11. Shchukina N. A., Buianova S. N., Chechneva M. A., Budykina T. S., Blagina E. I., Sibryaeva V. A. Organ-sparing surgery in a patient with necrotic endometritis and an incompetent uterine scar after cesarean section. *Rossiyskiy vestnik akusher-ginekologa* = Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist. 2016; 16 (4): 80–84. (In Russ.).
12. Ryskel'dieva V. T., Dzhumaliev A. D. Organ-preserving treatment of obstetric peritonitis in case of failure of the suture on the uterus after cesarean section. *Vestnik kyrgyzsko-rossiyskogo slavyanskogo universiteta* = Bulletin of the Kyrgyz-Russian Slavic University. 2018; 18 (6): 78–82. (In Russ.).
13. Zharkin N. A., Prokhvatilov S. V., Burova N. A., Gavril'chuk T. K., Mudraya E. V., Snigur G. L. Surgical reconstruction of a scar on the uterus during pregnancy. Indications, conditions and risks. *Akusherstvo i ginekologiya* = Obstetrics and Gynecology. 2018; (10): 142–147. (In Russ.).
14. Sarbasova A. E., Sinchikhin S. P., Stepanyan L. V., Berdieva S. A., Filimonov O. Yu. Methods to reduce blood loss at cesarean section. *Astrakhanskiy meditsinskiy zhurnal* = Astrakhan Medical Journal. 2016; 11 (4): 37–43. (In Russ.).

Информация об авторе

А.Ш. Дабузов, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии факультета повышения квалификации и переподготовки специалистов, Дагестанский государственный медицинский университет, Махачкала, Россия, e-mail: dabakar52@mail.ru.

Information about the author

A.Sh. Dabusov, Cand. Sci. (Med.), Assistant, Dagestan State Medical University, Makhachkala, Russia, e-mail: dabakar52@mail.ru.*

* Статья поступила в редакцию 31.10.2022; одобрена после рецензирования 02.11.2022; принята к публикации 21.12.2022.

The article was submitted 31.10.2022; approved after reviewing 02.11.2022; accepted for publication 21.12.2022.