РАЗДЕЛ VI. МЕДИЦИНА

Дабузов А.Ш., Омаров Н.С.-М., Магомедова П.А., Атавова Н.К., Омарова П.М.
**Катамнез больных за 5 лет наблюдения выписных из стационара после
органосохраняющих операций по поводу перитонита (метропластики)**

*Дагестанский государственный медицинский университет
(Россия, Махачкала)*

doi: 10.18411/lj-04-2021-44

Аннотация

В настоящее время инфекции стоят на четверном месте в структуре материнской смертности и составляют 11,5%, а в развивающихся странах и по-прежнему занимает одно из ведущих мест, несмотря на значительный прогресс в профилактике и лечении гнойно-септических осложнений в акушерстве. В России материнская смертность, связанная с гнойно-септическими осложнениями в послеродовом периоде и в том числе после кесарево сечения, достигает 3,4% (1). В структуре воспалительных заболеваний женских половых органов особое место занимает гнойно-воспалительные процессы придатков матки и тазовой брюшины, которые характеризуются длительным, прогрессирующим течением, склонных к рецидивам, высокой частотой полиорганных осложнений, являющихся основной причиной инвалидизации и гибели женщин (2).

Ключевые слова: метропластика, кесарево сечение, перитонит, катамнез, кольпит, инфекция.

Abstract

Currently, infections rank fourth in the structure of maternal mortality and account for 11.5%, and in developing countries it still occupies one of the leading positions, despite significant progress in the prevention and treatment of purulent-septic complications in obstetrics. In Russia, maternal mortality associated with purulent-septic complications in the postpartum period, including after cesarean section, reaches 3.4% (1). In the structure of inflammatory diseases of the female genital organs, a special place is occupied by purulent-inflammatory processes of the uterine appendages and pelvic peritoneum, which are characterized by a long, progressive course, prone to relapses, a high frequency of multiple organ complications, which are the main cause of disability and death of women (2).

Keywords: Metroplasty, caesarean section, peritonitis, catamnesis, colpitis, infection.

В настоящее время увеличение гнойно-воспалительных заболеваний придатков и матки, приводит к увеличению частоты оперативных вмешательств (3,4). Как показывает клинический опыт, основным методом лечения данных заболеваний, по-прежнему остаётся хирургический (2). Выполнение органосохраняющих операций у женщины нарушает социальную адаптацию больных, приводит к неблагоприятным с формированием синдрома удалённых яичников, остеопороза и потеря детородного органа.

Цель исследования: Изучение катамнезических данных выписанных больных из стационара после органосохраняющих операций по поводу перитонита.

Материал и методы исследования:

Нами проведен анализ у 50 больных, находящихся под наблюдением в женской консультации после органосохраняющих операций в течении последующих 5 лет.

Результаты и обсуждения

Все пациенты при первом осмотре были обследованы на наличие вируса простого герпеса, цитомегаловируса, хламидий, уреаплазм, микоплазм. У 10 – выявлен

вирус простого герпеса; у 15 – сочетание цитомегаловируса и хламидий; у 8 – уреаплазма; у 14 – микоплазма; у 3 – уреаплазма, вирус простого герпеса и хламидии.

Исследование влагалищных мазков, посевы из цервикального канала показали, что у всех пациентов имело место значительный лейкоцитоз (от 22 до 65 лейкоцитов в поле зрения), в 28% случаев обнаружены стафилококки и кишечная палочка, в 43% грибы рода *Candida*, в 29% гарднереллы, трихомонады и протеи. Всем пациентам назначали такие препараты как: клион Д, тержинан и трихопол.

Пациенты были разделены на 3 группы:

Первая группа – 15, которые получали тержинан по 2 таб. 2 раза в день в течение 10 дней.

Вторая группа – 18 пациентов, им был назначен клион Д на ночь во влагалище в течение 10 дней.

Третья группа – 17 женщин, они получали трихопол по 0,25 г 2 раза в день в течение 10 дней.

На 10 день лечения у всех пациентов всех групп было отмечено заметное улучшение.

В мазках, взятых на 11-й день от начала лечения, лейкоцитоз нормализовался, посевы в 24% были стерильными, в 76% обнаружены эпидермальный стафилококк в концентрации 10³.

Из 50 пациенток у 20 наступила беременность. В конце третьего года после органосохраняющей операции беременность наступила спонтанно у – 10, у 8 – на четвертом году и у 2 – после лапароскопии на пятом году. Возраст беременных колебался от 19 до 25 лет. Из 20 беременных у 5 была – угроза прерывания беременности, у 6 – анемия средней степени тяжести, у 4 – хронический пиелонефрит и ожирение, у 5 – гестоз. Все беременные своевременно при сроке 37-38 недель были госпитализированы в стационар высокого риска (Перинатальный центр). Абдоминальным путем беременные родоразрешены в плановом порядке, в двух случаях оперированы в экстренном порядке: несостоятельность рубца в одном случае, в другом – отслойка плаценты и кровотечение.

Продолжительность операции у 18 беременных составила $76,0 \pm 12,0$ минут, объем кровопотери 660-720,0 мл, ни в одном случае радикальной операции не было. В послеоперационном периоде 18-ти женщинам в течение 5 дней проводилась антибактериальная терапия в комбинации с лимфотропной терапией (в связи с высоким риском гнойно-септических осложнений). Применялись такие антибиотики, как тиенам, цефазолин, гентамицин и зивокс. Осложнений в течение послеоперационного периода, связанных с нарушением репаративных процессов и инволюции матки не было, только у 3 больных в послеоперационном периоде был диагностирован инфильтрат подкожной клетчатки. Из стационара выписаны все родильницы на 9 – 13-е сутки. Из 20 родившихся детей: 14 оценены по шкале Апгар 7-8 баллов, 3 новорожденных 6-7 баллов и 3 новорожденных 5-6 баллов. Все новорожденные выписаны домой в удовлетворительном состоянии, а 2 детей переведены на второй этап выхаживания (Рисунок 1).

Таблица 1

Катамнестические данные у больных после органосохраняющих операций

Всего оперированных больных	Беременность наступила		
	на 3 году	на 4 году	на 5 году
20	10 50%	8 40%	2 10%
Планово	9 45%	7 35%	2 10%
Экстренно	1 5%	1 5%	-
Угроза прерывания	3 15%	1 5%	1 5%

Анемия средней степени	2 10%	3 15%	1 5%
Пилонефрит	3 15%	-	1 5%
Преэклампсия	4 20%	1 5%	1 5%
Всего новорожденных (20)	10	8	2
Оценка по Апгар	8 (7-8 б) 2 (6-7 б)	6 (7-8 б) 2 (6-7 б)	2 (5-6 б)

Таблица 2.
Распределение больных по нозологическим формам после органосохраняющих операций в течение 5 лет

Всего больных 100	Основная группа после органосохран. операций 50	После радикальных операций 50
Кольпит	35	16
Эрозия шейки матки	15	12
Аднексит	10	7
Эндометриоз	6	8
Спаечная болезнь	5	6
Нарушение менструального цикла	10	-
Киста яичника	3	4
Вторичное бесплодие	1	-
Острый аппендицит	2	3
Непроходимость кишечника	-	2
Апоплексия яичника	1	2
Внематочная беременность	1	-
Метрит	4	-
Сальпингит	3	4
Миома матки	5	-
Эндокринные нарушения	7	8
Цистит	10	12

Выводы. Нами изучен катамнез у 50 больных после перенесённой органосохраняющей операции. На 3-году беременность наступила у 10 пациентов, на 4-году у 8 больных и на 5-году у -2.

В плановом порядке оперировано -18 больных, экстренно-2. Новорожденные были оценены на 7-8 бб. По шкале Апгар, двое новорожденных на 5-6 бб. За период наблюдения: Кольпит установлен у 35, эрозия шейки матки у -15, аднексит в 10-случаях, эндометриоз-6, спаечная болезнь-5. Нарушение менструального цикла у 10, киста яичника-3, миома матки-5, эндокринные нарушения у 7 больных.

После радикальных операций:

Кольпит-16, эрозия-12, аднексит-7, спаечная болезнь-7, киста яичника -4 и эндокринные нарушения у -8.

Таким образом: Катамнестические данные практически одинаковые, что в группе с органосохраняющими и радикальными операциями в плане гинекологических заболеваний.

1. Давыдов А.И. Пашков В.М., Острый эндометрит после кесарева сечения. Некроз матки в сочетании с абсцессом передней брюшной стенки. Вопросы акушерства и гинекологии 2019. №18(2) С.29-31.
2. Научное руководство. Акушерство М: ГЭОТАР- медиа 2015.
3. Н.В. Протопопова, П.М. Самчук, М.А. Шарифулин. - Диагностика, лечение и профилактика гнойно-воспалительных осложнений операции кесарева сечения. Иркутск, ИГМУ, 2004.С 106.
4. Септические осложнения в акушерстве. Клинические рекомендации (протокол лечения) МЗ России 2017.