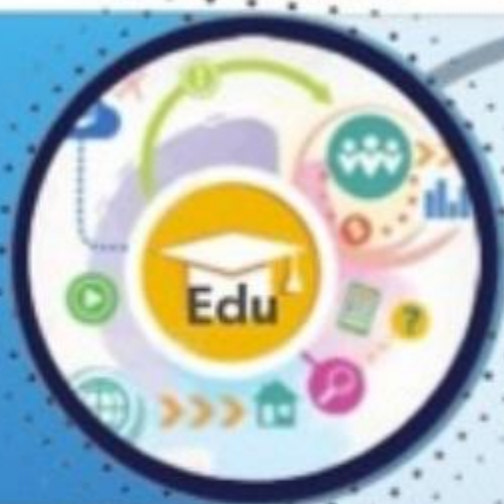




TASHKENT MEDICAL ACADEMY

100
TMA
ANNIVERSARY



Journal of Educational and Scientific Medicine



Issue 5 | 2025



OAK.UZ

Google Scholar

Science Education Commission of the Cabinet
Ministry of the Republic of Uzbekistan

ISSN: 2181-3175

POSTPARTUM REHABILITATION OF PATIENTS WHO HAVE PERFORMED LATTER-SAVING OPERATIONS - METRORAPHY AND METROPLASTICS

Umarova N.M., Nigmatova G.M.

City Perinatal Center, Tashkent Medical Academy

Tashkent, Uzbekistan

According to the results of the III confidential analysis of maternal mortality (MS) cases for 2016-2017. (KISMIS) "In the name of saving mothers' lives," the cause of MS from genital sepsis was 14.7%, and according to various authors, the incidence of purulent-septic complications of the postpartum period varies from 1 to 54.38% [5].

Postpartum women who have undergone complicated surgical deliveries through cesarean section, uterus-preserving reconstructive surgeries (metroraphy and metroplasty), allow for the preservation of quality of life, especially for first-time mothers, as it prevents the development of a number of complications associated with the removal of the uterine organ, which is not only a childbearing organ but also participates in the process of hormonal regulation in women.

Kalit soʻzlar: bachadonni saqlovchi operatsiyalar, tugʻruqdan keyingi reabilitatsiya.

ПОСЛЕРОДОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОК, ПЕРЕНЕСШИХ УТЕРОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ – МЕТРОРАФИЮ И МЕТРОПЛАСТИКУ

Умарова Н.М., Нигматова Г.М.

Городской Перинатальный Центр, Ташкентская медицинская академия

Ташкент, Узбекистан

По результатам III конфиденциального анализа случаев материнской смертности (МС) за 2016 - 2017гг. (КИСМИС) «Во имя спасения жизни матерей», причиной МС от генитального сепсиса составило 14,7%, а по данным различных авторов заболеваемость гнойно-септическими осложнениями п/родового периода варьируется от 1 - 54,38% [5]. Послеродовым пациенткам, перенесших после осложненных оперативных родов путем кесарева сечения, утеросохраняющие реконструктивные операции (метрорафию и метропластику), позволяет сохранить качество жизни, особенно первородящим, так как предотвращает развитие ряда осложнений, связанных с удалением органа-матки, являющимся не только чадородным органом, но и участвующим в процессе гормональной регуляции у женщин.

Ключевые слова: утеросохраняющие операции, послеродовая реабилитация.

YOʻQOTISHLARNI SAQLOVCHI OPERATSIYALAR - METRORAFIYA VA METROPLASTIKANI OʻTKAZGAN BEMORLARNI TUGʻRUQDAN KEYINGI REABILITATSIYASI

Umarova N.M., Nigmatova G.M.

Shahar perinatal markazi, Toshkent tibbiyot akademiyasi

Toshkent, Oʻzbekiston

2016-2017-yillarda onalar oʻlimi (OOʻ) holatlarining III maxfiy tahlili natijalariga koʻra (KISMIS) "Onalar hayotini saqlab qolish uchun," genital sepsisdan OOʻ sababi 14,7% ni tashkil etdi va turli mualliflarning maʼlumotlariga koʻra, tugʻruq davrining yiringli-septik asoratlari bilan kasallanish 1-54,38% ni tashkil etadi [5]. Kesarcha kesish yoʻli bilan asoratlangan jarrohlik tugʻruqdan soʻng oʻtkazilgan tugʻruqdan keyingi bemorlarga bachadonni saqlab qoluvchi rekonstruktiv operatsiyalar (metrorafiya va metroplastika) hayot sifatini saqlab qolish imkonini beradi, ayniqsa birinchi marta tugʻayotgan ayollarda, chunki bu nafaqat tugʻruq organi, balki ayollarda gormonal tartibga solish jarayonida ishtirok etadigan bachadon aʼzosini olib tashlash bilan bogʻliq bir qator asoratlarning rivojlanishini oldini oladi.

Kalit soʻzlar: bachadonni saqlovchi operatsiyalar, tugʻruqdan keyingi reabilitatsiya.

Известно, что матка является органом-мишенью для различных гормонов и ее удаление приводит к эндокринным перестройкам в организме женщины, которые могут повлечь за собой развитие новообразований и

нейровегетативных расстройств [1]. Отсутствие матки как гормонпотребляющего органа, снимает "феномен стимуляции потребления", в результате чего другие органы-мишени в дальнейшем продолжают подвергаться еще большему воздействию яичников [3,5].

По данным ряда авторов, гистерэктомия приводит к синхронному дисгормональному поражению органов репродуктивной системы, так называемому гормональному удару (гонадотропных и стероидных гормонов) на гормональнозависимые рецепторы молочных желез, яичников, шейки матки и цервикального канала [2,4]. Помимо эндокринных нарушений (ранний тяжелый климакс, образование кист и другие), хирургической травмы, спаечной болезни, осложнений от наркоза, развитие различных соматических заболеваний. При удалении органа репродуктивной системы женщина подвергается психологической травме (разводы, депрессии, психические расстройства, чувство вины), особенно если экстирпацию матки проводят первобеременным женщинам, которые находятся на пике деторождения, да еще и в сочетании с антенатальной гибелью плода. В связи с чем, в Перинатальном центре РУз с 2017 года проводятся органосохраняющие (утеросохраняющие) реконструктивные операции-наложение вторичных швов (Метропластика и Метрорафия) при несостоятельности (дивергенции) швов (рубца) на матке после операции кесарева сечения, осложнившимся клиникой генитального тазового сепсиса.

Нами разработаны методы послеродовой реабилитации, включающие целый комплекс программ лечения и адаптации женщин, после перенесенных сложных органосохраняющих операций.

Послеродовая реабилитация – это комплекс лечебно-профилактических процедур, направленных на восстановление физического и психологического здоровья женщины после перенесенной сложной органотеросохраняющей операции и требует тщательного восстановительного периода с привлечением терапевта и узких специалистов, таких как уролог, гастроэнтеролог, эндокринолог, невролог, кардиолог, реабилитолог, психотерапевт, психолог, физиотерапевт и врач лечебной физкультуры. При этом в течение 6—12 мес. пациентки, перенесшие органосохраняющие операции наблюдаются в кабинете Катамнеза в Поликлинике. Данным пациенткам после хирургического лечения необходима строгая контрацепция в течении первых двух лет. И только после полного обследования и оценки состояния рубца на матке возможно планирование беременности. Родоразрешение в дальнейшем мы рекомендуем проводить методом кесарева сечения, который является абсолютным показанием к данной операции. Выписка больных осуществлялась с индивидуальным учетом общего состояния на 7-10-14 сутки после релапаротомии. При проведении реабилитационных мероприятий значительное влияние на исход оказывает декомпенсация хронической соматической патологии, при этом наиболее часто отмечались пиелонефрит (46,7%), заболевания желудочно-кишечного тракта (23,3%), легких (16,7%), ССЗ (13,3%). Особое место занимает хроническая и постгеморрагическая анемия, как правило, частота которой в наших исследованиях составила 100%. Лечение и коррекция соматических заболеваний занимают важное место в положительном исходе при органосохраняющих операциях.

Выписаны в удовлетворительном состоянии на амбулаторное наблюдение на 5 -7 сутки 20,0% (6), на 10-16 сутки –26,7% (8), на 20-40 сутки -53,3% (16) родильниц. После выписки из стационара в течение года осуществляли наблюдение пациенток в кабинете катамнеза в Республиканском перинатальном центре и по месту жительства.

Разработанные нами реабилитационные мероприятия включали 3 этапа:

1 этап - это стационарные меры реабилитации, включающие в себя период улучшения и положительной динамики интенсивной терапии послеродового послеоперационного периода, от перевода пациентки из отделения Реанимации и Интенсивной терапии (ОАРИТ) в отделение гинекологии и до выписки из стационара на 7-10-14 день;

2 этап – амбулаторное звено помощи пациенткам, перенесшим органосохраняющие процедуры за период после выписки в течении 1, 3, 6 мес. Им проводится патронаж, включающий в себя процесс мониторингирования заживления послеоперационной раны с помощью ультразвукового мониторинга, восстановление гормональной функции и регулярных менструаций, улучшение психо-эмоционального статуса, осмотр узкими специалистами, лечение соматической патологии. Прием фемостона 2/10 назначается через 2 месяца после метропластики, а до этого проводится терапия профилактики тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) (венотоники, аспирин);

3 этап – наблюдение в кабинете Катамнеза (УЗИ мониторинг через 6,9 мес, 1 год), прием фемостона 2/10 в течении 9 мес., а через 9 мес. начать прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК), продолжать по мере необходимости, и выявления соматической патологии.

1 этап - стационарные меры реабилитации:

- Лечебно-охранительный режим
- Продолжать прием антибиотиков, согласно разработанного консилиумом врачей из комбинации 3-х антибиотиков с последующей поэтапной отмены антибиотиков до монотерапии в течении 7-10 дней.
- После операции, женщина уже может начинать понемногу вставать, но интервал часовой разрабатывается строго индивидуально, в зависимости от состояния тяжести оперативного вмешательства и состояния пациентки. Активное ведение послеоперационного периода и движение (активизация) – это хороший способ запустить естественные восстановительные процессы в организме и избежать ряда последствий

оперативного вмешательства, в частности, появления спаек, которые очень часто сопровождают септические осложнения после операции кесарево сечение.

- Санация послеоперационной раны мы рекомендуем проводить раствором 3% перекиси водорода, затем Форгалс или бетедином, либо хлогексидинсодержащими растворами. Если есть расхождение швов на коже, то максимально санировали рану, очищали края раны, а затем закладывали салфетку с раствором бетедина, а после очищения раны от гноя и фибринового налета для ускорения процесса репарации каждые два-три дня закладывали мази с левомиколью и офламелидом, до полного вторичного заживления (затягивания) раны на коже.

- Лаваж матки – инстиляция раствором антисептика, обработка цервикального канала (в нашем случае эритромициновой мазью), либо мазью с антибиотиком, рекомендовано введение антибиотиков в шейку матки. Противомикробные многокомпонентные свечи и свечи с эстрогенами в течении 7-10 дней.

Прием антикоагулянтов прямого действия - низкомолекулярные гепарины в течении 2-х недель после операции, для профилактики ТЭЛА и послеродового тромбоза под контролем гемостазиограммы, в сочетании с аспирином, эластичное бинтование ног компрессионными чулками - флеботерапия. С последующим назначением венотоников, диосмина.

- Иммунотерапия - использовали факторы гуморального иммунитета – иммуноглобулины – антистафилакокковый гаммаглобулин 3-5 доз после операции, пентоглобин, антицитокины (Галавит). Свежезамороженную плазму (СЗП), эритроцитарную массу, альбумин 10 или 20% – по показаниям, внутривенно (в/в) - человеческий иммуноглобулин.

- Противогрибковая терапия

- Эубиотики в течении первых двух месяцев, для восстановления микробиоты кишечника. Во влагалище - свечи с пробиотиками, для восстановления баланса вагинальной микрофлоры.

- Через 5 дней - свечи с эстрогенами во влагалище - курс 18-20 дней.

- Микроклизмы с натрий тиосульфатом в прямую кишку.

- Продолжать антианемическую терапию (применение трехвалентного железа) парентеральным путем.

- Нестероидные противовоспалительные препараты для подавления болевого синдрома, жаропонижающего и противовоспалительного эффекта в виде перорального таблетируемого приема, инъекционного либо в форме свечей.

- Для купирования приступов гастрита и профилактики развития стрессовых язв назначаются препараты блокаторы гистаминовых рецепторов H2, ингибиторы протонного насоса, а также гепатопротекторы.

2 этап – амбулаторное звено патронажа за послеродовыми родильницами:

- УЗИ - мониторинг инволюции матки после выписки в течении 1,3,6,9 месяцев.

- Через 45 - 60 дней послеродового периода, после сдачи коагулограммы начать прием Фемостон 2/10 на 9 месяцев, для восстановления эндометрия, устранения гормональной дисфункции, а также восстановления репродуктивной функции.

- Физиотерапия способствует структурному и функциональному восстановлению эндометрия, также необходима для профилактики спаечного процесса. При физиотерапевтическом лечении органов малого таза используются не только лекарственные препараты, но и импульсные токи, магнитные поля, лазеротерапия, ультразвук, грязе- и водолечение. На всех этапах лечебных и реабилитационных мероприятий и профилактики, рекомендуется как можно раньше применять физиотерапию – от 1-15 процедур, с учетом противопоказаний.

- Абсорбирующая терапия и фибринолитические средства (свечи Лонгидаза 50мг, Дистрептаза) обладают гиалуронидазной (ферментативной, протеолитической) активностью пролонгированного действия, хелатирующими, антиоксидантными, иммуномодулирующими и умеренно выраженными противовоспалительными свойствами, противомикробные свойства, ослабляет течение острой фазы воспаления, повышает гуморальный иммунный ответ и резистентность организма к инфекции. Протеолитические серратопептидазы.

- Назначается аспирин в дозировке 75-150 мг в сочетании с аспирином (50,80 мг), в зависимости от массы тела и под контролем коагулограммы, в течении 2-х месяцев - как профилактика ТЭЛА и послеродового тромбоза назначаются венотоники.

- Продолжать прием эубиотиков в течении 1-2 мес, а для восстановления биоценоза и микробиоты влагалища свечи с пробиотиками (биоселак, ацилакт).

- Продолжать антианемическую терапию (применение трехвалентного железа) перорально, курс индивидуален.

- Витамины и регуляторы работы иммунитета (для восстановления иммунного равновесия)

3 этап – наблюдение в кабинете Катамнеза:

- После приема в течение 9 месяцев Фемостона 2/10, назначается контрацепция комбинированными оральными контрацептивами (КОК) в течение 6-9 месяцев, иногда от года до 1,5, после чего назначается предгравидарная подготовка.

- Санаторно-курортное лечение через 4-6 месяцев, включает в себя бальнеотерапию и грязелечение.

- УЗИ мониторинг: фолликулометрия, измерение толщины эндометрия, области послеоперационного рубца, проведение доплерометрии для предгравидарной подготовки.

Из 31 прооперированных женщин основной группы менструации восстановились через 1 месяц у 2 (6,4%), через 3 месяца у 4 (12,9 %), через 5-6 месяцев – у 21 (67,7%), через 8-10 месяцев у 3 (9,6 %) и через 12 месяцев у 1 (3,2 %).

Сроки восстановления менструальной функции у женщин группы сравнения не отличались от данных основной группы. Беременность наступила у 15(50,0%) женщин, из них у 6 (20,0%) – диагностирована неразвивающаяся беременность в сроке 6-8 недель и произведен медикаментозный аборт. У 8(26,7%) женщин беременность прогрессирует в сроках 18-30 недель на фоне приема утрожестана по 200мг 2 раза в день вагинально, а 1(3,2 %) пациентки в сроке беременности 36 недель проведено экстренное родоразрешение путем кесарева сечения, извлечен живой доношенный новорожденный массой тела 3000г длиной 49см по шкале Апгар 7-8 баллов.

За период наблюдения осложнения возникли у 2 (6,7%) женщин. У одной произошло образование синехий в области внутреннего зева, гематометра через 3 месяца после метропластики – ей произведена гистероскопия, рассечение синехий и восстановление полости матки. У другой пациентки прогрессировала полиорганная недостаточность и клиника септического шока, оценка по шкале **SOFA – 10 баллов, в связи с чем** произведено реллапаротомия и гистерэктомия с сальпингоэктомией и дренирование культи влагалища в 2017 году.

Выводы. Внедрение инновационной технологии в акушерскую практику у послеродовых женщин, перенесших генитальный тазовый сепсис – сохранение матки в условиях расхождения швов на матке после кесарева сечения и акушерского перитонита, является эффективным методом в условиях родовспомогательного учреждения 3 уровня, перинатальных центров, многопрофильных больниц или кластеров. Решающим моментом в судьбе женщины составляет реабилитация её здоровья и репродуктивной функции после реллапаротомии и наложения вторичных швов с миометрорафией и метропластикой. Разработанный нами алгоритм ведения пациентки в течение 2-х лет был эффективен у 85% родильниц, менструальная функция восстановилась у 100% женщин, беременность наступила у 40,0%, осложнения составили 15%, из них орган удален в 3,3% случаев.

Литература:

1. Буянова СН, Пучкова НВ. Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения: диагностика, тактика ведения, репродуктивный прогноз. Российский вестник акушера-гинеколога. 2011;(4):36-8.
2. Доброхотова Ю.Э., Михалева Л.М., Насырова Н.И. и др. Состояние репродуктивной системы пациенток, перенесших реконструктивно-пластические операции на матке // Акушерство и гинекология. 2017. № 8. С 42-48
3. Shukurov, F., Sattarova, K., & Razzakova, N. (2024). International scientific and practical conference «Endoscopic surgery in gynecology and reproductive medicine» : International Experience and Development Perspectives. Journal of education and scientific medicine, 1(2), 1-264. <https://doi.org/10.61934/jesm.v2i2.779>
4. Краснополяский ВИ, Логутова ЛС, Буянова СН. Несостоятельный рубец на матке после кесарева сечения: причины формирования и лечебная тактика. Акушерство и гинекология. 2013;(12):28-33.
5. Краснополяский ВИ, Буянова СН, Щукина НА. Гнойно-септические осложнения в акушерстве и гинекологии: особенности течения на современном этапе. Тактика ведения. Российский вестник акушера-гинеколога. 2013;(4):82—5.
6. III отчет по конфиденциальному исследованию случаев материнской смертности в Узбекистане за 2016 - 2017гг. (НК КИСМС) «Во имя спасения жизни матерей». 2020г. стр.-5-6