

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России»

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета



Хирургическая патология при беременности

Доцент, к.м.н. *Паршин А.В.*

Саратов, 2020 г.

Организм беременной женщины претерпевает ряд изменений, направленных на вынашивание плода, благополучные роды и последующее вскармливание ребенка. Вместе с тем, в отношении остро возникающих в этот период хирургических заболеваний беременные обладают ограниченными компенсаторными возможностями. Сложности в диагностике и лечении хирургической патологии представляет изменение топографии внутренних органов, ответной реакции организма на воспаление; беременные пациентки отличаются значительной вариабельностью клинических признаков острых хирургических заболеваний. Таким образом, любое хирургическое заболевание, возникающее у беременной женщины, следует рассматривать как прямую угрозу жизни матери и плода.



1. Аппендицит и беременность

Аппендицит - воспаление червеобразного отростка слепой кишки.

Этиология и патогенез

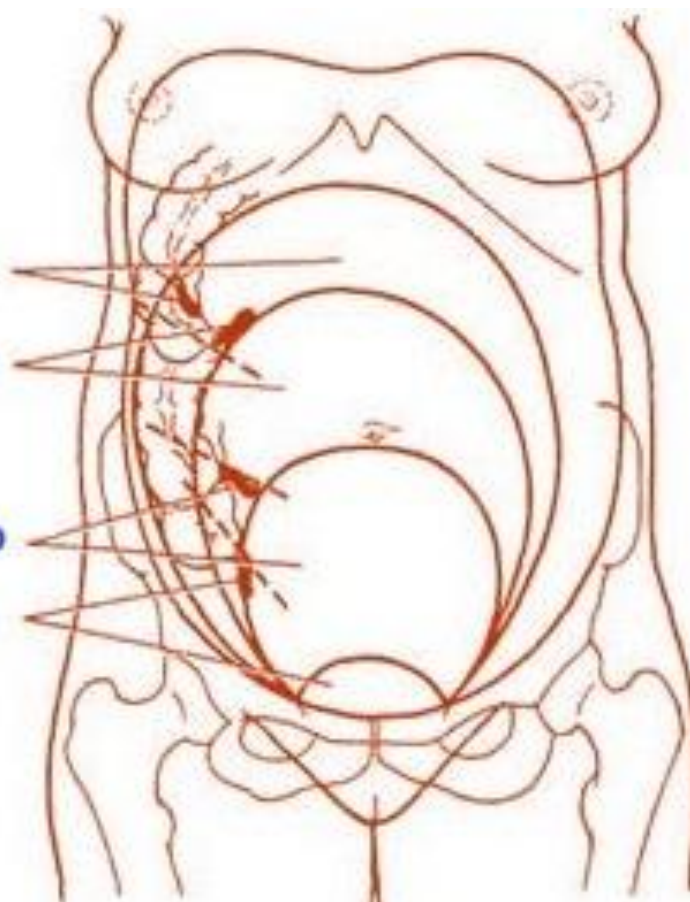
- Развитию острого и обострению хронического аппендицита во время беременности способствуют смещение вверх и кнаружи слепой кишки вместе с червеобразным отростком, начиная с 20 - 21-й недели беременности (максимально к 37 - 38-й неделе), что в свою очередь приводит к перегибу и растяжению его, разрывам старых сращений, нарушению опорожнения, а также ухудшению кровоснабжения червеобразного отростка
- склонность к запорам, в результате которых происходит застой содержимого кишечника и повышение вирулентности кишечной микрофлоры
- гормональные сдвиги, приводящие к функциональной перестройке лимфоидной ткани.

от 31 до 40 недель

от 21 до 30 недели

от 11 - 20 недель

от 1 - 10 недель



Клиническая картина

- В первой половине беременности ведущим симптомом острого аппендицита являются боли, появляющиеся внезапно, но иногда не столь значительные, как вне беременности.
- Локализуются боли в эпигастральной области или по всему животу (через 3 - 4 ч они локализуются выше правой подвздошной области).
- Возможны тошнота, рвота, повышение температуры тела до 38°С или отсутствие гипертермии.
- Пульс учащается до 100 ударов в минуту и более.
- Нарастает нейтрофильный лейкоцитоз (более 1210/л), со вторых суток нарастает СОЭ.
- При пальпации защитное напряжение мышц живота выражено слабо из-за перерастянутости брюшной стенки и расположения червеобразного отростка за маткой.

Симптомы раздражения брюшины в I триместре беременности определяются легко:

а) симптом Ровзинга - усиление болей в области слепой кишки при надавливании в левой подвздошной области (не всегда положительный).

б) симптом Ситковского - усиление болей в положении больной на левом боку (не всегда положительный).

в) симптом Бартоломье-Михельсона - усиление болей при пальпации в положении больной на правом боку, когда аппендикс придавлен маткой, а не на левом, как у небеременных.

г) симптом Щеткина-Блюмберга - резкое усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с передней брюшной стенки после надавливания.

В более поздние сроки клиническая картина острого аппендицита выражена нечетко (симптомы раздражения брюшины смазаны, т.к. аппендикс не имеет близкого контакта с париетальной брюшиной, будучи смещен кзади и выше беременной маткой).

Дифференциальная диагностика

В первую половину беременности острый аппендицит необходимо дифференцировать от раннего токсикоза, почечной колики, пиелонефрита, холецистита, панкреатита, острого гастрита, внематочной беременности, пневмонии и перекрута ножки кисты яичника.

Для этого определяют симптом Пастернацкого (отрицательный при аппендиците), мочу (не должна содержать патологических элементов), кал, выслушивают легкие (в сомнительных случаях производят рентгеноскопию), обязательно обследуют беременную бимануально, производят хромоцистоскопию (при почечной колике индигокармин не выделяется из обтурированного мочеточника), производят УЗИ для исключения перекрута ножки яичникового образования, внематочной беременности.

Во второй половине беременности, когда червеобразный отросток расположен высоко, аппендицит особенно трудно дифференцировать от

а) правостороннего пиелонефрита. Пиелонефрит начинается с озноба, рвоты, лихорадки, затем появляются боли; аппендицит всегда начинается с болей, а затем повышается температура тела и появляется рвота. Максимальная болезненность при пиелонефрите беременных выявляется при пальпации ближе к поясничной области. Пальпацию следует проводить в положении больной на левом боку; в этом случае, благодаря некоторому смещению матки влево, удастся более детально прощупать область червеобразного отростка и правой почки. Анализ мочи помогает уточнить диагноз острого пиелонефрита. Если остаются сомнения, больную лучше прооперировать, чем проводить консервативное лечение с риском развития аппендикулярного перитонита.

б) холецистита. Правильно диагностировать заболевание можно (как правило) во время лапаротомии или лапароскопии.

Лечение острого аппендицита

Диагноз аппендицита служит показанием для обязательной операции вне зависимости от срока беременности. Операция показана также при картине стихающего приступа аппендицита, так как при беременности на фоне измененного иммунологического статуса вероятность развития деструктивного процесса значительно возрастает. Когда клиническая картина недостаточно ясна, возможно динамическое наблюдение не более 3 ч. В случае подтверждения диагноза или невозможности исключить его, показана операция.

1. Оперативное лечение в первой половине беременности.

Техника аппендэктомии не отличается от таковой вне беременности. Рана зашивается наглухо. Любое осложнение аппендицита (периаппендикулярный абсцесс, аппендикулярный инфильтрат, перитонит любой распространенности) являются показанием для дренирования брюшной полости с последующей активной аспирацией и введением антибиотиков в брюшную полость. Последующий объем лечения определяется распространенностью процесса. По желанию женщины аборт производят через 2-3 недели после проведенной аппендэктомии в первой половине беременности.



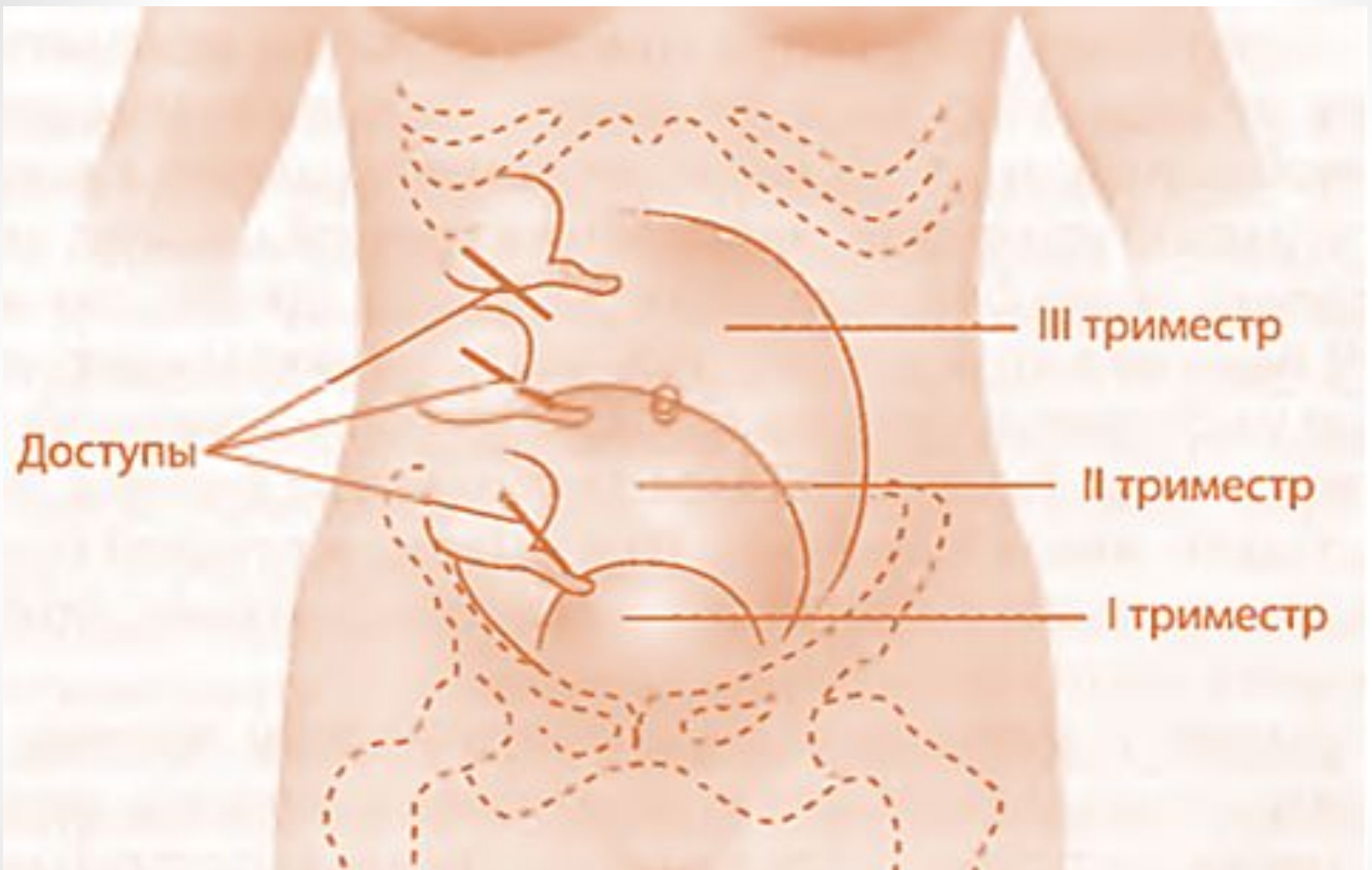
2. Оперативное лечение во второй половине беременности. Доступы:

а) несколько выше разреза по Мак-Бернею-Волковичу-Дьяконову.

б) расширенный разрез Мак-Бервея-Волковича-Дьяконова с надсечением края влагалища правой прямой мышцы.

в) нижнесрединная лапаротомия – метод выбора.

В послеоперационном периоде необходимо назначается лечение, направленное на профилактику прерывания беременности. Если операция и послеоперационный период прошли без осложнений и признаков прерывания беременности нет, то женщине разрешается вставать на 4-5 день.



Доступы

III триместр

II триместр

I триместр

Лечение осложнений острого аппендицита:

1. при наличии разлитого гнойного перитонита при доношенной или почти доношенной беременности (36 - 40 недель) проводят экстраперитонеальное кесарево сечение с сохранением матки. Затем после ушивания матки производят аппендэктомию и проводят лечение перитонита.
2. при разлитом гнойном перитоните, вызванном флегмонозным или гангренозным аппендицитом, производят родоразрешение путем кесарева сечения с последующей ампутацией или экстирпацией матки, брюшную полость дренируют и далее проводят лечение перитонита.

Тактика при возникновении острого аппендицита в родах:

Тактика при аппендиците в родах зависит от течения родов и от клинической формы острого аппендицита

1. если роды протекают нормально при клинической картине катарального или флегмонозного аппендицита, то нужно способствовать быстрому естественному родоразрешению и затем произвести аппендэктомию.
 2. если на фоне нормального течения родов имеется клиническая картина гангренозного или перфоративного аппендицита, то нужно произвести одномоментно кесарево сечение и аппендэктомию.
- При развитии клинической картины острого аппендицита в послеродовом периоде производят типичную аппендэктомию и последующее лечение.

2. Острый холецистит и беременность

Классификация острого холецистита:

1. **Неосложненный:** катаральный, флегмонозный, гангренозный.
2. **Осложненный** (калькулезный, бескаменный): механической желтухой, околопузырным инфильтратом, околопузырным абсцессом, прободением пузыря, перитонитом, холангитом, наружным или внутренним желчным свищом, острым панкреатитом.

Осложнения, возникающие при остром холецистите: преждевременные роды, несвоевременное излитие околоплодных вод, нарушения сократительной деятельности матки, кровотечения, внутриутробная гипоксия плода, внутриутробная задержка развития плода, перинатальная смертность.

Клиническая картина

Больные жалуются на тошноту и рвоту, которые не приносят облегчения; острую боль в правом подреберье, которая может иррадиировать в правую лопатку, плечо, в спину.

Локализация и характер боли у беременных при остром холецистите не изменяются, однако местные симптомы обычно мало выражены: болезненность в области желчного пузыря при пальпации;

-симптом Ортнера - болезненность при поколачивании ребром ладони по правой реберной дуге;

-симптом Мюсси - боль при надавливании над ключицей в точке между ножками правой грудинно-ключично-сосцевидной мышцы, где идет диафрагмальный нерв;

-симптом Боаса - боль при надавливании справа от VIII - X грудных позвонков на спине;

-симптом Керра - боль на вдохе при пальпации правого подреберья.

При катаральном холецистите интоксикации нет, температура субфебрильная или нормальная; симптомы раздражения брюшины локальные в области правого подреберья или их нет; наблюдается повышение тонуса матки, но при пальпации матка безболезненна; сердцебиение плода нормальное.

При прогрессировании процесса состояние беременной ухудшается, нарастает интоксикация, появляется озноб, температура повышается до 38°C , симптомы раздражению брюшины усиливаются, со стороны матки могут появляться нерегулярные схватки, но изменений со стороны шейки матки нет.



Диагностика

Диагностика острого холецистита и желчнокаменной болезни у беременных такая же, как у небеременных.

1. Лабораторные данные: повышение уровня билирубина в сыворотке (прямого и непрямого); повышение активности aminotransferases; появление билирубина в моче (билирубинурия).

2. УЗИ.

3. Рентгенография и изотопное исследование. При проведении рентгенографии с использованием контрастных веществ необходимо экранирование живота.

Тактика ведения беременной и лечение обсуждаются совместно с хирургом.

Лечение

1. Консервативное:

- а) аспирация содержимого желудка через назогастральный зонд, обильное питье, после нескольких суток отдыха кишечника (24 - 48 ч) назначают щадящую диету;
- б) инфузия жидкостей (раствор Рингера, лактосоль, гемодез, реополиглюкин);
- в) анальгетики и спазмолитики - но-пша 2%-2 мл, баралгин 5 мл, папаверина гидрохлорид 2%-2 мл, промедол 2%-1 мл;
- г) с целью профилактики инфекционных осложнений назначают антибиотики широкого спектра действия (ампициллин или цефалоспорины);
- д) антигистаминные препараты (тавегил и др.).

2. Хирургическое. Показания: неэффективность консервативного лечения (в течение 2-3 суток); повторные приступы; механическая желтуха; подозрение на перфорацию желчного пузыря; наличие признаков разлитого перитонита; острый холецистит, осложненный панкреатитом; наличие холангита; деструктивные изменения в стенке желчного пузыря. Если есть возможность отложить операцию, лучше выполнять холецистэктомию во II триместре беременности, поскольку в I триместре высок риск самопроизвольного аборта и тератогенного действия общих анестетиков, а в III триместре операцию выполнить технически сложнее. При возможности отсрочить оперативное вмешательство, его проводят через 3-4 недели после начала заболевания, когда нет острых явлений. Техника хирургической операции типичная.

Акушерская тактика: роды ведут через естественные родовые пути, кесарево сечение производится при наличии акушерских показаний.

Лапароскопические
устройства



Желчный
пузырь

Видео камера

3. Острая кишечная непроходимость и беременность

По клиническому течению заболевания выделяют две формы непроходимости:

а) динамическая: паралитическая, спастическая. Во время беременности наблюдается чаще, вследствие снижения возбудимости матки и кишечника в результате действия прогестерона.

б) механическая: обтурационная, странгуляционная, смешанная. Чаще возникает при наличии спаечного процесса в брюшной полости после перенесенных операций, при аномалиях развития органов ЖКТ и брюшной стенки, чрезмерно длинной брыжейке, склонности к атонии кишечника, а также при наличии внутренних грыж, опухолей в брюшной полости. Наиболее часто встречается странгуляционная острая кишечная непроходимость (заворот тонкой кишки). Она обычно возникает вследствие усиленной перистальтики и развития спаечного процесса в брюшной полости.

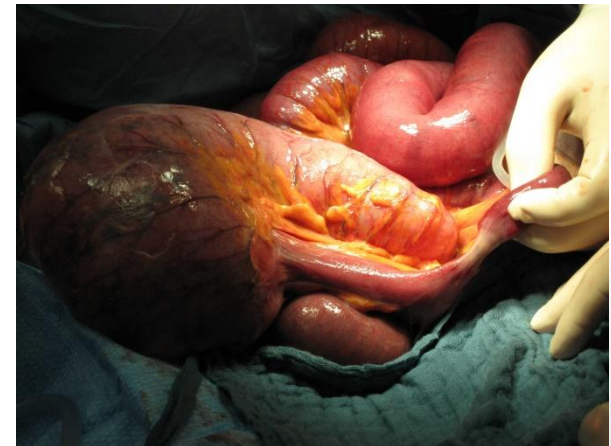
Клиническая картина и диагностика

- Наиболее тяжелая картина возникает при перекручивании брыжейки или ущемлении петель тонкого кишечника, в результате чего нарушается кровообращение и развивается картина «острого живота» с явлениями выраженной интоксикации и гемодинамических нарушений.
- Клиническая картина проявляется острыми схваткообразными болями в животе.
- Язык сухой, обложен, наблюдается тошнота, рвота, задержка стула и газов.
- Пульс до 120-130 уд/мин, дыхание учащено до 30 в мин.
- При пальпации живота отмечают резкая болезненность и выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки по всему животу.
- Наблюдается повышение температуры до 38 - 38,5° С, резко нарастает лейкоцитоз и сдвиг формулы влево.

- При рентгенологическом исследовании брюшной полости видны растянутые газом петли кишечника и горизонтальные уровни жидкости в них (чаши Клойбера).
- Для диагностики можно применять колоноскопию фиброэндоскопом.

Кишечная непроходимость при беременности больших сроков не всегда характеризуется обычными симптомами:

- Боли могут быть умеренными, непостоянными, локализоваться в эпигастральной области или по всему животу.
- Нередко наблюдается рвота, задержка газов, явления интоксикации.
- Выраженное вздутие живота может отсутствовать.



Дифференциальная диагностика:

с перитонитом, острым аппендицитом, прободной язвой желудка и 12-перстной кишки, острым панкреатитом, начавшимся выкидышем, отслойкой нормально расположенной плаценты, разрывом матки, преждевременными родами, перекрутом ножки кисты яичника, разрывом печени или селезенки с внутрибрюшным кровотечением, абдоминальной формой инфаркта миокарда.

Акушерская тактика

- В первой половине беременности - стремление в сохранении беременности.
- Во второй половине беременности вопрос о ее сохранении решается индивидуально. Если кишечная непроходимость сопровождается родовой деятельностью, то следует произвести родоразрешение через естественные родовые пути, а потом выполнить операцию на кишечнике.
- В отсутствии условий для быстрого родоразрешения производят кесарево сечение, а затем хирургическое лечение кишечной непроходимости.
- При перитоните производят абдоминальное родоразрешение с обязательной надвлагалищной ампутацией матки.
- Кесарево сечение с последующей экстирпацией матки с трубами в настоящее время применяется только при наличии абсолютных акушерских показаний.

Лечение кишечной непроходимости проводят вместе с хирургами.

1. **Консервативное:** сифонная клизма, внутривенное введение глюкозо-новокаиновой смеси, изотонического раствора натрия хлорида (до 2 - 3 л) – ликвидация динамической кишечной непроходимости. Сифонную клизму применяют не только с лечебной, но и с диагностической целью: чем больше жидкости входит одновременно в кишку, тем выше расположена обструкция. Консервативные мероприятия не должны продолжаться более 2,5-3,5 ч, т.к. возможной причиной является спаечная кишечная непроходимость.

2. **Хирургическое:** при отсутствии эффекта от консервативной терапии и нарастании клинических и лабораторных признаков ОКН. Вопрос о целесообразности продолжения беременности решается индивидуально. При нарастании интоксикации, ухудшении общего состояния женщины ставится вопрос о досрочной прерывании беременности - родоразрешении через естественные родовые пути.

Подготовка к операции:

- а) компенсация водно-электролитных нарушений с помощью полиэлектролитных растворов;
- б) компенсация белкового дефицита;
- в) восстановление ОЦК путем переливания СЗП или сыворотки крови;
- г) нормализация КОС посредством введения 4% раствора натрия гидрокарбоната 100 - 300 мл;
- д) введение кардиотонических средств - коргликон, аскорбиновая кислота.

Ведение послеоперационного периода: постоянная аспирация кишечного содержимого; возмещение дефицита белков, электролитов, крови, витаминов и жидкости; нормализация КОС; назначение антигистаминных и кардиотонических средств, глюкозы с инсулином, панангина, антибиотиков широкого спектра действия; осуществляют профилактику агрегации форменных элементов крови - реополиглюкин, гепарин.

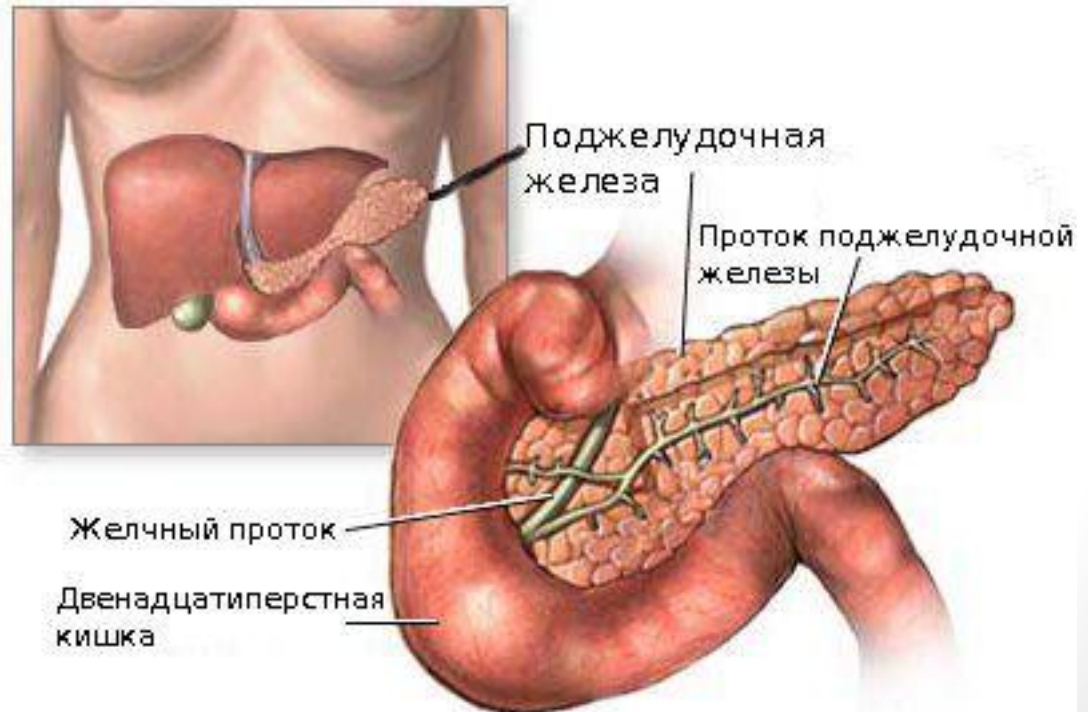
4. Острый панкреатит и беременность

Причины острого панкреатита:

прием лекарственных препаратов - тиазидовые диуретики, фуросемид, вальпроевая кислота и др.; механические, в результате нарушения оттока - при желчнокаменной болезни, стенозе после хирургического вмешательства, воспаления и отека фатерова соска, дивертикулита 12-перстной кишки; инфекции - аскаридоз, эпидемический паротит и другие вирусные инфекции, микоплазменная инфекция; метаболические нарушения - гипертриглицеридемия, гиперкальцемика ХПН; другие заболевания - острая жировая дистрофия печени, СКВ, пенетрирующая язва желудка или 12-перстной кишки, тромбоцитопеническая пурпура.

Причины хронического панкреатита:

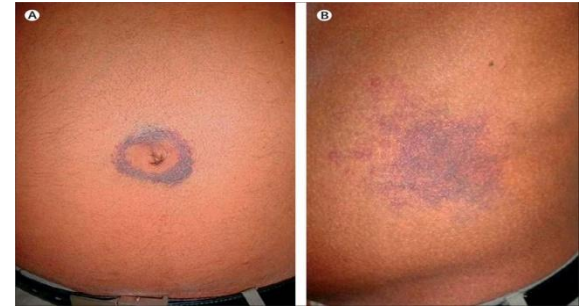
алкоголизм; муковисцедоз; гемохроматоз; недостаточность Альфа-антитрипсина; недостаточность трипсиногена или энтерокиназы; нарушение питания, сопровождающееся гипоальбуминемией; наследственная предрасположенность.



Клиническая картина

- Чаще острый панкреатит начинается внезапно, с появления острых опоясывающих или постоянных болей в эпигастральной области, повышения температуры, вздутия живота, болезненности и небольшого напряжения мышц передней брюшной стенки, невыраженных симптомов раздражения брюшины.
- Появляются тошнота, рвота.
- Боли обусловлены наличием воспалительного процесса ткани железы, давлением ее на солнечное сплетение, отеком брыжейки и сальника.
- Боли сопровождаются тошнотой и многократной рвотой. Длительные боли могут приводить к сосудистому коллапсу или болевому шоку.
- Больные беспокойны, принимают вынужденное положение, кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие, иногда с желтушным оттенком, язык обложен, сухой.
- Иногда наблюдается снижение диуреза, гематурия, парез и непроходимость кишечника.
- У половины больных наблюдается лихорадка.

- При осмотре выявляют иктеричность склер.
- На коже могут появляться самопроизвольные «синячки» или кровоизлияния, участки цианоза на коже боковых поверхностей живота (симптом Грея Тернера) или вокруг пупка (симптом Каллена).



Клиническое течение острого панкреатита у беременных и частота осложнений находятся в прямой зависимости от степени выраженности патологического процесса в поджелудочной железе. При остром отеке железы течение заболевания более легкое, чем при геморрагическом панкреонекрозе. Вначале возникает асептический воспалительный процесс, в дальнейшем присоединяется инфекция и развивается гнойно-воспалительный процесс с переходом на брюшину с соответствующей клиникой перитонита. У беременных тяжесть клинической картины острого панкреатита и перитонита, как правило, не соответствуют степени изменения тканей и органов брюшной полости.

Диагностика

1. Лабораторные данные: легкая гипербилирубинемия; повышение уровня амилазы в крови; повышение содержания амилазы (диастазы) в моче; лейкоцитоз; снижение содержания кальция в крови; анемия; гипо- или гиперкалиемия; гипо- или гипергликемия.
2. УЗИ. В сроке 18-20 нед. и более матка может помешать визуализации поджелудочной железы.
3. Лапароскопия при сроке беременности не более 16-18 недель.

Лечение

Проводят совместно с хирургом. Лечение должно быть комплексным и направленным на снятие болевого синдрома, уменьшение секреторной активности поджелудочной железы, инактивацию протеаз, проведение антибактериальной и инфузионной терапии.

1. Консервативное:

- а) для подавления функции поджелудочной железы производят отсасывание желудочного содержимого с помощью назогастрального зонда, исключают прием препаратов и пищевых продуктов внутрь (режим голода и жажды в течение 3-4 дней);
- б) холинолитики: атропина сульфат 0,1%-1 мл п/к, платифиллина гидротартрат 0,2%-1 мл п/к;
- в) ингибиторы протеаз - гордокс, контрикал, трасилол: сначала по 25000 - 50000 ЕД в/венно, затем 25000 - 75000 ЕД в 5% растворе глюкозы капельно; в следующие дни по 50000 - 25000 ЕД в сутки, уменьшая дозу по мере улучшения клинической картины и результатов лабораторных исследований;
- г) купирование боли: 1) спазмолитики - но-шпа 2% по 2-4 мл в/м, папаверина гидрохлорид 1-2% раствор 1-2 мл в/м; 2) анальгетики: анальгин 50% по 1-2 мл в/м, баралгин по 5 мл в/м, или в/в;
- д) антигистаминная терапия: супрастин, тавегил, димедрол;
- е) антибактериальная терапия - больным с панкреонекрозом для предотвращения нагноения;
- ж) мочегонные средства с целью снижения секреторной функции поджелудочной железы и устранения ее отека: лазикс 1% 1 - 2 мл в/в;
- з) поддержание электролитного баланса - введение большого количества жидкости (3-6 л) с электролитами.
- и) при наличии гипергликемии - инсулин.

2. Хирургическое - при отсутствии эффекта от проводимой. Вопрос о времени и объеме хирургического вмешательства при остром панкреатите решается хирургом совместно с акушером-гинекологом.

Акушерская тактика.

При сроке беременности до 12 недель показано прерывание ее. Родоразрешение необходимо проводить через естественные родовые пути. Кесарево сечение производят по акушерским показаниям, учитывая наличие инфицирования брюшной полости производят экстраперитонеальное кесарево сечение. При наличии панкреатического перитонита после кесарева сечения следует произвести экстирпацию матки с трубами и широкое дренирование брюшной полости.



Клиническая картина хронического панкреатита.

Клиника во многом сходна с таковой при его обострении вне беременности.

Лечение осуществляется по тем же принципам, что и при остром панкреатите.

В период ремиссии:

1. Диетотерапия: следует принимать пищу 4-5 раз в день. Пища должна содержать избыточное количество углеводов, водорастворимых витаминов, веществ, оказывающих липотропное действие, ограниченное количество жиров при нормальном или повышенном содержании белков. Запрещается употребление холодных напитков, тортов, пирожных, крепких мясных или рыбных бульонов.

2. Панкреатин (по 1 г 3 раза в день после еды) или препараты, содержащие ферменты желудка, поджелудочной железы и тонкой кишки: холензим, панзинорм, фестал (по 1-2 таблетки 3 раза в день после еды).

Обострение процесса:

1. В первые 1-3 дня назначают режим голода и жажды. В последующем рекомендуется диета со значительным ограничением калорийности, с исключением из пищевого рациона жира, поваренной соли, азотсодержащих экстрактивных веществ. Назначают преимущественно углеводистую и белковую пищу.
2. Спазмолитические и болеутоляющие, антиферментные препараты.

Акушерская тактика. При стойкой ремиссии заболевания, в отсутствии выраженных нарушений функции поджелудочной железы и осложнений, таких как сахарный диабет, беременность при хроническом панкреатите может быть разрешена. С первых недель беременности женщины должны находиться под наблюдением акушера-гинеколога и терапевта, с тем чтобы при появлении первых признаков обострения заболевания была начата терапия. Хронический панкреатит существенно не влияет на течение второй половины беременности и на ее исход. При обострении заболевания тактика ведения беременности и родов такая же, как при остром панкреатите.

5. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки и беременность

По клиническому течению различают: прободение в свободную брюшную полость, прободение прикрытое, прободение атипичное.

Клиническая картина

Заболевание характеризуется внезапным появлением резкой боли в эпигастральной области, затем боль распространяется по всему животу. Рвоты в первые часы заболевания не наблюдается. Беременная лежит на спине с подтянутыми к животу ногами. Дыхание частое, выраженная брадикардия, некоторое снижение АД, язык влажный, выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины. Постепенно нарастают симптомы разлитого перитонита. Появляется рвота, язык сухой, пульс до 120-140 уд/мин, перистальтические шумы не выслушиваются. В верхних отделах живота определяется свободный газ, при перкуссии исчезает печеночная тупость, в нижних отделах живота отмечается свободная жидкость.

Дифференциальный диагноз: с острым аппендицитом, панкреатитом, холециститом, кишечной непроходимостью, тромбозом мезентериальных сосудов, почечной коликой, преждевременной отслойкой плаценты, разрывом матки и инфарктом миокарда.

Лечение

При установлении диагноза гастродуоденальной язвы показана срочная операция. Объем хирургического вмешательства решается хирургом и зависит от времени перфорации, локализации отверстия, наличия или отсутствия разлитого перитонита.

Акушерская тактика. Вопрос о сохранении беременности решается индивидуально. При сроке беременности до 12 недель целесообразно ее прервать. При более поздних сроках необходимо проводить сохраняющую терапию. При доношенной беременности родоразрешение проводят через естественные родовые пути. Кесарево сечение производят по акушерским показаниям. При необходимости после кесарева сечения производят экстирпацию матки с трубами и дренирование брюшной полости.

Спасибо за внимание!

