

# Пиовар при беременности. Клинический случай

М.В. Андреева<sup>✉1</sup>, Е.П. Шевцова<sup>1</sup>, В.И. Гаценко<sup>2</sup>, В.В. Двужилов<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, Волгоград, Россия;

<sup>2</sup>ГУЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи №25», Волгоград, Россия;

<sup>3</sup>ГУЗ «Клинический родильный дом №2», Волгоград, Россия

## Аннотация

Вопрос о послеродовых воспалительных заболеваниях матки и придатков остается актуальным для современного акушерства. Это обусловлено их высокой частотой (5–26%) в структуре заболеваемости и смертности среди родильниц. Представлен редкий клинический случай гнойного оофорита, возникшего у женщины в конце беременности и выявленного на 22-е сутки после родов, что было обусловлено трудностями диагностики, показана тактика ведения в данной клинической ситуации.

**Ключевые слова:** пиовар, беременность, диагностика, тактика ведения

**Для цитирования:** Андреева М.В., Шевцова Е.П., Гаценко В.И., Двужилов В.В. Пиовар при беременности. Клинический случай. Гинекология. 2023;25(4):424–427.

DOI: 10.26442/20795696.2023.4.202517

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2023 г.

## CASE REPORT

# Pyo-ovarium during pregnancy. Case report

Margarita V. Andreeva<sup>✉1</sup>, Elena P. Shevtsova<sup>1</sup>, Vitaly I. Gatsenko<sup>2</sup>, Vitaly V. Dvuzhilov<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia;

<sup>2</sup>City Clinical Emergency Hospital №25, Volgograd, Russia;

<sup>3</sup>Clinical Maternity Hospital №2, Volgograd, Russia

## Abstract

The issue of postpartum inflammatory diseases of the uterus and appendages remains relevant for modern obstetrics due to their high percentage (5–26%) in the structure of morbidity and mortality among postpartum women. A rare clinical case of purulent oophoritis that occurred in a woman at the end of pregnancy and was detected on day 22 after childbirth, which was due to diagnostic difficulties, is presented, and the management approach in this clinical situation is shown.

**Keywords:** pyo-ovarium, pregnancy, diagnosis, management approach

**For citation:** Andreeva MV, Shevtsova EP, Gatsenko VI, Dvuzhilov VV. Pyo-ovarium during pregnancy. Case report. Gynecology. 2023;25(4):424–427.

DOI: 10.26442/20795696.2023.4.202517

## Введение

В последние годы в России растет количество инфекционных и септических осложнений во время беременности, и особенно после родов. Значительное увеличение частоты оперативных родоразрешений привело к заметному снижению перинатальной смертности, но одновременно вызвало рост инфекционных осложнений в пуэрперии [1–5]. Вопрос о послеродовых воспалительных заболеваниях матки и придатков остается актуальным для современного акушерства. Это обусловлено их высокой частотой (5–26%) в структуре заболеваемости и смертности среди родильниц [1, 4, 6–12].

В настоящее время во всем мире послеродовые инфекции стоят на 4-м месте в структуре материнской смертности [1, 2, 4, 6]. Так, в 2018 г. в структуре материнской смертности эта патология составила 9,1%. В странах со слаборазви-

той экономикой септический шок после инфицированных аборт и родов занимает одно из первых мест [6, 7].

Одной из причин развития гнойно-септических заболеваний послеродового периода является высокая частота инфицирования самих беременных, а также плодных оболочек, околоплодной жидкости и плода [13, 14]. В результате этого возникает хронический очаг инфекции во время гестации. На этом фоне в нынешний период инфекционный процесс у беременных и родильниц характеризуется изменением спектра возбудителей с увеличением значимости микроорганизмов, представляющих семейством энтеробактерий и их ассоциаций, что приводит к изменению клинической картины заболевания в виде стертых и атипичных форм, поздней диагностики и, соответственно, к запоздалому началу лечения [13–16].

## Информация об авторах / Information about the authors

<sup>✉</sup>Андреева Маргарита Викторовна – д-р мед. наук, проф., проф. каф. акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ВолГМУ. E-mail: vaa1947@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-2111-0351

Шевцова Елена Павловна – канд. мед. наук, доц., доц. кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ВолГМУ

Гаценко Виталий Иванович – зав. гинекологическим отд-нием ГУЗ «ГКБ СМП №25»

Двужилов Виталий Владимирович – глав. врач ГУЗ «КРД №2»

<sup>✉</sup>Margarita V. Andreeva – D. Sci. (Med.), Prof., Volgograd State Medical University. E-mail: vaa1947@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-2111-0351

Elena P. Shevtsova – Cand. Sci. (Med.), Volgograd State Medical University

Vitaly I. Gatsenko – Department Head, City Clinical Emergency Hospital №25

Vitaly V. Dvuzhilov – Chief doctor, Clinical Maternity Hospital №2

Особое внимание в последнее время при этом заслуживает отсутствие эффекта от противовоспалительной терапии [15–19]. Это в значительной мере обусловлено выраженной устойчивостью микрофлоры к антибиотикам и антибактериальным препаратам, а также снижением иммунного статуса беременных [17–19].

**Цель исследования** – продемонстрировать клинический случай гнойного оофорита в III триместре беременности и в послеродовом периоде, а также тактику ведения данной патологии.

### Описание клинического случая

Родильница М. 32 лет каретой скорой медицинской помощи доставлена в ГУЗ «ГКБ СМП №25» 3-го уровня г. Волгограда 14.02.2022 в 13 ч 52 мин с жалобами на боли во всех отделах живота без четкой локализации, общую слабость, недомогание, сухость во рту, умеренные кровянистые выделения из половых путей. Боли появились в 6 ч 30 мин 14.02.2022 на 22-е сутки после родов. Пациентка самостоятельно принимала Нурофен и Бускопан, эффекта не было. В это же время отмечала повышение температуры до 38,5°C. На момент поступления в стационар контакт с больными COVID-19 отрицает. Не привита. Пациентка кормила ребенка грудью.

Из анамнеза у больной выявлено наличие хронической патологии: ожирение 1-й степени; с 17 лет хроническая артериальная гипертензия; миопия слабой степени; варикозная болезнь вен нижних конечностей, хроническая венозная недостаточность 1–2-й степени, осложнившаяся тромбозом в 2017 г., по поводу которого производилась тромбэктомия. Из гинекологических заболеваний, со слов больной, с 2014 г. у нее диагностирован хронический цервицит, по поводу которого она не обследовалась и не лечилась.

У пациентки было 5 беременностей, из них 1 – внематочная, закончившаяся правосторонней тубэктомией в 2015 г., и 4 – своевременными родами (последние 23.01.2022).

Настоящая беременность осложнилась: в I триместре – гестационным сахарным диабетом на фоне ожирения 1-й степени, обострением хронического цервицита, аэробным вагинитом, по поводу которого пациентка пролечена; во II триместре – патологической прибавкой массы тела, острым ринофарингитом. В III триместре беременности выявлены гестационная анемия 1-й степени (проводили ферротерапию); отеки нижних конечностей; артериальная гипертензия; тромбоз флебита притока малой подкожной вены слева в верхней трети голени, по поводу которого проводилась антикоагулянтная терапия препаратом эноксапарина натрия по 0,8 мл 2 раза в день подкожно в отделении сердечно-сосудистой хирургии ГУЗ «ГКБ СМП №25» г. Волгограда. Пациентка выписана из отделения домой в удовлетворительном состоянии.

В 37 нед беременная перенесла острую респираторную вирусную инфекцию, после чего с 38-й недели гестации ее стали периодически беспокоить незначительные ноющие боли в правой подвздошной области. Пациентка обратилась к участковому врачу акушеру-гинекологу с этими жалобами. Врач расценил их как признак возможного спаечного процесса органов малого таза и брюшной полости после выполненной правосторонней тубэктомии у пациентки в 2015 г., поэтому дальнейшее обследование и выяснение причины указанных жалоб не проводилось.

На протяжении всей беременности у пациентки отмечался повышенный уровень лейкоцитов от 11,3 до 12,5×10<sup>9</sup>/л. Причина не установлена.

Последняя беременность у больной закончилась своевременными родами (в 40 нед) 23.01.2022, продолительно-

стью 9 ч 55 мин. Родилась девочка, массой 3960 г, длиной 54 см, без асфиксии. Ранний послеродовой период протекал с осложнением. Так, на 3-и сутки после родов диагностирован острый тромбоз флебита притока большой подкожной вены на уровне нижней трети левого бедра до верхней трети левой голени. Назначена антикоагулянтная терапия (препарат Клексан по 0,8 мл 2 раза в день подкожно). В госпитализации в отделение сердечно-сосудистой хирургии в ГУЗ «ГКБ СМП №25» г. Волгограда родильница не нуждалась (заключение сосудистого хирурга данного лечебно-профилактического учреждения от 25.01.2022).

На 5-е сутки (27.01.2022) после родов пациентка выписана домой из родильного стационара вместе с ребенком в удовлетворительном состоянии.

Итак, родильница М. 32 лет каретой скорой медицинской помощи доставлена в ГУЗ «ГКБ СМП №25» г. Волгограда 3-го уровня 14.02.2022 в 13 ч 52 мин (на 22-е сутки послеродового периода) с жалобами на боли во всех отделах живота без четкой локализации, общую слабость, недомогание, сухость во рту, умеренные кровянистые выделения из половых путей.

В ходе первичного осмотра гинекологом в приемном покое 14.02.2022 в 14 ч 35 мин выявлено следующее: общее состояние удовлетворительное; температура тела – 38,5°C; артериальное давление – 110 и 80 мм. рт. ст.; частота сердечных сокращений – 76 уд/мин, частота дыхательных движений – 16 в минуту. При пальпации живот мягкий, болезненный во всех отделах, несколько вздут. Перистальтика не выслушивается. Имеется визуально наличие варикозной болезни вен нижних конечностей. Гинекологический осмотр: шейка матки без патологических изменений; тело матки увеличено до 8–9 нед беременности, безболезненно при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, область их при пальпации чувствительна справа; выделения из половых путей кровянистые, в умеренном количестве. При микроскопии мазка из влагалища обнаружено: лейкоциты на все поле зрения, микрофлора смешанная, гонококки и трихомонады не обнаружены.

В ходе первичного осмотра поставлен предварительный диагноз: послеродовой период. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез. Гематометра? Пельвиоперитонит? Вагинит. Рекомендовано: ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза; определение С-реактивного белка, D-димера; проведение электрокардиографии и др. Взяты следующие анализы: общий анализ крови, биохимия крови, общий анализ мочи и др. Пациентка переведена в палату динамического наблюдения приемного покоя.

В палате динамического наблюдения выявлено следующее: состояние больной тяжелое; гемодинамика нестабильная с тенденцией к гипотензии; язык подсыхает, обложен белым налетом; живот мягкий, болезненный во всех отделах, перистальтика не выслушивается; артериальное давление – 100 и 60 мм рт. ст.; частота сердечных сокращений – 130 уд/мин; частота дыхательных движений – 17 в минуту; SpO<sub>2</sub> – 98%; T тела – 38,5°C.

Поставлен диагноз: острый аппендицит. Пельвиоперитонит. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Гипертоническая болезнь 1-й степени? Артериальная гипертензия (АГ) 1-й степени.

В ходе наблюдения пациентка проконсультирована врачами смежных специальностей. Предварительный диагноз терапевта: гипертоническая болезнь 1-й степени? АГ 1-й степени. Варикозная болезнь вен нижних конечностей.

Диагноз кардиолога: гипертоническая болезнь 1-й степени. АГ 2-й степени, риск 2.

Выполнен стандарт следующих лабораторных исследований.

Общий анализ крови от 14.02.2022 в 14 ч 56 мин: эритроциты –  $4,83 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин – 141 г/л; гематокрит – 44%; тромбоциты –  $313 \times 10^9/л$ ; лейкоциты –  $26 \times 10^9/л$ ; палочкоядерные лейкоциты – 12; сегментоядерные лейкоциты – 71; лимфоциты – 5; моноциты – 5. Скорость оседания эритроцитов – 10 мм/ч.

Общий анализ крови от 14.02.2022 в 15 ч 26 мин: эритроциты –  $4,74 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин – 138 г/л; гематокрит – 43%; тромбоциты –  $278 \times 10^9/л$ ; лейкоциты –  $27,5 \times 10^9/л$ ; палочкоядерные лейкоциты – 16; сегментоядерные лейкоциты – 75; лимфоциты – 4; моноциты – 4. Скорость оседания эритроцитов – 15 мм/ч.

Биохимический анализ крови от 14.02.2022: билирубин общий – 13,7 мкмоль/л; аланинаминотрансфераза 17,7 Ед/л, аспаратаминотрансфераза – 18,6 Ед/л; креатинин – 76,0 мкмоль/л; глюкоза – 3,89 ммоль/л; мочевины – 5,2 ммоль/л; С-реактивный белок – 30,97 мг/л.

Коагулограмма от 14.02.2022: протромбиновый индекс – 104%; международное нормализованное отношение – 1,0; активированное частичное тромбопластиновое время – 45 с; фибриноген – 2,7 г/л; D-димер – 1,5 мкг FEU/мл.

Прокальцитонин тест от 14.02.2022 – 0,5 нг/мл.

Общий анализ мочи от 14.02.2022 – без патологических изменений.

Пациентка переведена в хирургическое отделение, начата инфузионная терапия.

Проведено дополнительное комплексное обследование.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и малого таза от 14.02.2022 в 14 ч 55 мин. Заключение: визуализация кишечника крайне ограничена. Перистальтика в видимых зонах отсутствует. В плевральных полостях свободной жидкости не выявлено. Диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы. Следы свободной жидкости в малом тазу. Со стороны матки и придатков патологии не выявлено. Серозометра – 3 мм.

Электрокардиография 14.02.2022 в 15 ч 56 мин. Заключение: синусовая тахикардия – 127 в минуту, вертикальная электрическая ось сердца, нагрузка на левый желудочек не регистрируется.

Ультразвуковое дуплексное сканирование вен обеих конечностей 14.02.2022 в 16 ч 10 мин. Заключение: глубокие и поверхностные вены проходимы при компрессии. В притоках малой подкожной вены справа и слева в верхней трети голени – варикозная трансформация. В притоках большой подкожной вены справа и слева в верхней трети бедра определяется варикозная трансформация.

Консультация ангиохирурга проведена 14.02.2022 в 17 ч 45 мин. Заключение: варикозная болезнь вен нижних конечностей. Хроническая венозная недостаточность 1-й степени.

14.02.2022 в 19 ч 30 мин в хирургическом отделении состоялся повторный консилиум. Состояние пациентки оценивалось как средней степени тяжести. Жалобы прежние с тенденцией к усилению болей во всех отделах живота, без их четкой локализации. Температура тела – до  $37,5^{\circ}C$ ; пульс – 90 уд/мин; артериальное давление – 120 и 70 мм рт. ст.; сатурация – 99%.

Объективно: кожные покровы обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык подсыхает, обложен белым налетом. При пальпации живот мягкий, болезненный во всех отделах, больше в правой подвздошной области, несколько вздут. Перистальтика кишечника вялая, без патологических кишечных шумов. Симптом Щёткина–Блюмберга – положительный. Симптом Пастернацкого – отрицательный с обеих

сторон. Мочеиспускание безболезненное, свободное. Дизурических расстройств не выявлено. Газы отходят.

Поставлен диагноз: перитонит (возможно аппендикулярного генеза). Заключение: учитывая неэффективность консервативной терапии, возможность развития осложнений, показана операция в срочном порядке – диагностическая лапароскопия.

Диагностическая лапароскопия (14.02.2022 в 20 ч 10 мин). Заключение: в малом тазу следы гнойного выпота. Червеобразный отросток  $8,0 \times 0,5$  см, обычного цвета, не напряжен. Петли толстой и тонкой кишки без видимой патологии. Печень обычного цвета. Желудок, двенадцатиперстная кишка – без видимой патологии. Правый яичник  $5,0 \times 3,5$  см, фиксирован спайками к ребру матки, из дефекта его верхнего полюса поступает гноевидная жидкость.

В связи с выявленным консилиумом решено перейти на нижнесрединную лапаротомию.

Операция: 14.02.2022 начало в 20 ч 35 мин., окончание – 14.02.2022 в 22 ч 30 мин. Выполнено: нижнесрединная лапаротомия, овариоэктомия справа. Показания: гнойный правосторонний оофорит, пельвиоперитонит.

Описание: при ревизии брюшной полости обнаружено следующее. Матка увеличена до 7–8 нед беременности, визуально не изменена. Левая маточная труба обычного строения. Фимбрии выражены. Отделяемого нет. Яичник слева размерами  $3,0 \times 2,0$  см, не изменен.

Правая маточная труба отсутствует. Правый яичник размерами  $5,0 \times 3,5$  см, тесно спаян с правым ребром и задней стенкой матки. Из микроперфорационного отверстия в верхнем полюсе яичника истекает зеленоватый гной. Гнойное отделяемое взято для бактериологического исследования. В малом тазу 30 мл мутного выпота.

Выполнена операция: нижнесрединная лапаротомия; овариоэктомия справа, санация и дренирование брюшной полости. Брюшная полость промыта антисептическим раствором. В задний свод установлен улавливающий дренаж.

Макропрепарат: стенки правого яичника отечны, множество мелких полостей, диаметром от 7 мм до 20 мм, содержимое – гноевидное. Препарат отправлен на гистологическое исследование.

Результаты гистологического исследования послеоперационного материала: в препаратах ткань яичника с диффузной инфильтрацией сегментоядерными лейкоцитами, примордиальными фолликулами в корковом слое, кистозно-расширенными фолликулами, лютеинизацией фолликулярного эпителия. Стенка кисты с лейкоцитарной инфильтрацией, выстилкой фолликулярным эпителием, десквамацией, некрозом. Заключение: фолликулярная киста с некрозом и воспалением. Кистозно-атрофические изменения фолликулов яичника. Гнойный оофорит.

Результаты бактериологического исследования гнойного отделяемого из правого яичника, взятого во время операции: роста патологической микрофлоры не обнаружено.

Послеоперационный период протекал без осложнений на фоне антибиотикотерапии, применения антикоагулянтов, инфузионной терапии и др.

Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии на 10-е сутки после хирургического лечения.

## Заключение

Представлен редкий клинический случай гнойного оофорита, возникшего у женщины в конце беременности и выявленного только на 22-е сутки после родов, что было обусловлено трудностями диагностики. Однако возможность диагностики данного заболевания была. Участковому врачу

акушеру-гинекологу нужно было более внимательно и тщательно оценить жалобы пациентки на периодические незначительные ноющие боли в правой подвздошной области в поздние сроки беременности, крайне отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, высокий паритет, наличие экстрагенитальной патологии в анамнезе и во время настоящей беременности, в основном инфекционно-воспалительного характера, данные клинико-лабораторного исследования как во время беременности, так и после родов, а также привлечь к обследованию хирургов для подтверждения или исключения хирургического заболевания.

Данный клинический случай закончился благоприятно для жизни и репродуктивной функции женщины. Вовремя проведенное хирургическое лечение на фоне комплексного лечения в послеоперационный период привело к клиническому выздоровлению данной пациентки.

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

**Disclosure of interest.** 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.

**Информированное согласие на публикацию.** Пациентка подписала форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

**Consent for publication.** Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

## Литература/References

1. Радзинский В.Е., Фукс А.М. Акушерство. Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 [Radzinskii VE, Fuks AM. Akusherstvo. Uchebnik. Moscow: GEOTAR-Media, 2016 (in Russian)].
2. Bonet M, Souza JP, Abalos E, et al. The global maternal sepsis study and awareness campaign (GLOSS): Study protocol. *Reprod Health*. 2018;15(1):16. DOI:10.1186/s12978-017-0437-8
3. Адамян Л.В., Артымук Н.В., Белокриницкая Т.Е., и др. Септические осложнения в акушерстве. Клинические рекомендации (протокол лечения). М., 2017 [Adamian LV, Artyumuk NV, Belokrinitskaia TE, et al. Septicheskie oslozhneniia v akusherstve. Klinicheskie rekomendatsii (protokol lecheniia). Moscow, 2017 (in Russian)].
4. Материнская смертность в Российской Федерации в 2018 году. Методическое письмо. М., 2018 [Materinskaia smertnost' v Rossiiskoi Federatsii v 2018 godu. Metodicheskoe pis'mo. Moscow, 2018 (in Russian)].
5. Turner MJ. Maternal sepsis is an evolving challenge. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;146(1):39-42. DOI:10.1002/ijgo.12833
6. World Health Organization, 2011. Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications The WHO near-miss approach for maternal health. Available at: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44692/9789241502221_eng.pdf?sequence=1). Accessed: 15.03.2020.
7. Witteveen T, Bezstarosti H, de Koning I, et al. Validating the WHO maternal near miss tool: Comparing high- and low-resource settings. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):194. DOI:10.1186/s12884-017-1370-0
8. Einav S, Leone M. Epidemiology of obstetric critical illness. *Int J Obstet Anesth*. 2019;40:128-39. DOI:10.1016/j.ijoa.2019.05.010
9. Mu Y, Wang X, Li X, et al. The national maternal near miss surveillance in China: A facility-based surveillance system covered 30 provinces. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(44):e17679. DOI:10.1097/MD.00000000000017679
10. de Lima THB, Amorim MM, Buainain Kassar S, Katz L. Maternal near miss determinants at a maternity hospital for high-risk pregnancy in northeastern Brazil: A prospective study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019;19(1):271. DOI:10.1186/s12884-019-2381-9
11. Аудит критических акушерских состояний в Российской Федерации в 2016 году. Методическое письмо Минздрава России. М., 2017 [Audit kriticheskikh akusherskikh sostoianii v Rossiiskoi Federatsii v 2016 godu. Metodicheskoe pis'mo Minzdrava Rossii. Moscow, 2017 (in Russian)].
12. Россия в цифрах. 2019. Краткий статистический сборник. М.: Росстат, 2019 [Rossiia v tsifrakh. 2019. Kratkii statisticheskii sbornik. Moscow: Rosstat, 2019 (in Russian)].
13. Куценко И.И., Боровиков И.О., Галустян М.В., и др. Возможности прогнозирования гнойно-воспалительных осложнений после операции кесарева сечения. *Медицинский вестник Юга России*. 2022;13(4):73-87 [Kutsenko II, Borovikov IO, Galustyan MV, et al. Possibilities of predicting purulent-inflammatory complications after cesarean section. *Medical Herald of the South of Russia*. 2022;13(4):73-87 (in Russian)]. DOI:10.21886/2219-8075-2022-13-4-73-87
14. Оленев А.С., Конопляников А.Г., Вученович Ю.Д., и др. Септические осложнения в акушерстве: Точка невозврата. Оценка и прогноз. *Доктор.Ру*. 2020;19(6):7-14 [Olenev AS, Konoplyannikov AG, Vuchenovich YuD, et al. Septic complications in obstetrics: The point of no return. Evaluation and Prognosis. *Doctor.Ru*. 2020;19(6):7-14 (in Russian)]. DOI:10.31550/1727-2378-2020-19-6-7-14
15. Axelsson D, Brynhildsen J, Blomberg M. Postpartum infection in relation to maternal characteristics, obstetric interventions and complications. *J Perinat Med*. 2018;46(3):271-8. DOI:10.1515/jpm-2016-0389
16. Sweet RL. Treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2011;2011:561909. DOI:10.1155/2011/561909
17. Бицадзе В., Макацария А., Стрижаков А., и др. Жизнеугрожающие состояния в акушерстве и перинатологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2019 [Bitsadze V, Makatsaria A, Strizhakov A, et al. Zhiznuegrozhaushchie sostoianiia v akusherstve i perinatologii. Moscow: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo, 2019 (in Russian)].
18. Краснополяский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойно-септические осложнения в акушерстве и гинекологии: особенности течения на современном этапе. Тактика ведения. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2013;13(4):82-5 [Krasnopol'skii VI, Buianova SN, Shchukina NA. Pyoseptic complications in obstetrics and gynecology: The specific features of their course at the present stage. Management tactics. *Russian Bulletin of Obstetrician-Gynecologist*. 2013;13(4):82-5 (in Russian)].
19. Жилинкова Н.Г. Современные представления о пuerперальных инфекциях в связи с антибактериальной резистентностью и завершением эры антибиотиков. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2019;7(3):70-5 [Zhilinkova NG. Modern ideas about puerperal infections due to antibacterial resistance and the end of the antibiotic era. *Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya, obucheniye* = *Obstetrics and Gynecology: News, Opinions, Training*. 2019;7(3):70-5 (in Russian)]. DOI:10.24411/2303-9698-2019-13010

Статья поступила в редакцию /

The article received: 05.04.2023

Статья принята к печати /

The article approved for publication:

06.12.2023



OMNIDOCOR.RU