

**Клыкова Е. С., Новиков Е. И., Фомина И.В.
АДГЕЗИВНЫЙ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ, ВЫЯВЛЕННЫЙ ВО
ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

Кафедра акушерства и гинекологии
ФГБОУ ВО Тюменский Государственный Медицинский Университет
Минздрава России, г. Тюмень, Россия

**Klykova E.S., Novikov E.I., Fomina I.V.
PREMORBID FACTORS OF PELVIC ADHESION DETECTED
DURING THE OPERATION OF THE CAESARIAN SECTION**

Department of Obstetrics and Gynecology
Tyumen State Medical University of the Ministry of Health of Russia, st.
Tyumen, Russia

E-mail: elizavetaklykova@mail.ru

Аннотация. Целью исследования было изучить возможные факторы риска развития адгезивного пельвиоперитонита и их влияние на течение оперативного вмешательства (операции кесарева сечения). Ретроспективно было проанализировано 1780 историй родов женщин, родоразрешенных путем КС в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмень за 2017-2018 гг. Все пациентки (n=1780) были разделены на 2 группы: в группу 1 (n=1592) вошли пациентки без спаечного процесса в малом тазу. Выявлена статистически достоверно значимые отличия между группами пациенток в продолжительности операции, времени извлечения плода, частотой соматической патологии и определенных осложнений беременности. Выявлено, что наличие адгезивного пельвиоперитонита достоверно увеличивает длительность извлечения ребёнка и продолжительность операции в целом, а также выявлены основные факторы его развития: ожирение, ПРПО, многоводие и маловодие.

Annotation. The aim of the study was to study the possible risk factors for the development of pelvic adhesion and their influence on the course of surgery (cesarean section). In retrospect, 1780 histories of childbirth of women delivered by the cesarean section (CS) were analyzed in Perinatal Center in Tyumen for 2017–2018 year. All patients (n = 1780) were divided into 2 groups: group 1 (n = 1592) included patients without adhesions in the pelvis. Revealed statistically significant differences between groups of patients in the duration of the operation, fetal extraction time, the frequency of somatic pathology and certain complications of pregnancy. It was revealed that the presence of adhesive pelvioperitonitis significantly increases the duration of the child's extraction and the duration of the

operation as a whole, and the main factors of its development are revealed: obesity, preterm rupture of membranes, polyhydramnios and low water.

Ключевые слова: Адгезивный пельвиоперитонит, кесарево сечение, спаечный процесс.

Keywords: Pelvic adhesion, caesarean section, adhesive process.

Введение

Кесарево сечение (КС) является на сегодня частой акушерской родоразрешающей операцией, поэтому растет число специфических осложнений данного вида родоразрешения от послеродовых гнойно-септических осложнений [1], до спаечного процесса и аномалий прикрепления плаценты [2]. Спаечный процесс определяется как анатомически неправильное сопоставление поверхностей ткани и является результатом реакции репарации тканей. Перитонеальные спайки в малом тазу возникают как правило после большинства хирургических вмешательств в этой области, но в литературе имеются данные, свидетельствующие о том, что у пациенток после КС возможность развития спаек значительно меньше по сравнению с другими оперативными вмешательствами [8]. Спаечная болезнь снижает качество жизни пациентки и может вызывать развитие таких осложнений как болевой синдром, бесплодие, обусловленное трубно-перитонеальным фактором, хирургические осложнения в виде возможного развития непроходимости кишечника. Спайки в области малого таза могут усложнить последующие операции на органах малого таза и привести к ранению соседних органов: мочевого пузыря и кишечника [9], увеличить кровопотерю, вызвать изменения в системе гемостаза [5], а так же потребовать применения дополнительных методов обследования и интенсивного лечения в послеоперационном периоде [4]. В литературных источниках одним из главных преморбидных факторов в развитии адгезивного пельвиоперитонита (АП) выделяют ожирение. Ожирение предрасполагает к развитию адгезии посредством изменения коагуляционно-фибринолитического профиля. Чрезмерное накопление липидов в клетках вызывает эндоплазматический и митохондриальный стресс, проявляющийся в нехватке эндоплазматического протеина, формирования жировых капель, повышения уровня лактата, разобщение окислительных процессов в митохондриях.[5] В результате это способствует продукции реактивных форм кислорода и свободных радикалов, что является одним из патофизиологических механизмов развития адгезивного пельвиоперитонита.

Так же имеются литературные данные о других состояниях, вызывающих специфические изменения в системе гемостаза путем активации процессов липидпероксидации, то есть свободного радикального окисления [6] и активации отдельных звеньев системы гемостаза, посредством изменения коагуляционно-фибринолитического профиля [7]. Изучение и определение доли данных факторов в развитии АП и будет являться целью нашей работы.

Цель исследования – изучить факторы риска развития адгезивного пельвиоперитонита, выявленного во время операции КС.

Материалы и методы исследования

Ретроспективно было проанализировано 1780 историй родов женщин, родоразрешенных путем КС в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмень за 2017-2018гг. Критерии включения в исследование: родоразрешение путем КС; наличие адгезивного пельвиоперитонита в заключительном клиническом диагнозе, выявленного во время КС. Статистическая обработка материала была проведена с помощью программы Excel и Statistica 12.0, вычислен $M \pm SD$, достоверными считали отличия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациентки ($n=1780$) были разделены на 2 группы: первую группу ($n=1592$) составили пациентки без спаечного процесса в малом тазу. Во вторую группу ($n=188$) вошли пациентки с адгезивным пельвиоперитонитом, диагностированным во время операции КС. Распространенность спаечного процесса в малом тазу таким образом составила 10,6%. В анамнезе у 110 пациенток было одно КС (58,5%), у 61 женщины два КС (32,4%), три КС у 17 пациенток (9,1%). В плановом порядке было прооперировано 39,7% пациенток, в экстренном – 60,3% пациенток. Наличие спаечного процесса достоверно увеличивало длительность операции во второй группе ($51,1 \pm 22$ мин) по сравнению с первой группой ($35,4 \pm 3,7$ мин). Так же увеличивалось время извлечения плода во второй группе (6 ± 3 мин) по сравнению с первой – $4,5 \pm 2$ мин. Кровопотеря в первой группе в среднем составляет $608,5 \pm 157,6$ мл, во второй группе – $772,8 \pm 200,5$ мл. Так же в ходе работы были выявлены наиболее частые локализации АП: большой сальник припаян к передней брюшной стенке в 31,9%, мочевого пузыря припаян к передней поверхности матки в 34,6% случаев.

Кроме оценки операционных критериев, были рассмотрены преморбидные факторы развития адгезивного пельвиоперитонита. Так, среди соматической патологии ожирение в первой группе встречалось достоверно реже (11%), по сравнению со второй - 27% ($p < 0,01$). Среди осложнений беременности преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) наблюдался у 10,2% женщин первой группы и у 20% женщин второй группы ($p < 0,05$). Многоводие наблюдалось у 8% женщин первой группы и 16% женщин второй группы ($p < 0,05$). Маловодие – у 6% женщин первой группы, у 19% женщин второй группы ($p < 0,05$). Многоводие и маловодие осложняет течение беременности и родов из-за возможности преждевременного и раннего излития вод, аномалий родовой деятельности и гипоксии, что создает угрозу для плода. Одним из этиологических факторов развития многоводия является инфекционный процесс, который способен запустить каскад реакций, вызывающих в конечном итоге спаечный процесс. Преждевременный преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) является основной

причиной преждевременных родов. В основном ПРПО также связан с инфекцией, что также способствует развитию адгезивного пельвиоперитонита.

Выводы:

1. Отмечены достоверные факторы развития адгезивного пельвиоперитонита после кесарева сечения: ожирение, ПРПО, многоводие и маловодие.

2. При наличии адгезивного пельвиоперитонита увеличивается достоверно объем кровопотери, длительность извлечения ребёнка и продолжительность операции в целом.

Список литературы:

1. Фомина И.В., Чечулин Е.С., Марченко Р.Н., Кукарская Е.Ю. Ведение послеоперационного шва у родильниц после кесарева сечения // Университетская медицина Урала. — 2018. — №4 (Т. 4, 15). — С. 68-70.

2. Власова К.С., Фомина И.В. Особенности анамнеза, течения беременности и родоразрешения у женщин с истинным приращением плаценты // Молодежный инновационный вестник. — 2018. — Т. 7. — №1. — С. 104.

3. Фомина И.В., Кукарская И.И., Шевлюкова Т.П., Легалова Т.В. Тромбоэластометрия в акушерском стационаре // Современные проблемы науки и образования. — 2017. — №4. — С. 59.

4. Фомина И.В., Полякова В.А. Современные методы исследования сосудисто-тромбоцитарного гемостаза // Медицинская наука и образование Урала 2011. — Т. 12. №2 (66). — С. 235-237.

5. Хромылев А.В. Патогенетические аспекты атеротромботического риска при ожирении и тромбофилии. /А.В. Хромылев // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2015. - С.45-52.

6. Бышевский А.Ш., Карпова И.А., Фомина И.В. и др. Гемокоагуляция и липидпексидация у женщин, принимающих половые стероиды с этинилэстрадиолом и прогестагеном дроспиреноном // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. — 2012. — №28 (287). — С. 52-57.

7. Фомина И.В., Пономарева М.Н., Алыева А.А. Кесарево сечение у женщин с патологией органа зрения. Евразийское научное объединение. — 2017. — Т.1. — №3(25). — С. 85-86.

8. Awoniyi O. Postoperative Adhesion Development Following Cesarean and Open Intra-Abdominal Gynecological Operations./ O. Awoniyi, M.D. Awonuga // Reprod Sci. - 2011. - №18. - P.1166–1185.

9. Imudia A.N. Pathogenesis of Intra-abdominal and pelvic adhesion development. / A.N. Imudia, S. Kumar, G.M. Saed, M.P. Diamond // Semin Reprod Med. — 2008/ -№26. - P.289-97.

УДК 618.2083