

*Клиническая медицина*

## **АДГЕЗИВНЫЙ ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТ – ПРЕМОРБИДНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА**

**Клыкова Е. С., Новиков Е. И.**

**Научный руководитель: к.м.н., доцент Фомина И. В.**

*ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Тюмень. Кафедра акушерства и гинекологии*

**Ключевые слова:** адгезивный пельвиоперитонит, кесарево сечение

**Резюме:** Адгезивный пельвиоперитонит до сих пор является серьезной проблемой во время проведения операций. В ходе исследования были выявлены основные преморбидные факторы развития адгезивного пельвиоперитонита, такие как ожирение 1-2 степени, раннее излитие околоплодных вод, а так же многоводие и маловодие в течение беременности.

**Abstract:** Pelvic adhesion is still a serious problem during operations. The studies revealed the main premorbid factors in the development of Pelvic adhesion, such as obesity of grade 1–2, early discharge of amniotic fluid, and also polyhydramnios and oligohydramnios during pregnancy.

**Актуальность.** Увеличение частоты кесарева сечения (КС), как в мире, так и в РФ приводит к увеличению встречаемости специфических осложнений данного вида родоразрешения от послеродовых гнойно-септических осложнений, до спаечного процесса и аномалий прикрепления плаценты [1,2]. Послеоперационная адгезия является естественным последствием травматизации и заживления ткани. Спайки, определяемые как аномальное сопоставление поверхностей тканей, являются естественным следствием нормальной реакции заживления. Хотя после подавляющего большинства тазовой хирургии возникают перитонеальные спайки, в литературе имеются данные, свидетельствующие о том, что у пациенток после возможность развития спаек значительно меньше по сравнению с другими оперативными вмешательствами [3]. Тем не менее, спаечная болезнь причиняет в той или иной мере дискомфорт пациентке либо в связи с болевым синдромом, либо за счет бесплодия, обусловленного трубно-перитонеальным его фактором, вплоть до развития хирургических осложнений в виде возможности развития непроходимости кишечника, а также усложнить повторную операцию, привести к ранению соседних органов: мочевого пузыря и кишечника [4].

**Цель:** изучить факторы развития адгезивного пельвиоперитонита, выявленного во время операции КС.

**Задачи:** оценить влияние преморбидных факторов на развитие адгезивного пельвиоперитонита, таких как ожирение, преждевременный разрыв плодных оболочек, многоводие, маловодие.

**Материалы и методы:** Ретроспективно было проанализировано 1780 историй родов женщин, родоразрешенных путем КС в ГБУЗ ТО «Перинатальный центр» г. Тюмень за 2017-2018гг. Критерии включения: родоразрешение путем КС; Наличие

*Клиническая медицина*

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:** 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 ( $6 \pm 3$  мин) по сравнению с первой –  $4,5 \pm 4$  мин. Кровопотеря в первой группе в среднем составляет  $408,5 \pm 157,6$  мл, во второй группе –  $772,8 \pm 300,5$  мл. Кроме оценки операционных критериев, были рассмотрены другие преморбидные факторы развития адгезивного пельвиоперитонита. Так, ожирение в первой группе встречалось достоверно реже (11%), по сравнению со второй - 27% ( $p < 0,01$ ). 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 ( $p < 0,05$ ).

**Обсуждения:** Адгезивный пельвиоперитонит до сих пор является серьезной проблемой. Среди его потенциальных последствий следует отметить бесплодие с повышенным риском внематочной беременности, боли в животе и тазовой области, возможность развития непроходимости кишечника и затруднение проведения повторных хирургических операций. В ходе нашей работы нам удалось выявить некоторые преморбидные факторы, способствующие развитию адгезивного пельвиоперитонита у беременных женщин. Так, 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.[2] В результате это способствует продукции реактивных форм кислорода и свободных радикалов, что является одним из патофизиологических механизмов развития адгезивного пельвиоперитонита.

Недостаточное или избыточное количество околоплодных вод у беременных значительно влияет на течение и исход беременности. 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

*Клиническая медицина*

инфекционный процесс, который способен запустить каскад реакций. Происходит разрушение стромальных тучных клеток, которые выделяют вазоактивные вещества, такие как гистамин и кинины, которые увеличивают проницаемость сосудов. Затем образуются отложения фибрина, которые содержат эксудаты клеток, лейкоцитов и макрофагов. Активируются процессы фиброза и мезотелиальной регенерации [3]. Преждевременный преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) является основной причиной преждевременных родов. Приблизительно 30% случаев ПРПО связаны с инфекцией и требуют немедленного вмешательства (родоразрешения). Инфекционные процессы значительно влияют на течение беременности и могут способствовать развитию адгезивного пельвиоперитонита. Таким образом, в нашей работе мы смогли выявить некоторые из преморбидных факторов, влияющих на развитие адгезивного пельвиоперитонита у беременных женщин.

**Выводы.** Выявлены основные преморбидные факторы развития адгезивного пельвиоперитонита: ожирение 1-2 степени, ПРПО, многоводие и маловодие. При наличии адгезивного пельвиоперитонита увеличивается достоверно объем кровопотери, длительность извлечения ребёнка и продолжительность операции в целом.

**Литература:**

1. Власова К.С., Фомина И.В. Особенности анамнеза, течения беременности и родоразрешения женщин с истинным приращением плаценты // Молодежный инновационный вестник. 2018. Т. 7. №1. С. 104.
2. 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.
3. 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.
4. 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.