

**АЗЕРБАЙДЖАНСКАЯ РЕСПУБЛИКА**

*На правах рукописи*

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ  
В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И МАЛОМ ТАЗУ У ЖЕНЩИН  
ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ  
НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ**

Специальность: 3215.01 – Акушерство и гинекология

Отрасль науки: Медицина

Соискатель: **Ахдаб Али Мохаммед Азим**

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
доктора философии

**Баку – 2021**

Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии I  
Азербайджанского медицинского университета

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор  
**Ислам Шариф оглы Магалов**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор  
**Хиджран Фирудин гызы Багирова**

доктор медицинских наук, профессор  
**Лейла Муса гызы Рзагулиева**

доктор философии по медицине, доцент  
**Фатма Расим гызы Гаджиева**

Диссертационный совет ED 2.06 Высшей Аттестационной  
Комиссии при Президенте Азербайджанской Республики,  
действующий на базе Азербайджанского медицинского  
университета

Председатель диссертационного совета:

доктор медицинских наук, профессор  
\_\_\_\_\_ **Сурхай Исмаил оглы Гадиев**

Ученый секретарь диссертационного совета:

доктор медицинских наук, профессор  
\_\_\_\_\_ **Фариз Гидаят оглы Джамалов**

Председатель научного семинара:

доктор медицинских наук, профессор  
\_\_\_\_\_ **Джамиля Фазиль кызы Курбанова**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность темы.** Кесарево сечение в наши дни стало самым частым хирургическим вмешательством, которое выполняется в акушерско-гинекологической практике. В США с 1996 по 2009 год частота кесарева сечения выросла с 20,7% до 32,9%<sup>1</sup>. Приблизительно такой же рост (около 12%) в течение обозначенного временного промежутка наблюдается и в Азербайджане, хотя в целом показатели на порядок ниже: 19,3% на 2011 год<sup>2</sup>. Однако есть и такие страны, где абдоминальное оперативное извлечение плода составляет половину всех родов<sup>3</sup>.

Сегодня причинам увеличения частоты кесарева сечения уделяется большое научное внимание<sup>4,5</sup>, и делается это, в первую очередь, с целью ограничения случаев неоправданного проведения данной операции. Так, ВОЗ утверждает, что превышение 15% рубежа не влияет на качество перинатальных показателей<sup>6,7</sup>. Следует отметить, что аргументы «за» и «против» рассматриваются в большинстве случаев, именно, с позиции перинатального акушерства<sup>8</sup>. Кроме того, предметом

---

<sup>1</sup> *Tulandi, T.* Classification of intra-abdominal adhesions after cesarean delivery / T.Tulandi, D.Lyell // *Gynecol. Surg.*, – 2013. 10 (1), – p. 25-29.

<sup>2</sup> *Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi. Doğum evlərində (şöbələrində) doğuşayardım işinin təşkili üzrə metodik təlimat.* Bakı, – 2013.

<sup>3</sup> *Məmmədov, C.* Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı üzrə klinik protokol / C.Məmmədov, F.Əliyeva, F.Qurbanova [et al.], – Bakı, – 2013. – s. 24.

<sup>4</sup> *Савельева, Г.М.* Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве // *Акушерство и гинекология*, – 2008. № 3, – с. 10-14.

<sup>5</sup> *Dahlke, J.D.* Evidence-based surgery for cesarean delivery: an updated systematic review / J.D.Dahlke, H.Mendez-Figueroa, D.J Rouse.[et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2013. 209 (4), – p. 294-306.

<sup>6</sup> *Атласов, В.О.* Современные технологии абдоминального родоразрешения в профилактике перинатальной смертности и заболеваемости родильниц // *Журнал акушерства и женских болезней*, – 2008. т. LVII, № 1, – с. 80-85.

<sup>7</sup> *Серов, В.Н.* Кесарево сечение в системе перинатального акушерства // *Русский медицинский журнал*, – 2004. т. 12, № 1, – с. 3-5.

<sup>8</sup> *Kulas, T.* New Views on Cesarean Section, its Possible Complications and Long-Term Consequences for Children's Health / T.Kulas, D.Bursac, Z.Zegarac [et al.] // *Med. Arh.*, – 2013. 67 (6), – p. 460-463.

обсуждения является техника выполнения операции<sup>9</sup>, ближай-  
ближайшие послеоперационные осложнения<sup>10,11,12</sup> и состояние  
рубца на матке.

Безусловно, техника выполнения операции кесарева сечения  
представляет собой важную тему. Можно привести множество  
причин, почему эта операция пользуется такой популярностью  
среди акушер-гинекологов, но самой объективной среди них  
будет тот факт, что за последние годы методика ее проведения  
была значительно улучшена: операция требует мало времени,  
кровотечения и эндометрит со всеми вытекающими  
последствиями сведены к минимуму, а прочность рубца  
позволяет с успехом подвергать сомнению постулат об  
«опасности естественных родов во время последующих бере-  
менностей»<sup>13,14</sup>.

С другой стороны, как бы забывается, что кесарево сечение  
проводится в основном условно здоровым вне беременности и  
родов женщинам молодого возраста. Соответственно, вопросы о  
том, какие непосредственно изменения имеют место у них в  
брюшной полости, как они влияют на качество их жизни и какие

---

<sup>9</sup>Walsh, C.A. Evidence-based cesarean technique // Curr. Opin. Obstet. Gynecol., – 2010. 22 (2), – p. 11.

<sup>10</sup>Kulas, T. New Views on Cesarean Section, its Possible Complications and Long-Term Consequences for Children's Health / T.Kulas, D.Bursac, Z.Zegarac [et al.] // Med. Arh., – 2013. 67 (6), – p. 460-463.

<sup>11</sup>Riggs, J. Cesarean section as a risk factor for the development of adenomyosis uteri / J.Riggs, E.Lim, D.Liang [et al.] // J. Reprod. Med., – 2014. 59 (1-2), – p. 20-24.

<sup>12</sup>Shi, Z. Adhesion formation after previous caesarean section – a meta-analysis and systematic review / Z.Shi, L.Ma, Y.Yang [et al.] // BJOG, – 2011. 118 (4), – p. 410-422.

<sup>13</sup>Краснопольский, В.И. Альтернативное родоразрешение беременных с оперированной маткой / В.И.Краснопольский, Л.С.Логутова, Н.Д.Галимов [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2003. т. Lii, в. 1, – с. 21-25.

<sup>14</sup>Tripathi, J. Vaginal birth after one caesarean section: analysis of indicators of success. / J.Tripathi, H.Doshi, P.Kotdawala [et al.] // J. Indian Med. Assoc., – 2006. 104 (3), – p. 113-115.

создают проблемы при необходимости повторного вмешательств вмешательства остаются малоизученными<sup>15</sup>.

Считается, что в 24,4-73,0% случаев после первого кесарева сечения развивается спаечный процесс<sup>16,17</sup>. При этом отсутствует единое мнение по поводу факторов, обуславливающих их образование. Кроме того, в немногочисленных исследованиях, посвященных изменению внутривисцеральной анатомии, для определения степени выраженности спаечного процесса, применяются различные системы подсчета баллов. Также не выяснено, имеется ли взаимосвязь между тяжестью описанных последствий кесарева сечения, как хирургического вмешательства и разнообразных клинических проявлений, будь то болевой синдром, дисурические явления, нарушения фертильности и другие<sup>18,19</sup>.

Таким образом, изучение послеоперационных изменений анатомии брюшной полости после операции кесарева сечения, их манифестаций, а также влияние на качество жизни пациенток и особенность проведения хирургических вмешательств впоследствии на малом тазу представляет собой научный и практический интерес.

**Объект исследования.** Архивные материалы женщин с диагнозом рубец на матке родоразрешенных путем операции кесарева сечения (ретроспективное исследование); женщины,

---

<sup>15</sup> Riggs, J. Cesarean section as a risk factor for the development of adenomyosis uteri / J.Riggs, E.Lim, D.Liang [et al.] // J. Reprod. Med., – 2014. 59 (1-2), – p. 20-24.

<sup>16</sup> Tulandi, T. Classification of intra-abdominal adhesions after cesarean delivery / T.Tulandi, D.Lyell // Gynecol. Surg., – 2013. 10 (1), – p. 25-29.

<sup>17</sup> Shi, Z. Adhesion formation after previous caesarean section – a meta-analysis and systematic review / Z.Shi, L.Ma, Y.Yang [et al.] // BJOG, – 2011. 118 (4), – p. 410-422.

<sup>18</sup> Riggs, J. Cesarean section as a risk factor for the development of adenomyosis uteri / J.Riggs, E.Lim, D.Liang [et al.] // J. Reprod. Med., – 2014. 59 (1-2), – p. 20-24.

<sup>19</sup> Lyell, D. Peritoneal closure at primary cesarean delivery and adhesions / D.Lyell, A.Caughey, E.Hu [et al.] // Obstet. Gynecol., – 2005. 106 (2), – p. 275-280.

которым выполнена первая или повторная операция кесарева сечения (проспективное исследование).

**Целью исследования** является снижение материнской заболеваемости после операции кесарева сечения и оптимизация последующих вмешательств путем снижения образования и развития спаечного процесса в брюшной полости.

**Задачи исследования:**

1. Определить частоту встречаемости спаечного процесса после операции кесарева сечения;
2. Выявить факторы риска, ведущие к образованию спаек после операции кесарева сечения;
3. Установить характер изменения анатомии полости малого таза и располагающихся там органов, определить степень тяжести спаечного процесса после операции кесарева сечения и выбрать рациональную классификацию оценки спаечного процесса;
4. Оценить качество жизни пациенток после операции кесарева сечения.

**Методы исследования.** Анализ архивных материалов, методы клинические исследования, диагностическая лапароскопия, лечебная лапароскопия, лапаротомия, фотометрия, видеосъемка, анкетирование (SF-36).

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Спаечный процесс после кесарева сечения – достаточно распространенное явление, которое может отражаться на ухудшении качества жизни в последующем.
2. Наличие кесарева сечения в анамнезе может стать фактором риска при выполнении оперативных вмешательств на органах малого таза.
3. Образование сращений после кесарева сечения, прежде всего, связано с особенностями его выполнения.

**Научная новизна исследования.** В результате выполнения данной работы впервые в Азербайджане будет определена степень изменения анатомии малого таза у женщин после

выполнения операции кесарева сечения и влияние этих изменений на качество их жизни в дальнейшем.

**Практическая значимость полученных результатов:** практическое значение данной научно-исследовательской работы заключается в выявлении факторов риска нарушения интраабдоминальной анатомии после операции кесарева сечения, выборе рациональной классификации для оценки степени тяжести послеоперационного спаечного процесса, определении наиболее рациональной техники выполнения кесарева сечения и диагностировании вероятности анатомических изменений на основании клинических проявлений для выбора рационального доступа при необходимости оперативного вмешательства в будущем.

**Апробация работы.** Основные положения и результаты исследования доложены на: международной конференции, посвященной 90-летию со дня рождения Назии Муса кызы Шамсаддинской (Баку, 2016), конференции, посвященной актуальным подходам к некоторым проблема акушерства и гинекологии в Азербайджане (Баку, 2019), Proceedings of International Conference (Istanbul, 2019), X International scientific conference (New-York, 2019), 4 Uluslararası Korum Gebelik Doğum İhtisali Kongresi (Bolu, 2020).

Работа была апробирована на заседании кафедры акушерства и гинекологии I Азербайджанского медицинского университета (АМУ) (26.10.2017, протокол № 2), на заседании апробационной комиссии диссертационного совета D 03.011 при АМУ (протокол № 1, 11.12.2017), на научном семинаре Диссертационного Совета ED 2.06 при АМУ (протокол № 1 от 02.03.2021).

**Место выполнения работы.** Работа выполнена на кафедре акушерства и гинекологии I АМУ, а также в отделении акушерства и гинекологии Клинического медицинского центра (г.Баку).

**Внедрение результатов исследования в практику.** Результаты исследования внедрены в учебный процесс кафедры акушерства и гинекологии I АМУ, а также в клиническую

практику отделения акушерства и гинекологии Клинического медицинского центра (г.Баку).

**Публикации.** По теме диссертационной работы опубликовано 11 работ, из них 8 статей (из них 2 – зарубежом) и 3 тезисов (из них 1 – зарубежом).

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из следующих глав: введение (4 стр., 7432 знака), обзор литературы (29 стр., 56304 знака), глава описания материалов и методов исследования (19 стр., 27174 знака), глава клинической характеристики обследованных больных и качества жизни пациенток после операции кесарева сечения (51 стр., 58188 знаков), обсуждение полученных результатов (19 стр., 35436 знаков), выводы (1 стр., 1866 знаков), практические рекомендации (1 стр., 1185 знаков), указатель литературы (25 стр.), приложения (8 стр.). Работа изложена на 161 (190 640 знаков) странице компьютерного текста, содержит 38 таблиц, 10 графиков, 5 рисунков. Библиографический указатель включает 237 работ.

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Диссертационная работа выполнена на базе Азербайджанского медицинского университета в отделение акушерства и гинекологии в Клиническом медицинском центре г.Баку.

Проанализирован материал 134 собственных исследований, 300 историй болезни и другие архивные материалы женщин с диагнозом рубец на матке родоразрешенных путем операции кесарева сечения за период 2013-2015 гг.

Пациенты были подразделены на 3 группы: I – акушерская, II – гинекологическая, III – пациентки, обследованные по поводу качества жизни.

I. Акушерская группа была подразделена на 3 подгруппы:

1) Ретроспективная группа – в нее вошли 300 пациенток, которые перенесли 2 и более кесарева сечения. Исследование этих пациенток проводилось путем тщательного анализа архивного материала и данных, полученных из операционных журналов.



2) Проспективная группа – в нее включены 60 пациенток с повторной операцией кесарева сечения, оперированных непосредственно нашей бригадой в отделении акушерства Клинического медицинского центра за 2015 год. Оценка состояния брюшной полости в данной группе пациенток проводилась непосредственно в ходе повторной операции кесарева сечения, в процессе которой мы осуществляли фотографирование брюшной полости и полости малого таза для дальнейшего анализа состояния брюшной полости и полости малого таза, а также для оценки и классифицирования обнаруженных нами спаек.

3) Контрольная группа – в нее вошли 30 пациенток, впервые подверженные операции кесарева сечения. Целью создания данной группы было сравнение и оценка состояния брюшной полости и полости малого таза у женщин, перенесших операцию кесарева сечения с женщинами, которые впервые были подвержены данной операции.

Возраст беременных в обследуемых группах колебался от 17 до 43 лет. Средний возраст в 1-й (ретроспективной) группе составил  $28,0 \pm 0,27$  лет, во 2-й (проспективной) группе  $28,5 \pm 0,65$  лет, в 3-й (контрольной) группе –  $26,9 \pm 1,11$  лет. По возрастному составу пациентки клинических групп достоверно не различались ( $p > 0,05$ ).

II. В гинекологическую группу вошли 44 пациенток – эта группа была взята с целью более подробного исследования особенностей спаечного процесса и анализа особенностей сращений после кесарева сечения. Просмотрены видеозаписи 550 лапароскопических операций, произведенных за период с 2013 по 2015 гг. в отделении гинекологии 1-й Клинической больницы города Баку. У 44 (8,0%) из этих больных в анамнезе было одно или более кесарево сечение. В данной группе пациенток нами была применена диагностическая лапароскопия, которая в случае обнаружения заболевания и технической возможности, тут же переходила в лечебную лапароскопию. В данную группу были включены пациентки, оперированные по поводу: трубной беременности, гистерэктомии, образований на яичниках, перфорации матки, миомэктомии и несостоятельности шва лапаро-

скопическим методом; все операции подлежали видеорегистрованию.

Возраст женщин в данной группе варьировал между 17 и 57 годами, средний возраст составил  $34,6 \pm 1,47$  лет.

III. Далее перед нами была поставлена цель изучить качество жизни у пациенток, перенесших операцию кесарева сечения. Для субъективной оценки пациентками отдаленных результатов их лечения, нами проведен опрос и анкетирование 100 пациенток: половину из них составили женщины, перенесшие операцию кесарева сечения, другую половину – женщины после естественных родов. Опрос пациенток проведен при помощи международного опросника SF-36, который применяется для оценки качества жизни в различных областях медицины, анкета была переведена на азербайджанский язык для всеобщей доступности в Азербайджане.

**Статистическая обработка результатов.** Результаты исследования обработаны методом вариационной статистики. Характеристика групп однородных единиц проводилась посредством определения их средних арифметических величин ( $M$ ), стандартных ошибок ( $m$ ), диапазона изменений ( $\min$ - $\max$ ). Для оценки различий показателей использовался непараметрический метод –  $U$ -критерий (Уилкоксона-Манна-Уитни).

При изучении качественных признаков были определены абсолютные численности групп, их доли, выраженные в процентах и средняя ошибка. Для оценки различий показателей между группами был применен точный метод Фишера. Статистическое различие между группами считалось достоверным при значении  $p < 0,05$ .

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

### **Результаты исследований в акушерской группе**

Спаечный процесс после кесарева сечения и обусловленные ими нарушения взаиморасположения органов полости малого таза могут иметь клинические последствия при последующих повторных операциях кесарева сечения. Некоторые авторы вы-

сказывают мнение о том, что с числом кесаревых сечений спаечный процесс будет более выраженным и, в связи с этим, каждая последующая операция несет в себе риск повреждения смежных органов и затрудненного извлечения плода. В нашем исследовании сравнительная оценка состояния брюшной полости была проведена у 60 больных во время повторной (2 и более) операции кесарева сечения, а также у 300 женщин во время тщательного анализа материалов операционных журналов и истории болезни женщин, которым была проведена повторная операция кесарева сечения за период 2013-2014 годы. В нашем исследовании установлена зависимость степени спаечного процесса с количеством кесаревых сечений (таблица 1).

**Таблица 1**

**Встречаемость спаек от количества проведенных операций кесарева сечения в ретроспективной и проспективной группах исследования**

Проведенные операции кесарева сечения	Встречаемость спаек					
	I группа			II группа		
	кол-во обл.	кол-во обл. со спайками		кол-во обл.	кол-во обл. со спайками	
		абс.	%		абс.	%
После первого кесарева сечения	262	23	8,8±1,75	47	8	17,0±5,48
После повторного кесарева сечения	38	8	21,1±6,61*	13	9	69,2±12,80**
Всего обследованных	300	31	10,3±1,8	60	17	28,3±5,8

*Прим.: \* -  $p < 0,05$ , \*\* -  $p < 0,001$  - достоверность различия относительно после первого кесарева сечения.*

Как видно из данной таблицы, спаечный процесс чаще встречался после повторных операций кесарева сечения, в 1-й группе – 8 (21,1%) случаев, во 2-й группе – 9 (69,2%) случаев. Общее

количество пациенток со спайками отличалось достоверным превалированием во второй группе, где общее количество обследованных с наличием кесарева сечения в анамнезе составило 60 пациенток, среди которых были выявлены 17 (28,3%) женщин со спайками. В свою очередь, в ретроспективной группе (1-й группе) количество выявленных больных со спайками составило 31 (10,3%) случай.

Существенное различие количества больных со спайками в двух группах с преобладанием больных со спайками во 2-й (проспективной) группе можно объяснить тем фактом, что анализ состояния брюшной полости проводился более тщательно непосредственно при проведении повторной операции кесарева сечения, нежели исходя лишь из данных, полученных из операционных журналов и историй болезней.

В связи с увеличением числа повторных операций кесарева сечения некоторые авторы начали изучать влияние повторных операций кесарева сечений на формирование спаек. Однако все существующие на сегодняшний день классификации оценки спаечного процесса неспецифичны, либо нечетко описывают спаечный процесс. На сегодняшний день не существует единой классификации внутрибрюшных спаек после операции кесарева сечения. Например, Чара и др. классифицировали их как: (класс 0) – минимальные или пленочные спайки; (класс 1) – умеренные / толстые спайки; (класс 2) – отсутствие свободного пространства между маткой и передней брюшной стенкой. В данной классификации не указывается, какие внутренние органы вовлекаются в спаечный процесс. Потребность в стандартизированной классификации спаек очевидна, т.к. она позволит исследователям и читателям оценивать и сравнивать результаты различных исследований. Регулярное использование стандартизированной классификации спаек также может позволить будущим исследователям проводить более точные ретроспективные исследования. Что еще более важно, знание о наличии и выраженности спаечного процесса подготовит акушер-гинеколога для проведения повторных операций кесарева сечения. В нашем исследовании характер спаечного процесса при повторных опе-

рациях кесарева сечения в малом тазу оценивался по трем классификациям: по общепринятой классификации, классификации по индексу перитонеальных спаек и классификации интраабдоминальных спаек после кесарева сечения по Т.Туланди.

Согласно общепринятой классификации, спаечный процесс в малом тазу подразделяется на четыре степени тяжести. В данном исследовании у пациенток спаечный процесс чаще всего был II степени тяжести – 11 (64,7%) пациенток, изменения I и III степени встречались в одинаковом количестве – 17,6%. Спайки IV степени тяжести не выявлены.

Классификация спаечного процесса на основе перитонеального спаечного индекса (РАИ) показала, что в нашем исследовании преимущественно встречались одиночные спайки у 12 (70,6%) больных, больные с двумя и более спайками встречались порядком реже – 5 (29,4%) случаев. Следует отметить, что спаечный процесс чаще всего локализовался в области таза (66,7%), реже, хоть и нередко, сращения обнаруживались в левой нижней и правой нижней области – 12,5%.

При использовании классификации интраабдоминальных спаек после кесарева сечения по Т.Туланди выявлено, что спаечный процесс преимущественно локализовался между маткой и мочевым пузырем (50,0%). Локализация спаек между маткой и сальником отмечена в 29,2% случаев, 4,2% сращений локализовались между маткой и брюшной фасцией. Спайки между сальником и брюшной фасцией выявлены у 8,3% женщин. Спайки в других структурах органов малого таза также выявлены 8,3% случаев. У 23 (95,8%) женщин спайки по консистенции были плотными. У 20 (83,3%) женщин протяженность спаек составляла 3-6 см<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup>Магалов, И.Ш., Азим, А.А. Спаечный процесс после кесарева сечения как возможный фактор риска внематочной беременности // Sağlamlıq, – 2017. № 2, – с. 159-162.

## Результаты исследований в гинекологической группе

Нарушение анатомического соотношения тазовых органов в результате выраженного спаечного процесса, как результата перенесенных операций кесарева сечения, выявлено у всех 44 женщин, вошедших в группу с различными диагнозами, оперированных непосредственно из лапароскопического доступа. В зависимости от лапароскопической картины распространенности спаек в брюшной полости и полости малого таза, у оперированных пациенток нами проанализирована распространенность сращений, а также проведена их классификация, с использованием вышеуказанных трех классификаций (таблица 2).

Таблица 2

### Классификация по индексу перитонеальных спаек (гинекологическая группа)

Показатель	абс.	%
Кол-во больных со спайками	17	28,3
Кол-во спаек: в среднем min-max	24 1,41 ± 0,17 1 – 3	
Больные с двумя и более спайками	5	29,4
Больные с одиночными спайками	12	70,6
Область спайки:		
D - Левый бок	1	4,2 ± 4,1
E - Левый нижний	3	12,5 ± 6,8
F - Таз	16	66,7 ± 9,6
G - Правый нижний	3	12,5 ± 6,8
I - Центральное	1	4,2 ± 4,1
Оценка степени спаек:		
1 - тонкие спайки, тупая диссекция	1	4,2 ± 4,1
2 – сильные спайки, диссекция острым методом	20	83,3 ± 7,6
3 - очень прочные васкуляризированные спайки, диссекция острым методом, повреждение вряд ли можно предотвратить	3	12,5 ± 6,8

Установлено, что спаечный процесс после кесарева сечения чаще встречался у женщин, оперированных по поводу внематочной беременности и гистерэктомии. В единичных случаях, спаечный процесс после кесарева сечения также встречался и у женщин, оперированных по поводу образований на яичниках, перфорации матки, миомэктомии, несостоятельности шва, гидросальпинкса параовариальной кисты, апоплексии яичника и дермоидной кисты<sup>21</sup>.

При классификации по индексу перитонеальных спаек обнаруженные сращения в большинстве случаев имели множественный характер (70,5%), одиночные спайки встречались у 29,5% женщин. Спайки преимущественно локализовались в нижней центральной (передиматочной) области малого таза – 34,8±4,97%. В 19,6±4,14% спайки располагались в левой нижней, в 17,4±3,95% – правой нижней области малого таза. 16,3±3,85% спаек имели центральное расположение, 4,3±2,13% спаек располагались в области правого бока и 5,4±2,36% – в правой верхней области. Меньше всего спайки располагались в левой боковой области – 2,2±1,52%.

В 79,3±4,22% случаев спайки имели достаточно плотный характер и требовали острого рассечения. В 10,9±3,25% случаев обнаруживались очень прочные васкуляризированные спайки, которые требовали диссекцию острым методом и влекли за собой риск повреждения.

При классификации спаечного процесса по Т.Туланди чаще всего в спаечный процесс вовлекались матка, мочевого пузырь и сальник. С высокой частотой (34,8±4,97%) спайки располагались между маткой и мочевым пузырем, между сальником и брюшной фасцией – 30,4±4,80% случаев. В 14,1±3,63% спайки располагались между маткой и брюшной фасцией. В 9,8±3,10% случаев отмечено расположение спаек между маткой и сальником. Также нередко спайки выявлены и в других структурах

---

<sup>21</sup>Азим, А.А. Особенности лапароскопической гистерэктомии у женщин с наличием в анамнезе операции кесарева сечения // Вестник проблем биологии и медицины, – 2019. Вып. 4, – т. 1 (153), – с. 62-65.

органов малого таза –  $10,9 \pm 3,25\%$ . Превалирующее большинство спаек по консистенции были плотными –  $90,2 \pm 3,10\%$ . У трети больных отмечались сращения сальника с передней брюшной стенкой. Протяженность сращений у большинства больных была в пределах 3-6 см, спайки протяжностью  $< 3$  см встречались относительно редко  $9,8 \pm 3,10\%$ .

У женщин с диагнозом "внематочная беременность" с наличием кесаревого сечения в анамнезе в основном наблюдался спаечный процесс легкой и умеренной степени выраженности,  $59,1 \pm 10,5\%$  и  $36,4 \pm 10,3\%$ , соответственно. Учитывая специфику внематочной беременности вполне естественно, что в основном это были женщины в возрастной группе до 35-39 лет. Взаимосвязи тяжести спаечного процесса с возрастом выявлено не было. Более того, единственный случай выраженного спаечного процесса был обнаружен в самой молодой возрастной группе, что можно объяснить возрастными репаративными особенностями организма и биологическими свойствами соединительной ткани у молодых. У обследуемых женщин с гистерэктомией и наличием кесаревого сечения в анамнезе в основном наблюдался спаечный процесс умеренной и сильной степени выраженности –  $40,0 \pm 15,5\%$  и  $60,0 \pm 15,5\%$ , соответственно. Все пациентки относились к возрастной группе 40 лет и более.

В группе пациенток с диагнозом трубная беременность, после первого кесарева сечения чаще встречались сращения легкой степени ( $45,4\%$ ), в то время как после повторной операции кесарева сечения сращения легкой и умеренной степени встречались в одинаковом количестве ( $13,6\%$ ). В группе пациенток с гистерэктомией после первого кесарева сечения сращения умеренной и сильной степени выраженности встречались в одинаковом количестве ( $40,0\%$ ), однако после повторного кесарева сечения наблюдались сильно выраженные спайки ( $20,0\%$ )<sup>22</sup>.

Таким образом, проведенное исследование обнаружило две группы женщин, у которых кесарево сечение в анамнезе встре-

---

<sup>22</sup> Азим А.А. Специфика гинекологических операций у женщин, перенесших кесарево сечение // *Azərbaycan Tibb Jurnalı*, – 2020. № 1, – с. 5-9.



чается гораздо чаще: а) оперированные по поводу внематочной беременности и б) гистерэктомии. Сравнение этих двух групп показывает, что в первой подгруппе спаечный процесс носит умеренный и легкий характер, тогда как во второй подгруппе преобладают более выраженные изменения.

**Результаты исследования качества жизни (КЖ).** В последние годы подходы к оценке результатов лечения заболеваний значительно изменились. Традиционное представление о болезни как только о физическом недуге ушло в прошлое. В настоящее время во всем мире является доказанным влияние заболевания на психологическую и эмоциональную сторону жизни пациента. В связи с этим в практику внедрен новый критерий эффективности лечения – оценка связанного со здоровьем качества жизни.

Критерий качества жизни используют для определения эффективности лечения, для определения преимуществ метода лечения при равноценных эффектах, как медикаментозных терапевтических, так и хирургических пособий. Улучшение качества жизни после проведенной терапии служит оптимальным критерием в выборе определенной лечебной тактики. КЖ может служить показателем, на основе которого возможна разработка программ, мониторинг состояния здоровья пациента после проведенного лечения в ранние и отдаленные сроки.

Первое анкетирование по КЖ проводилось при первом поступлении пациенток в отделение акушерства 1-й Клинической больницы г. Баку, непосредственно до родоразрешения, далее эти пациентки через 6 месяцев и через год нами были повторно приглашены для более тщательного сравнения полученных результатов. В научной литературе отсутствует специализированная шкала для оценки качества жизни больных со спаечной болезнью. По этой причине нами применен неспецифический опросник оценки качества жизни SF-36, который обеспечивает количественное определение качества жизни по указанным шкалам. При этом показатели могут колебаться от 0 до 100 баллов. Чем выше значение показателя, тем лучше оценка по из-

бранной шкале (100 баллов соответствует наивысшему показателю здоровья).

По результатам исследования установлено, показатель физического функционирования, т.е. способность выполнять физическую нагрузку в течение своего обычного дня, через 6 месяцев после родоразрешения был снижен во 2-й группе (группа кесарева сечения) и составил  $62,3 \pm 2,37$  балла, что было статистически значимым по сравнению с 1-й группой, где аналогичный показатель составил  $90,4 \pm 1,28$  ( $p < 0,001$ ). Через 12 месяцев баллы во 2-й группе возросли до  $91,8 \pm 1,06$ , в 1-й группе – до  $98,4 \pm 0,52$  баллов, при этом баллы во 2-й группе были значительно ниже даже спустя год ( $p < 0,001$ ).

В обеих группах показатели шкалы «Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности» спустя 6 месяцев были одинаковыми и составили 100,0 баллов. Спустя год показатели были практически одинаковыми и составили  $99,0 \pm 1,00$  баллов во 2-й группе и 100,0 баллов – в 1-й группе ( $p > 0,05$ ).

Уровень шкалы «Физическая боль» был достаточно низким во 2-й группе до родоразрешения –  $57,9 \pm 2,27$  и статистически значимо отличался от 1-й группы, где составил  $79,7 \pm 1,77$  баллов ( $p < 0,001$ ), а через 6 месяцев после родоразрешения во 2-й группе составил  $94,2 \pm 0,71$  баллов, в 1-й группе –  $99,8 \pm 0,20$  баллов ( $p < 0,001$ ). Спустя год показатели были практически одинаковыми и составили  $99,8 \pm 0,20$  баллов во 2-й группе и 100,0 баллов – в 1-й группе ( $p > 0,05$ ).

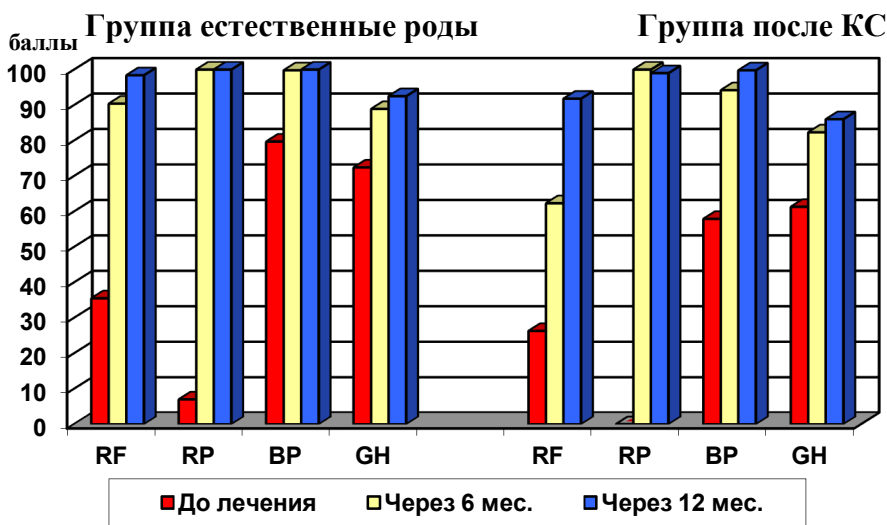
Субъективная оценка общего состояния здоровья пациентом статистически значимо отличалась во 2-й группе спустя 6 месяцев ( $82,3 \pm 1,27$  баллов) от показателя в 1-й группе ( $88,9 \pm 0,87$  баллов),  $p < 0,001$ . Спустя 12 месяцев во 2-й группе показатель составил  $86,0 \pm 0,70$  баллов, в 1-й группе –  $92,5 \pm 0,99$  баллов ( $p < 0,001$ ).

Показатель шкалы «Жизнеспособность», показывающей субъективную оценку настроения, энергичности, жизненных сил пациенток спустя 6 месяцев был  $60,1 \pm 1,64$  баллов во 2-й группе и  $43,9 \pm 1,03$  баллов в 1-й группе ( $p < 0,001$ ). Спустя год данный показатель во 2-й группе изменился незначительно до  $60,5 \pm 1,79$

баллов, изменения в 1-й группе были немного выраженными и составили  $45,5 \pm 0,84$  баллов ( $p < 0,001$ ).

Эмоциональная и физическая способность общаться с другими людьми в исследуемых группах статистически не различалась ( $p > 0,05$ ).

Эмоциональную способность женщин заниматься профессиональной или домашней работой спустя 6 месяцев значительно различалась между двумя исследуемыми группами (шкала «Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности»). Данный показатель составил 100,0 и  $78,0 \pm 5,92$  баллов в 1-й и 2-й группах соответственно ( $p < 0,001$ ). Спустя год показатели были одинаковыми и составили 100,0 в обеих группах соответственно (рис. 1).



*Рис. 1. Показатели КЖ по данным опроса теста SF-36 до и после операции в разные сроки лечения (физический компонент здоровья).*

Последним показателем в опроснике был компонент «Психическое здоровье», разница в котором между группами спустя 6

месяцев и 1 год после операции была статистически недостоверной ( $p > 0,05$ ) (рис. 2).

Таким образом, установлено, что у пациенток 2-й группы качество жизни было снижено по сравнению с 1-й группой, в свою очередь, различия стали более выраженными через 6 месяцев, нежели чем через год, что указывает на более быструю реабилитацию после естественных родов как в физическом, так и психологическом аспекте. При сравнении результатов, полученных после обработки анкет опросника SF-36 были получены данные, свидетельствующие о более высоком качестве жизни у женщин, состоящих в группе естественных родов<sup>23</sup>.

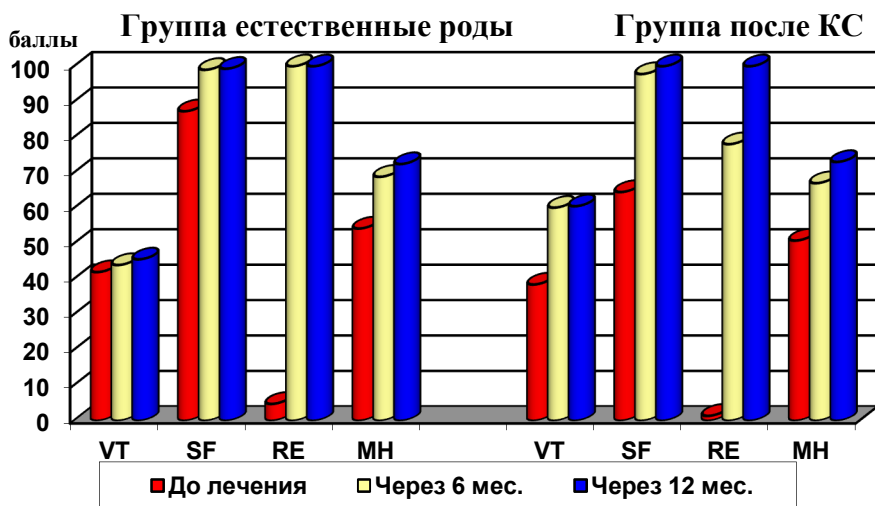


Рис. 2. Показатели КЖ по данным опроса теста SF-36 до и после операции в разные сроки лечения (психологический компонент здоровья).

<sup>23</sup>Магалов, И.Ш., Азим, А.А. Оценка и сравнение качества жизни у женщин в зависимости от метода родоразрешения // Műasir ginekologiya və perinatologiyannın aktual məsələləri, – 2017, № 3, – с. 37-42.

Итак, несмотря на то, что кесарево сечение современным акушерством рассматривается больше как альтернативный способ родоразрешения, чем операции, с точки зрения хирургии оно остается вмешательством со всеми недостатками, к которым относится и спаечный процесс. Однако образование послеоперационных сращений в связи с операцией кесарева сечения не так хорошо изучена. Это касается их возможного негативного влияния на качество последующей жизни женщины и на повторные вмешательства в будущем. Наличие сращений может стать препятствием для вхождения в брюшную полость при еще одном кесаревом сечении или причиной повреждения мочевого пузыря или прямой кишки при, казалось бы, «банальной» операции. Другие последствия спаечного процесса в брюшной полости включают хронические боли в животе и нарушения пассажа по кишечнику.

Согласно опубликованным в научной литературе данным, спаечный процесс после кесарева сечения встречается с частотой 24-73%. Разброс данных объясняется различной системой подсчета. В нашем исследовании частота спаечного процесса при учете только первого кесарева сечения, была ниже опубликованных, а при повторной операции встречаемость сращений увеличивалась в разы, что совпадает с данными других авторов. В ретроспективной группе сращения встречались реже, что, предположительно связано с их невнимательным подсчетом или отсутствием упоминания о них в протоколах операции.

Также немало важным является тот факт, что у больных с кесаревым сечением в анамнезе следует ожидать удлинение времени проведения гистерэктомии из-за технических трудностей и необходимости более аккуратной и осторожной диссекции фибризованных тканей. Практически у всех пациенток, перенесших кесарево сечение, во время гистерэктомии наблюдался выраженный фиброз в ретроперитонеальных пространствах, затрудняющих выделение топографических ориентиров и важных структур, расположенных здесь. Плотные сращения матки с передней брюшной стенкой и мочевым пузырем у этих больных

приводят к наглядным изменениям анатомии полости малого таза.

В нашем исследовании были проанализированы возможные пути оптимизации техники операции кесарева сечения.

*Соблюдение требований асептики.* Это самое первое и основное правило, и должно соблюдаться во всех мелочах. Нужно помнить о таких существенных рисках инфицирования, как преждевременное излитие околоплодных вод. Большое значение имеет правильное назначение антибиотиков. Они должны назначаться до проведения разреза.

*Направление разреза на брюшной стенке.* За исключением особых случаев сегодня считается, в том числе и с точки зрения образования внутрибрюшных сращений, что поперечные разрезы предпочтительней вертикальных, т.к. они обеспечивают непосредственный доступ к нижним отделам матки, при их использовании отсутствует необходимость манипулирования с кишечником и другими органами.

*Вскрытие париетальной брюшины.* Самым оптимальным является экстраперитонеальный доступ к нижним отделам матки, однако он требует дополнительной хирургической подготовки врачей акушерских отделений.

*Действия в случае плотных сращений после предыдущего кесарева сечения.* При наличии в анамнезе операций, в том числе на органах малого таза, включая КС, в брюшную полость следует входить по возможности выше. В случае большого числа сращений и грубых спаек, затрудняющих доступ к нижним отделам матки может возникнуть необходимость в более высоком разрезе на этом органе для извлечения плода. Последующее выведение матки наружу становится, практически, необходимым для более аккуратного ушивания раны, рассечения имеющихся сращений и контроля за гемостазом.

*Вскрытие пузырно-маточной складки, отсепаровка мочевого пузыря (образование лоскута).* Результаты наше исследования позволяют выразить мнение, что во вскрытии пузырно-маточной складки нет необходимости, т.к. при соблюдении принципа прямого разреза на матке без вскрытия пузырно-

маточной складки, т.е. на 2 см выше нее, анатомических нарушений для возникновения спаек не отмечается.

*Вскрытие полости матки.* Также принципиальным мы считаем высоту разреза на матке. Разрез на матке должен зависеть от высоты стояния подлежащей части. Если подлежащая часть – ножки или ягодицы, он должен быть несколько выше. При головном предлежании основная задача обеспечение вывода ее через рану малым диаметром. Если делать фиксировано разрез не учитывая данный принцип, то можно вскрыть полость матки выше или ниже подлежащей части, что может стать причиной либо трудного извлечения, либо разрыва краев раны в направлении к маточным сосудам и вниз.

*Выведение матки из брюшной полости.* Экстериоризация матки (выведение её из брюшной полости после извлечения плода и последа), по сути, нежелательное действие. Единственным оправданием может быть быстрое и более «безопасное» ушивание операционной раны.

*Пальцевое или инструментальное расширение канала шейки матки.* Пальцевое или инструментальное расширение канала шейки перед ушиванием операционной раны на матке вполне логично, когда КС производится при отсутствии родовой деятельности. При пальцевом расширении канала шейки матки хирург должен поменять перчатки.

*Ушивание разреза на матке.* С этой целью предпочтительно использовать поздно-рассасывающиеся синтетические нити толщиной 0.

*Ушивание мышечного слоя.* С позиции состоятельности рубца на матке во время последующей беременности, сегодня опять предпочтительнее ушивать матку в два ряда. При зашивании операционной раны на матке важно не оставлять грубых вывернутых участков во избежание образования в этих местах спаек. Рана должна быть сухой, гемостаз вдоль нее надежен (путем наложения при необходимости дополнительных швов).

*Ушивание эндометрия.* На основании ультразвукового обследования в послеоперационном периоде утверждается необходимость захвата в маточный шов эндометрия (особенно при нало-

жении однорядного шва).

Следует всегда помнить, что КС при всей своей, казалось бы, технической простоте – это вмешательство на репродуктивных органах женщины. Все действия хирурга, в частности, и операционной бригады, в целом, должны быть очень деликатными. Целостность тканей, и в первую очередь, это касается раны на матке, должна быть восстановлена быстро и без натяжения. Ишемизация тканей недопустима. Санация брюшной полости должна быть тщательной, но без микроповреждений перитонеальной выстилки. Время операции не должно затягиваться. Должна проводиться профилактика кровопотери и гипотонии матки.

Таким образом, спаечная болезнь малого таза и брюшной полости отрицательно влияет на состояние здоровья пациенток, а отсутствие эффективного метода профилактики и лечения делают ее актуальной как с медицинской, так и с социально-экономической точки зрения.

## **ВЫВОДЫ**

1. Спаечный процесс после кесарева сечения в той или иной степени выраженности встречается с частотой от 10,3% (I группа) до 28,3% (II группа). После повторного кесарева сечения частота встречаемости спаечного процесса повышается в разы в обеих группах – 21,1% и 69,2%, соответственно [7].
2. На основании сравнения особенностей спаечного процесса у женщин, которым было проведено кесарево сечение в разные временные промежутки времени (группы – «внематочная беременность» и «гистерэктомия»), а также анализ особенностей спайкообразования у некоторых больных из акушерской группы позволяет считать образование грубых сращений матки с передней брюшной стенкой и придатков с боковыми поверхностями последствием «неправильной» хирургической техники и качества шовного материала [5, 8].



3. Изменения анатомии матки и придатков в результате образования грубых сращений могут быть причиной внематочной беременности и усложнять любое последующее хирургическое вмешательство в полости малого таза у женщин, перенесших кесарево сечение. Для минимизации вероятности спайкообразования целесообразно соблюдать правила для реконструктивной хирургии при выполнении операции кесарева сечения. Выбор рациональной классификации внутрибрюшных спаек после операции кесарева сечения заключается в комплексном использовании классификаций, отражающих степень тяжести спаечного процесса (общепринятая классификация спаечного процесса органов малого таза Дж.Хулки, классификация по индексу перитонеальных спаек (РАI), классификация интраабдоминальных спаек после кесарева сечения по Т.Туланди) [1, 11].
4. Качество жизни у пациенток 2-й группы было снижено по сравнению с 1-й группой, причем более выраженные различия отмечены через 6 месяцев после операции, нежели чем через год, что указывает на более быструю реабилитацию женщин после естественных родов, как в физическом, так и психологическом аспекте [4].

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Всегда обсуждать вероятность спайкообразования наряду с другими недостатками кесарева сечения при выборе вместе с беременной женщиной способа родоразрешения.
2. Выделять группу повышенного риска по образованию сращений в послеоперационном периоде (женщины с преждевременным отхождением вод, с наличием операций в анамнезе, с известным анамнезом наличия эндометриоза или аденомиоза, или перенесенной тазовой инфекцией).
3. Соблюдать принципы реконструктивной хирургии:
  - а. Хорошая визуализация и бережное отношение к тканям;

- b. Правильно прогнозировать варианты завершения беременности и выбирать способ родоразрешения, желательно планировать кесарево сечение;
- c. Взвешенно подходить к расширению объема операции, например, необходимость одновременной миомэктомии или вмешательства на яичниках;
- d. Соблюдать гемостаз без излишнего использования электроэнергии.
- e. По возможности быстро выполнять все хирургические приёмы;
- f. Проводить профилактику инфицирования;
- g. Не высушивать серозные покрытия;
- h. Не увлекаться чрезмерным шитьем и правильно выбирать шовный материал;
- i. Ограниченно использовать марлевые тампоны;
- j. Одевать перчатки без талька и без латекса.

## **СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:**

1. Магалов, И.Ш., Азим, А.А. Анализ особенностей спаечного процесса у гинекологических пациенток с кесаревым сечением в анамнезе // Хирургия. Восточная Европа, – 2016. т. 5, – № 4, – с. 495-503.
2. Магалов, И. Кесарево сечение в анамнезе как фактор развития внематочной беременности / И.Магалов, А.Али Азим, С.Султанова [et al.] // – Bakı: Azərbaycan Respublikasının əməkdar elm xadimi, professor Naziyə Musa qızı Şəmsədiskayanın anadan olmasının 90 illiyinə həsr edilmiş beynəlxalq elmi konfransının materialları, – 2016, – s. 44-45.
3. Магалов, И. Тотальная лапароскопическая гистерэктомия (ТЛГ) в условиях спаечного процесса в малом тазу и брюшной полости / И.Магалов, А.Али Азим, С.Керимова [et al.] // – Bakı: Azərbaycan Respublikasının əməkdar elm xadimi, professor Naziyə Musa qızı Şəmsədiskayanın anadan olmasının 90 illiyinə həsr edilmiş beynəlxalq elmi konfransının materialları, – 2016, – s. 47-48.
4. Магалов, И.Ш., Азим, А.А. Оценка и сравнение качества жизни у женщин в зависимости от метода родоразрешения // Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri, – 2017. Cild 4, № 3, – с. 37-42.
5. Магалов, И.Ш., Азим, А.А. Спаечный процесс после кесарева сечения как возможный фактор риска внематочной беременности // Sağlamlıq, – 2017. № 2, – с. 159-162.
6. Азим, А.А., Магалов, И.Ш. Спаечный процесс после кесарева сечения: внутриоперационная находка или клинический факт? // Sağlamlıq, – 2017. № 4, – с.176-180.
7. Магалов, И.Ш., Азим, А.А. Частота встречаемости и характер спаечного процесса после операции кесарева сечения // Azərbaycan Tibb Jurnalı, – 2017. № 3, – с. 35-38.
8. Азим, А.А. Особенности лапароскопической гистерэктомии у женщин с наличием в анамнезе операции кесарева

- сечения // Вестник проблем биологии и медицины, – 2019. Вып. 4, – т. 1 (153), – с. 62-65.
9. Azim, A.A. Adhesion formation after caesarean section // Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri, – 2019. Cild 6 (4), – s. 33-37.
  10. Azim, A.A. Adhesion formation after previous caesarean section. Scientific achievements of the third millennium // Collection of scientific papers of X International scientific conference, New-York, 25 September, – 2019, – p. 22-25.
  11. Азим А.А. Специфика гинекологических операций у женщин, перенесших кесарево сечение // Azərbaycan Tibb Jurnalı, – 2020. № 1, – с. 5-9.





Защита диссертации состоится \_\_\_\_\_ 2021 года в \_\_\_\_\_ на заседании Диссертационного совета ЕД 2.06, действующего на базе Азербайджанского медицинского университета.

Адрес: AZ 1022, г.Баку, ул. А. Гасымзаде, 14 (конференц-зал).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского медицинского университета.

Электронная версия диссертации и автореферата размещена на официальном сайте Азербайджанского медицинского университета.

Автореферат разослан по соответствующим адресам \_\_\_\_\_ 2021 года.

Подписано в печать:

Формат бумаги: 60 x 84 1/16

Объем: 38.928

Тираж: 70