

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

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
доктора философии

Соискатель: _____ **Ахдаб Али Мохаммед Азим**

Научный консультант: _____ доктор наук по медицине, профессор
Ислам Шариф оглы Магалов

Баку – 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

	стр.
ВВЕДЕНИЕ	4
I ГЛАВА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	8
1.1. Сравнительная эпидемиология кесарева сечения и его место в структуре современного родоразрешения.....	8
1.2. Виды и техника кесарева сечения.....	12
1.3. Преимущества и недостатки Кесарева сечения.....	16
1.4. Послеоперационная спаечная болезнь	19
1.5. Спаечный процесс после кесарева сечения.....	23
1.5.1. Разрез и способ ушивания раны, как факторы, влияющие на частоту возникновения сращений после кесарева сечения.....	25
1.5.2. Клинические проявления сращений после кесарева сечения.....	26
1.5.3. Локализация и степень выраженности.....	27
1.5.4. Методы выявления.....	28
1.6. Качество жизни и кесарево сечение.....	29
II ГЛАВА. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	37
2.1. Характеристика клинического исследования.....	37
2.2. Материалы и методы исследования.....	40
2.2.1. Характеристика обследованных в акушерской группе.....	42
2.2.2. Характеристика обследованных в гинекологической группе.....	52
2.3. Статистическая обработка результатов.....	55
III ГЛАВА. КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ.....	56
3.1. Результаты клинической характеристики обследованных в акушерской группе.....	56
3.2. Результаты клинической характеристики обследованных в гинекологической группе.....	73
3.3. Качество жизни пациенток после операции Кесарева сечения.....	97

IV ГЛАВА. ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	107
4.1. Частота встречаемости спаечного процесса после операции кесарева сечения.....	.107
4.2. Факторы, риска ведущие к образованию спаек.....	108
4.3. Характер спаечного процесса и его последствия.....	116
4.4. Возможные пути оптимизации техники операции кесарева сечения.....	120
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	126
ВЫВОДЫ	127
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	128
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	153
ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ.....	161

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Кесарево сечение (КС) к нашим дням стало самым частым хирургическим вмешательством, которое выполняется в акушерско-гинекологической практике. В США с 1996 по 2009 год частота КС выросла с 20,7% до 32,9% [230]. Приблизительно такой же рост в течение обозначенного временного промежутка (около 12%) наблюдается и в Азербайджане, хотя, в целом, показатели на порядок ниже: 19,3% на 2011 год [2]. Однако есть и такие страны, где абдоминальное оперативное извлечение плода составляет половину всех родов [16].

Сегодня причинам увеличения частоты кесарева сечения уделяется большое научное внимание [106, 108, 153], 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 [39, 106, 108, 110]. Следует отметить, что аргументы «за» и «против» рассматриваются в большинстве случаев, именно, с позиции перинатального акушерства. Кроме того, предметом обсуждения является техника выполнения операции [204, 233], ближайшие послеоперационные осложнения [210] 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: она 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 беременностей» [74, 226].

С другой стороны, как бы, забывается, что КС проводится, в основном, условно здоровым вне беременности и родов женщинам молодого возраста. Соответственно, вопросы о том, какие непосредственно изменения имеют ме-

сто у них в брюшной полости, как они влияют на качество их жизни и какие создают проблемы при необходимости повторного вмешательства остаются малоизученными [210].

Считается, что в 24,4-73,0% случаев после первого кесарева сечения развивается СП [230, 218]. При этом отсутствует единое мнение по поводу факторов, обуславливающих их образование. Кроме того, в немногочисленных исследованиях, посвященных изменению внутриполостной 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, дизурические явления, нарушения фертильности и другие [210].

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, 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 Lohusalık 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.), обзора литературы (29 стр.), главы описания материалов и методов исследования (19 стр.), главы клинической характеристики обследованных больных и качества жизни пациенток после операции кесарева сечения (51 стр.), обсуждение полученных результатов (19 стр.), выводы (1 стр.), практических рекомендаций (1 стр.), указателя литературы (23 стр.) и приложения (5 стр.) (228 794 знака). Работа изложена на 168 страницах компьютерного текста, содержит 38 таблиц, 15 рисунка. Библиографический указатель включает 237 работ.

І ГЛАВА

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Сравнительная эпидемиология кесарева сечения и его место в структуре современного родоразрешения

Современное акушерство имеет еще одно название – «пренатальное». В основу этого термина заложен принцип обеспечения здоровья матери, плода и новорожденного, а также равнозначность всех трех составляющих. Более того, архиважность рождения здорового ребенка, как конечного результата беременности в ряде случаев требуют быстрого и бережного родоразрешения. В процессе формирования этой концепции так сложилось, что именно КС стало практически универсальным инструментом регуляции как для времени завершения внутриутробного развития, так и самих родов [119, 176].

Итак, «пренатальное» акушерство предопределило за последние двадцать лет прошлого столетия практически глобальное увеличение частоты выполнения операции КС. Она получила новый статус альтернативности естественным родам. Отсюда, ещё одно новое определение – «абдоминальное РР» [176].

Введение операции КС в акушерскую практику началось с 1916 года, однако до 70-х годов 20 века в связи с частыми и тяжелыми осложнениями у роженицы применялась только по строгим показаниям (клинически узком тазе) [38, 49]. В связи с улучшением медицинских технологий усовершенствованием антибактериальной терапии и медикаментов, используемых в анестезиологии, частота абдоминального родоразрешения увеличивалась быстрыми темпами [95].

О том насколько КС стало часто выполняться за указанный период времени, красноречиво говорит статистика по ряду стран. Так, в 90-х гг. XX века в США и Канаде количество операций КС возросло с 11,7% до 21%, в Западной Европе – с 11,1% до 26,5% , в Восточной Европе – с 8,6 до 12,3%, в странах Центральной Америки и Азии – с 8,4 до 40,6%, а в Австралии и Новой Зелан-

дии – с 5,5 до 20,1% [24].

Есть страны, в которых КС выполняется почти в половине случаев по отношению к общему числу родов. В странах Латинской Америки количество кесарева сечения составляет 24-46% [109, 150, 169, 181, 215]. Меньше всего операций кесарева сечения выполняется в Японии (15%) [134, 155]. Хотелось бы отметить, что в странах с развивающейся экономикой (регионы Азии, Центральной Африки) проведение операции КС невозможно даже при экстренных показаниях со стороны беременной в связи с крайне тяжелым финансовым положением основной части населения [37, 139, 150, 169, 181, 183, 213]. В России на долю операций КС приходится 9-33,6%, что напрямую обусловлено уровнем и профилем оказания акушерской помощи [37, 47, 64, 110].

Имеются множество причин увеличения частоты КС. Их можно объединить в три кластера: (1) демографические (Увеличение частоты поздних первородящих, неправильный образ жизни и питание беременных, в связи с которым возросло число женщин с повышенном индексом массы тела, а также крупным плодом) (2) медицинские, вызванные повышением доли беременных высокого риска и увеличением числа акушерских осложнений; и (3) немедицинские – элективные КС из-за страха перед патологическими родами и их последствиями в виде сексуальной и тазовой дисфункции или ответственности за неблагоприятный исход) [151]. Увеличение числа кесаревых сечений связано со стремлением акушеров к бережному способу родоразрешения [90, 175, 197]. В связи с увеличением показаний к проведению операции КС, с целью сохранения здоровья как матери, так и ребенка, повсеместно увеличивается количества абдоминального способа родоразрешения [33, 40, 53, 64, 75, 80, 86, 90, 95, 115, 112, 113, 130, 195, 217]. В последние годы увеличивается количество возрастных первородящих с частотой кесарева сечения 32,7%, что является дополнительным неблагоприятным фактором беременности и родов, ряд авторов связывают это с ухудшением сократительной способности матки с возрастом [97, 105, 109]. С возрастом в связи с увеличением между мышечными клетками соединительной ткани нарушается процесс проведения импульсов, что приводит к

изменению электрической активности миометрия [221].

Также на течение беременности влияет наличие сопутствующей соматической патологии, что сказывается при выборе абдоминального способа родоразрешения [113, 116, 135]. А.Е. Сарбасова и другие авторы провели исследование и сделали вывод, что в связи с тем, что основное заболевание имеет декомпенсированное течение, операция кесарева сечения проводится: у 16% пациенток с диагнозом миопия, у 34,3% - с эндокринной патологией, у 23,6% - с ревматоидными заболеваниями, у 37,7% - с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и т.д. [109, 113, 135].

Данные ряда авторов показывают, что в большинстве случаев при наличии акушерской патологии исходом беременности и родов является операция КС, в свою очередь отмечается, что частота КС составляет 79% при тяжелой преэклампсии и эклампсии, 92% – при преждевременной отслойке плаценты, 32% при преждевременных родах и 13% при дискоординации родовой деятельности [40, 53, 64, 102, 107, 109]. А.Е. Сарбасова в своей работе указала, что своевременно выполненное абдоминальное РР способствует значительному снижению количества осложнений со стороны матери (на 75%), а именно предотвращает тяжелую инвалидизацию родильницы и снижает частоту травм мышц тазового дна (на 53%), помогает предупредить материнскую летальность при экстренной ситуации (на 80%) [109, 150, 192, 213]. Также автор указывает, что с целью снижения случаев перинатальных потерь всвязи с прогрессированием плацентарной недостаточности и ухудшением внутриутробного состояния плода операция КС выполняется в 83% у беременных с данным гестационным осложнением [40, 109, 129, 130]. А.Е.Сарбасова и другие авторы в своих работах пришли к выводу, что развитие любых осложнений как при беременности, так и непосредственно в родах, связано с нарушением компенсаторно-приспособительных механизмов в системе мать-плацента-плод, сопровождающимся тем, что женщина и плод не могут адаптироваться к родовому стрессу [86, 100, 103, 109]. Абдоминальное РР в каждом конкретном случае (аспирационной синдром плода (в 5 раз), тазовое предлежание (в 3 раза), преждевремен-

ные роды (в 3 раза), прогрессирование акушерской патологии (в 3 раза), прогрессирование экстрагенитальной патологии (в 4 раза) способствует снижению показателей частоты осложнений со стороны плода [109, 75, 80, 111]. В некоторых зарубежных странах операция КС в ряде случаев выполняется по желанию беременной женщины без наличия каких либо медицинских показаний, в свое время большинство отечественных акушеров-гинекологов являются сторонниками проведения операции КС исключительно при строгих медицинских показаниях [75, 107, 109, 111].

Безусловно, такое наращивание «хирургической агрессии» при ведении беременных и родов стало возможным не само по себе. За этим стояла разработка внедрение новейших технологий, использование рассасывающего шовного материала, новейшие достижения в различных областях медицины (анестезиология, перинатология, микробиология, эндокринология), фармакологии (производство «новых» более сильных антибиотиков) и т.д. Как следствие, показатели проведенных КС, наряду с частотой летальности среди матерей и новорожденных, стали использоваться для оценки качества работы специализированного лечебно-профилактического учреждения.

В текущем десятилетии доля КС в структуре родоразрешения достигла максимального уровня и приблизилась в среднем к 25-30% в экономически развитых странах, инициировав параллельно, с первого взгляда, парадоксальное переосмысление роли КС в перинатальном акушерстве. Роль главного критика тенденции неуправляемого роста частоты КС взяла на себя Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), которая призывает медицинские сообщества передовых государств не злоупотреблять абдоминальными родами. ВОЗ, начиная ещё с 1985 года, настоятельно и последовательно рекомендует 10-15% в качестве идеального показателя для КС [94, 131, 143, 145, 154, 159, 196, 237].

По результатам проведенного в 2008 году анализ показателей 137 стран (из общего количества 192 государств, входящих в ООН) определилось, что ежегодно в мире проводится около 18,5 миллиона операций КС. Оказалось, что только в 10%, вошедших в отчет стран, удельный вес абдоминального родораз-

решения находится в рекомендуемом диапазоне. Приблизительно одинаковым было разделение на группы стран, где КС делают ниже 10% и выше 15% (40% и 50%, соответственно). И если для популяций со средним и высоким достатком свойственно проведение КС без медицинских показаний (4,0-6,2 миллионов случаев по подсчетам ВОЗ), то в отсталых регионах существует дополнительная потребность в 3,2 миллионах операций, невыполненных в силу ряда условий или вернее из-за их отсутствия [94, 163].

Невероятна высока стоимость неоправданных КС ($\approx 2,32$ млрд. долларов). С другой стороны, в ряде стран с развивающейся экономикой (Центральная Африка, Юго-Восточная Азия), где абдоминальное РР остаётся недоступным даже при наличии строгих показаний со стороны здоровья матери, материнская смертность измеряется 1000 на 100 000 живорождений [163].

1.2. Виды и техника кесарева сечения

Единой и общепринятой классификации для операции кесарева сечения пока не существует. Это означает, что в распоряжении имеется сразу несколько. Определить наиболее оптимальный вариант среди них нелегко, поскольку между собой они не сравнивались [230].

Согласно М. Torloni и соавторам, все известные классификации распределили по группам, взяв за основу основной вопрос, на который они отвечают:

- а) по показаниям (вопрос «почему?»);
- б) по степени срочности (вопрос «когда?»);
- в) по характеристике беременной и течения беременности (вопрос «кто?»);
- г) прочие (вопросы «где?», «кем?» и «как?» или комбинация этих вопросов), пытающиеся нивелировать недостатки классификаций из первых трех групп.

В Великобритании в 2001 году акушером М.С.Робсоном была разработана классификация КС, согласно которой возможно сопоставление причин выбора абдоминального родоразрешения относительно ежегодной динамики региональных, национальных и международных показателей. Эта классифи-

кация получила всемирное признание [94, 159], хотя на постсоветском пространстве большинство акушеров ее не придерживаются.

По классификации М.С.Робсона проводится подразделение операций КС по 10 группам. К первой и второй группе относят первородящих, у которых отмечается одноплодная доношенная беременность при правильном предлежании головки плода. Первая и вторая группа отличаются тем, что матери первой группы берутся на экстренную операцию КС в случаях самопроизвольно начавшейся родовой деятельности в отличие от матерей второй группы, которые берутся на операцию до начала родовой деятельности. К третьей и четвертой группе относят повторнородящих женщин с критериями, идентичными для первой и во второй групп, но имеющих в анамнезе естественные роды. К пятой группе относят женщин, у которых в анамнезе отмечались операции КС. Шестая и седьмая группы объединяют женщин с доношенной одноплодной беременностью тазовым, либо ягодичным предлежанием плода, где в шестую группу введены первородящие, а в седьмую группу – повторнородящие. Восьмую группу составляют женщины с многоплодной доношенной беременностью в независимости от количества и порядкового числа родов. В случае всех неправильных положений плода, а также неправильном вставлении головки, женщины включаются в девятую группу. Последняя группа – десятая – объединяет всех женщин с одноплодной недоношенной беременностью при головном предлежании плода вне зависимости от количества перенесенных беременностей и родов. Беременным данной группы операция была проведена в сроке до 36 недель гестации [31].

Заслуживает внимания факт увеличения количества оперативных вмешательств в группах с наименьшим показателем КС: I и II группы [17].

В связи с увеличением частоты оперативных родов возрастает число недоношенных детей, хотя выполненная должным образом операция КС, основанная на медицинские показания, существенно снижает перинатальную смертность.

По мнению исследователей G.D.Hankins et al. (2006), плановое КС, вы-

полненное всем женщинам в США, позволило бы предотвратить большое количество мертворождений (2 случая на 1000 родов).

Также КС позволяет предупредить родовые травмы при естественных родах с тазовым предлежанием плода (до 3 % новорожденных), что объясняет увеличение числа оперативных родов в шестой и седьмой группах по классификации Робсона [94, 159].

Способов выполнения кесарева сечения еще больше чем классификаций. Для рассечения передней брюшной стенки существуют несколько модификаций вертикальных и поперечных разрезов (Pfannenstiel, Joel- Cohen, Пелоси, Maylard, Mouchel). То же касается и вскрытия полости матки. Перед тем как сделать это, можно вскрывать маточно-пузырную складку и отсепаровывать мочевого пузырь с созданием лосута («bladder flap»), хотя это не обязательно [119, 177, 211].

Таким образом, в зависимости от локализации разреза на матке в настоящее время различают такие виды кесарева сечения, как:

1. корпоральное КС с разрезом тела матки по средней линии;
2. истмикокорпоральное с разрезом матки по средней линии частично в нижнем сегменте и частично в теле матки;
3. поперечный разрез матки в нижнем сегменте с отслойкой мочевого пузыря;
4. поперечный разрез матки в нижнем сегменте без отслойки мочевого пузыря.

После извлечения ребенка и отделения последа матка ушивается. Она может быть выведена и ушита вне брюшной полости. Ушивается матка в один, два или три ряда швов с выполнением перитонизации или без [119, 177, 211].

КС по методу Пфанненистиля. Поперечным разрезом на передней брюшной стенке проводят рассечение кожи и влагалища прямой мышцы живота, последний рассекается свободно от основных прямых мышц живота. Аналогичным разрезом рассекается матка в нижнем сегменте. В ходе зашивания разреза матке применяются двухслойный непрерывный шов. Также зашиваются висце-

ральная и париетальная брюшина. С целью зашивания апоневроза применяются непрерывные, либо узловые швы. Завершают операцию накладыванием узловых либо непрерывных внутрикожных швов [67, 119, 173, 177].

Метод КС по Джоэл-Кохену проводится поперечным прямолинейным разрезом кожи на 2,5-3 см ниже линии проведенной между передневерхними осями подвздошных костей. Далее разрез углубляется по белой линии живота до обнажения апоневроза, который в свою очередь надсекают латерально. Освобождая тупым путем прямые мышцы живота, открывается доступ к париетальной брюшине. Тупым путем вскрывается брюшина. С сохранением целостности плодного пузыря перпендикулярно средней линии проводится надрез на миометрии, затем вскрывают и раздвигают латерально при помощи пальцев [67].

Метод КС по Мисгав-Ладаху. Метод был разработан Штарком затем модифицированная Джоэл-Кохеном. В отличие от Джоэль-Кохенской методики, фасция рассекается слепым перемещением приоткрытыми кончиками ножниц. Отделение плаценты проводится мануально. Матка извлекается из брюшной полости. Миометрий зашивается по Ревердену. На висцеральную и париетальную брюшина не накладываются швы. На кожу накладываются два три матрацных шва. Щипцами Аллиса сближаются оставшиеся открытые участки [67, 173].

Метод КС по Пелоси. Брюшная стенка разрезается по Пфанненштилю. Подкожно-жировая клетчатка и фасция поперечно разделяются электроножом, затем тупым методом рассекаются прямые мышцы живота и оставляется пространство для указательных пальцев. Брюшина, а также все слои брюшной стенки растягиваются мануально. Мочевой пузырь не отсепааровывается. На нижнем сегменте матки производится поперечный разрез и расширяется тупым методом. Давлением на дно матки обеспечивается выведение подлежащей части плода, после введения окситоцина в результате спонтанного отделения плацента выводится из полости матки [67, 119, 177].

1.3. Преимущества и недостатки кесарева сечения

У КС, как и у любого явления в медицине, представляющего собой вмешательство в естественный процесс, есть положительные и отрицательные стороны. Преимущества абдоминального родоразрешения обусловлены исконной философией его широкого внедрения в акушерскую практику – улучшить исход беременности для матери и плода, и в первую очередь, при наличии факторов высокого риска, к которым относятся тяжелые формы гестозов, аномалии расположения плаценты и ее преждевременная отслойка, ряд экстрагенитальных заболеваний, осложненное течение родов, недоношенная беременность, неправильные положения и тазовые предлежания плода, а также фетоплацентарная недостаточность (ФПН) [109].

Кроме того, КС позволяет нивелировать осложнения неудачной индукции родов или предупреждать их возникновение при выборе в пользу абдоминального родоразрешения. Абдоминальные роды при правильном назначении способствуют предотвращению 2 случаев мертворождения, приходящихся на каждые тысячу родов и примерно 3% родовых травм, наблюдающихся при тазовых предлежаниях. Сравнение результатов 100 000 родов (27,3% которых завершились хирургическим вмешательством, а 3,2% – физиологичными родами с использованием вспомогательных инструментов (акушерские щипцы или вакуум-экстракция), показало, что наиболее высок риск осложнений и летального исхода для матерей во второй группе [113].

Пока КС оставалось вынужденным вмешательством, связанные с этой операцией недостатки пребывали на втором плане. Внимание к негативным последствиям нарастало по мере того, как КС становилось рутинной. Дело в том, что несмотря на достижения научно-технического прогресса в медицине, осложнения после КС отмечаются у 20-75% родильниц и не имеют четкой тенденции к снижению. Самым опасными среди них считаются гнойно-септические и тромбоэмболические осложнения в послеоперационном периоде. В целом, риск материнской смертности среди родильниц, разрешившихся аб-

доминантным путем, превышает подобный риск в группе естественных родов в 2-4 раза [144].

Как известно любая операция всегда несет риск возникновения различных интра- и послеоперационных осложнений [60, 75, 109]. По данным разных авторов, частота возникающих осложнений. При проведении операции кесарева сечения осложнения встречаются от 7-19,5% случаев и бывают связаны с различными патологиями (акушерские, экстрагенитальные), в частности происходят нарушения сократительной деятельности миометрия, антенатальная гибель плода, аномалии развития матки, аномалии расположения плаценты, а также тяжелые соматические заболевания [109]. А.Е. Сарбасова и другие авторы отметили, что при удлинении длительности операции увеличивается число осложнений, возникших вследствие технических интраоперационных сложностях, неполном оснащении лечебного учреждения, недостаточной квалификацией врачей, и иных факторах [20, 64, 97, 109, 125]. Также автор отмечает что, при абдоминальном способе родоразрешения наиболее неблагоприятным и относительно часто сталкиваемымся (12,4%) осложнением является массивное маточное кровотечение, что и является одной из основных причин материнской смертности в мире [47, 66, 101, 109].

По данным А.Е. Сарбасовой в России доля материнских смертей связанных с гестационными кровотечениями за минувшее десятилетие, в среднем составила 16,2%. Автор отмечает, тот факт, что кровотечение является основной причиной летальности среди матерей в 20% случаев, в остальных случаях она является конкурирующей (42%) и фоновой (78%) причиной, что ниже показателей стран с развивающейся экономикой (25%), однако в разы выше относительно экономически развитых стран (1,7%) [76, 101, 109, 134, 150]. В своей работе Сарбасова А.Е., проведя анализ полученных другими авторами результатов, отмечает, что средняя частота акушерских кровотечений относительно общего количества родов в России составляет 9-17%, причем половина этих случаев обусловлены гипотонией матки, причиной 18% кровотечений служит тяжелая преэклампсия и эклампсия, 15% – преждевременная отслойка плаценты.

Необходимо отметить, что причиной 8% массивных кровотечений являются наследственные или приобретенные дефекты системы гемостаза, 6% – септический шок и 3% – амниотическая эмболия [64, 98, 102, 109]. Как и любое оперативное вмешательство, КС несет риск развития внутриоперационного кровотечения. Известно, что в связи с беременностью кровоснабжение в матке усиливается, а ее ткани гипертрофируются, что также может способствовать повышенному объему кровопотери при проведении КС [64, 173, 213]. По данным ВОЗ при естественных родах допустимым объемом кровопотери является до 500 мл, при операции КС данная цифра возрастает до 1000 мл. При этом главные акушеры-гинекологи патологической кровопотерью считают потерю объема крови более 1000 мл (1,1%-1,5% массы тела), а массивной в свою очередь - кровопотерю более 1500 мл (более 1,5% массы тела) – [101, 109, 111, 115].

Сарбасова А.Е. и другие авторы, отметили, что при экстренной операции КС наблюдается значимое увеличение объема кровопотери (до 2-4 раз) [109, 208, 213]. Однако следует отметить, что гипотоническое кровотечение вследствие нарушения сократительной способности матки может происходить как при выполнении оперативного вмешательства, так и при физиологических родах [109, 85]. Очень часто развитие массивного кровотечения бывает связано с дефицитом факторов свертывания крови, и при одномоментной массивной кровопотере (более 1500 мл) [64, 120, 141, 148]. А.Е. Сарбасова и другие авторы в своих исследованиях указали, что развивающаяся вследствие массивного маточного кровотечения тяжелая постгеморрагическая анемия приводит к подавлению защитных механизмов организма, сопровождающихся изменением большинства иммунологических параметров и в дальнейшем может стать причиной развития инфекционно-воспалительных процессов [109, 107, 128].

Следует отметить, что абдоминальное РР при определенных клинических ситуациях является единственным выходом для снижения показателей частоты неблагоприятных исходов как относительно матери, так и плода. Однако важно помнить, что, абдоминальное РР все же несет определенный риск развития интра- и постоперационных осложнений, всвязи с этим применять этот метод

родоразрешения необходимо лишь при строгих показаниях.

КС является не просто операцией, а скорее всего очередным хирургическим вмешательством в анамнезе молодой женщины. Все больше и больше авторов отмечают повышенный риск несостоятельности рубца, которое приводит к возникновению патологических состояний во время последующих беременностей. Также описываются риски осложнений, которые могут возникнуть в отдаленном периоде в репродуктивной системе женщины (вторичное бесплодие, невынашивание, внематочная беременность). Частота этого риска прямо пропорциональна частоте проведенных КС [137, 194, 224, 234, 236].

Одним из часто встречаемых показаний к экстирпации матки во время операции КС является приращение плаценты. У женщин впервые оперированных – оно наблюдается в 0,24 %, и 2,13%, 2,33% и 6,74 %, оперированных соответственно четвертый, пятый, шестой и более разы. В большей части случаев приращения плаценты наблюдается при ее предлежание, это связано со слабой децидуальной перестройкой области нижнего сегмента [144, 176, 194, 199, 203, 224, 234, 236].

Помимо состояния рубца на матке заслуживает детального изучения выраженность спаечного процесса в полости малого таза, имеющее значение, как при проведении повторного КС, так и при необходимости выполнения гинекологического вмешательства у таких женщин. Спайкообразование может отражаться и на качестве жизни, что чрезвычайно актуально в контексте современного здравоохранения [144].

1.4. Послеоперационная спаечная болезнь

Спаечная болезнь (СБ) – это сращения между анатомическими структурами в брюшной полости при различных заболеваниях и травмах (химических и физических) внутренних органов. К последним относятся, в том числе, и хирургические вмешательства. Некоторые авторы считают, что образование спаек является почти неизбежным осложнением операции на брюшной полости. Их

образование в брюшной полости и в малом тазу отмечается по разным данным в 63-92% случаев и даже превышают 94% в восстановительном периоде после перенесенных полостных операций. 2,9% пациентов в виду острых проявлений (непроходимость кишечника) обратно поступают в стационар после первичного вмешательства [117, 178, 191].

Экономический ущерб от СБ оценивается ежегодно по США в 2,5 миллиардов долларов, по данным других авторов 1,3 билион долларов США [49, 180, 209, 225].

Как известно, результатом оперативного вмешательства является травма брюшины, что и считается наиболее частой причиной образования спаечного процесса в брюшной полости. Результаты различных местных и зарубежных источников частота встречаемости спаек после вмешательств в брюшной полости составляет 55-97% [88, 48, 99, 166]. При этом, по данным аутопсии, 28% выявленных спаек носили воспалительный и врожденный характер [88, 216]. Итак, в современной медицине сложилось представление что, спаечная болезнь брюшной полости является изолированной нозологической формой заболевания, которой присуще наличие внутрибрюшных спаек, обуславливающих нарушение функций ее органов [88, 89, 92, 165, 166].

Здоровье пациенток сильно страдает под влиянием спаечной болезнью малого таза, в тоже время отсутствует эффективный метод профилактики и лечения, что делают эту проблему актуальной как с точки зрения медицины, так и с социально-экономической. По данным Министерства здравоохранения США экономический ущерб от СБ оценивается ежегодно по США в 2,5 миллиардов долларов, ежегодно регистрируется более 250 тыс. госпитализаций по поводу адгезиолизиса после 10 гинекологических операций, стоимость обследования и лечения составляет для государства 1200000 долларов. В России в свою очередь в среднем ежегодно регистрируется около 200 тыс. пациентов с различными проявлениями спаечной болезни брюшной полости и органов малого таза [25].

По своей сути это защитный ответ воспалительного характера (перивисцерит) с элементами кровоизлияния, который заключается в локальной гипоксии

с подавлением фибринолиза. При данном процесс происходит повышение проницаемости базальной мембраны стенки сосудов, протекает экссудация ряда компонентов (лимфа, лейкоциты, макрофаги, фибриноген). Высвобождаются вазоактивные вещества, такие как, гистамины, кинины и факторы роста [137, 164].

Макрофаги в последующем дифференцируются в фибробласты, а из мезотелия брюшины высвобождается тромбин превращающий фибриноген в фибрин. На поврежденных участках тканей идет процесс оседания фибринов и под воздействием хемотаксиса увеличивающиеся клетки мезенхимы, направляются по ходу волокон. Фибробластами синтезируются коллагены выделяемые во внеклеточную среду, благодаря которым образуется соединительная ткань. Растворимый коллаген с помощью внеклеточного медь- и пиридоксаль-содержащего фермента лизилоксидазы за счет поперечных связей превращается в нерастворимый либо сетчатый, который является основой формирования соединительной ткани [49, 69, 207].

Спаечный процесс может быть разными: от обширного до формирования изолированных тяжей между двумя точками. Как известно, СП в основном интенсивнее образуется в зоне хирургического вмешательства. Органы в брюшной полости в частности петли кишок прилежащие к послеоперационному рубцу спаиваются с ним, либо фиксируются к стенкам образовавшегося грыжевого мешка.

Как показали исследования, выраженность СБ не зависит от доступа (лапаротомия или лапароскопия) или ушивания и не ушивания брюшины, так как статистически значимых доказательств не было выявлено.

Одним из основных этиологических факторов в формировании спаечного процесса является механическое повреждение брюшины [76]. При этом нельзя не отметить тот факт, что сращения в брюшной полости образуются намного чаще под воздействием других факторов [76, 119, 114, 150]. Повреждение брюшины, кровотечение в брюшную полость, наличие внутрибрюшной инфекции и инородных тел, воздействие агрессивных химических веществ, внутри-

брюшное введение антибиотиков, местная ишемия тканей и дегрануляция лизосомальных ферментов являются этиологическими предпосылками образования спаек в брюшной полости и развития послеоперационной спаечной кишечной непроходимости [52, 115, 227].

В научной литературе очень много фактов о том, что именно после гинекологических операций, будь то вмешательства на трубах, яичниках или матке, чаще и интенсивнее развивается СБ. В связи с этим, учитывая особую важность этой патологии у женщин ВОЗ выделяет отдельный раздел тазовых срощений. Ситуация усугубляется тем, что до последнего времени оставалось неясным, почему при одинаковых условиях у одних больных после операции или воспаления органов брюшной полости развивается выраженный спаечный перивисцерит, а у других он незначительный или вообще отсутствует. Также пока неизвестно как предотвратить их развитие [49].

Среди всех операций выполняемых в брюшной полости значительное место занимают хирургические вмешательства на органах малого таза. Минаева Е.А. в своей работе отметила, что СП в малом тазу, после перенесенных ранее операций, развивается в 60-100% случаев, что доказывалось по данным экспериментальных и клинических наблюдений [81, 42, 40]. Также автор отметила, что в случаях экстренных хирургических вмешательств, ассоциированными с внутрибрюшными кровотечениями (прервавшаяся внематочная беременность, апоплексия, разрыв кисты яичника) необходимо проводить адекватную санацию брюшной полости с частым дренированием полости малого таза. Это все приводит к увеличению длительности операции, применению вспомогательных средств (марлевые тампоны, отсос), ревизии верхних этажей брюшной полости с целью максимального удаления остатков крови из брюшной полости. Все это влечет за собой увеличению площади повреждения брюшины, в результате чего выраженный СП возникает не только в малом тазу, но и в отдаленных от зоны операции областях брюшной полости [81, 45]. Также важно учитывать, что хирургическому вмешательству чаще всего подвергаются молодые женщины, в связи с этим высока вероятность повторных оперативных вмешательств в

условиях уже имеющегося спаечного процесса в малом тазу [81].

1.5. Спаечный процесс после кесарева сечения

Одной из актуальных и до конца нерешенных проблем оперативной гинекологии является проблема спаечного процесса органов малого таза. Механизм формирования спаечного процесса, а также профилактические и лечебные мероприятия на сегодняшний день остаются не до конца изученными. Бесспорно очень важным остается вопрос изучения патогенеза спаечного процесса а также возможностей профилактики и лечения с учетом новейших данных, помимо всех других очевидных причин этот вопрос остается очень актуальным в связи с достаточно высокой частотой трубно-перитонеального бесплодия в браке [68]. По данным многочисленных научных исследований доказано, что этиологией образования спаек в малом тазу и брюшной полости обусловлено не только перенесенными оперативными вмешательствами, а также воспалительными заболеваниями и эндометриозом [25, 55, 60].

На современном этапе развития хирургии проблема образования послеоперационных спаек нередко недооценивается. Прежде всего, это относится к значительному числу повторных госпитализаций, так или иначе продиктованных возникновением патологических состояний в результате образования спаек, а также значительным числом осложнений при повторных хирургических вмешательствах, зависящим от выраженности и распространенности спаечного процесса в брюшной полости.

Повторное КС является технически более сложной операцией, материнская заболеваемость при которой в 3-4 раза выше, чем при родах через естественные родовые пути [144, 182].

Согласно до сих пор опубликованным результатам про- и ретроспективных исследований, сращения в брюшной полости и полости малого таза встречаются в 24-73% случаев после кесарева сечения. В качестве объяснения бросающемуся в глаза разбросу данных приводятся две основные причины. Во-

первых, для оценки выраженности спаечного процесса авторами применяются различные критерии. Во-вторых, КС выполняется не только часто и повсеместно, но и по-разному, т.е. эта операция не стандартизирована [230].

Есть еще одно объяснение, которое учитывает время проведения исследования или же датирование операций, которые вошли в эти исследования. При этом допускается, что раннее сращения после кесарева сечения встречались чаще, в связи с особенностями шовного материала тех времен и более частыми септическими осложнениями.

Существует еще одно мнение, что, в принципе после кесарева сечения, сращений должно быть меньше, чем после других вмешательств в малом тазу [137]. Такое мнение основывается на следующих предположениях:

- менее выраженная гипоксия тканей вследствие их лучшей перфузии, как проявление физиологических изменений, вызванных самой беременностью;

- особенность области разреза на матке, нижний сегмент, как бы, остается вне зоны сращения (по этой причине некоторые авторы рекомендуют проводить удаления узлов, расположенных на передней стенке матки из разреза на «нижнем сегменте»);

- нижний сегмент родильниц накрыт мочевым пузырем, функционально подвижным органом, который наполняясь и опорожняясь, не дает возможность сформироваться фибриновым тяжам в области разреза;

- анатомический и физиологический эффект маточной инволюции в послеродовом периоде;

- наличие всего одного разреза (гипотетически в связи с этим после миомэктомии образование спаечного процесса ожидается с большей долей вероятности);

- низкая вероятность формирования гематом;

- повышенная фибринолитическая активность околоплодных вод после 37 недели беременности;

- Повышенная активность активаторов плазминогена, также ассоциирована с низким риском развития сращений;

– Особенности гормональной перестройки во время беременности и повышенная выработка стероидов [137].

Однако все авторы, практически единодушны в том, что частота возникновения сращений и их выраженность будет возрастать с каждой последующей операцией кесарева сечения [132, 228, 230, 144, 176, 193, 199].

1.5.1. Разрез и способ ушивания раны, как факторы, влияющие на частоту возникновения сращений после кесарева сечения

Много работ посвящено тому, как техника выполнения операции кесарева сечения может оказывать влияние на возникновении в последующем сращений в брюшной полости и полости малого таза [223, 144, 179]. Больше всего обсуждается характер разреза на матке [223] и способ его ушивания [144, 156, 179], а также будет произведена перитонизация или нет [137, 140, 156, 179, 184, 203, 218, 223]. Эти вопросы остаются открытыми, поскольку ответы на них остаются противоречивыми. В большинстве работ указывается, что закрытие брюшины уменьшает спайкообразование, не исключая того, что сам процесс обусловлен многими факторами и отдельные операционные приемы нуждаются в стандартизации [145, 179, 188, 207, 218]. Другие, предоставляют сведения о том, что невыполнение перитонизации не приводит к спайкам [65, 140] или, по крайней мере, никакой разницы при сравнении с ее выполнением не наблюдается [140].

В одном из исследований было сделано интересное наблюдение: закрытие висцеральной брюшины повышает, а ушивание прямых мышц живота понижает риск развития сращений [184].

Два больших известных на сегодняшний день рандомизированных исследований CAESAR и CORONIS [144, 207], к сожалению, не дали прямого и однозначного ответа на интересующий вопрос. Кохрейновский обзор на основании 29 исследований заключил, что все невыполнение перитонизации все же более эффективно в отношении образования спаек в послеоперационном периоде [159, 196].

1.5.2. Клинические проявления сращений после кесарева сечения

Клинические проявления наличия спаечного процесса после кесарева сечения, согласно публикациям выражены меньше, чем после абдоминальных гинекологических операций. Пациентки с кесаревым сечением в анамнезе часто жалуются на хронические боли внизу живота, которые, весьма условно, можно отнести на счет образовавшегося спаечного процесса. Характер этих болей слабый, невыраженный, и лишь незначительное число женщин могут обратиться за хирургическим лечением из-за их интенсивности. Опубликованы противоречивые наблюдения относительно взаимосвязи тяжести болевого синдрома, запоров, диспареунии, дисменореи и степени выраженности спайкообразования [137, 164, 179, 194, 207, 214, 229].

Сообщения об острых ситуациях, возникающих в раннем послеоперационном периоде, которые, как правило, приписывают к наличию сращений, такие как непроходимость кишечника, например редки и носят больше казуистический характер [137, 146, 149, 156, 161, 179, 207].

Делаются попытки, чтобы установить или исключить влияние кесарева сечения на репродуктивную функцию женщины и возникновение трубной беременности в последующем, т.е. обсуждается вероятность образования сращений в области маточных труб [146, 137, 164, 194, 167, 220, 202, 231, 201, 178].

Естественно, что спайки после кесарева сечения, чаще всего обнаруживаются во время следующей такой же операции. Следовательно, не удивительно, что клиническое значение спаечного процесса после адоминального рассматривается с позиции внутриоперационных осложнений (затрудненное извлечение плода, повышенная кровопотеря, более длительное вмешательство) и повреждения соседних органов (ранение мочевого пузыря) во время повторного вмешательства [132, 136, 137, 144, 149, 161, 176, 179, 182, 203, 207, 218, 223].

В последнее время, в связи с развитием лапароскопической хирургии и активным внедрением эндовизуального способа удаления матки, появляются публикации о сложности выполнения тотальной лапароскопической гистерэк-

томии у женщин с одним и более кесаревых сечений в анамнезе [182, 205].

1.5.3. Локализация и степень выраженности

Классифицировать распространенность спаечного процесса в малом тазу впервые стало возможным благодаря лапароскопии, итак, лидирующее место для диагностики спаечного процесса в малом тазу, занимает диагностическая лапароскопия. К сожалению на сегодняшний день нет единой основополагающей классификации спаечного процесса, которая могла бы соответствовать всем требованиям современной хирургии малого таза. Минаева Е.А. в своей работе описала классификацию спаек S.Hulka (1982 г), в которой выделяют четыре степени спаечного процесса, протекающего в органах малого таза: I степень спаечного процесса проявляется в виде единичных пленчатых, бессосудистых спаек, при которых анатомо-топографическое взаимоотношение матки и придатков не нарушается; II степень проявляется множественными пленчатыми спайками между маточной трубой и яичником (область кресцово-маточных связок) при возможных незначительных анатомо-топографических нарушениях внутренних органов; III степень проявляется плотными сосудистыми спайками с нарушением анатомо-функционального состояния внутренних органов репродуктивной системы, причем данный процесс протекает с вовлечением матки, придатков, сальника; IV степень проявляется множественными трудноразделимыми фиброзными спайками между органами малого таза с вовлечением половых органов, придатков, сальника, кишечника. Также автор описала работу Побединского Н.М. 1997 года, где он предложил градацию спаечного процесса в малом тазе, основываясь на морфологических особенностях висцеропариетальных сращений выделяя: - легкую степень – единичные рыхлые спайки; - умеренную степень – множественные рыхлые или единичные плоскостные и плотные спайки; - тяжелую степень – обширный, выраженный спаечный процесс, состоящий из разного рода спаек. Ряд зарубежных авторов, в частности Diamond N.P. в 2003 году, в соответствии с развитием послеоперационной ад-

гезии, предложили разделение распространенности спаечного процесса на два типа: Ia тип – спайки на стороне, не подвергшейся хирургическому вмешательству; Ib тип – спайки на стороне хирургического разреза или вмешательства; IIa тип – спайки после адгезиолизиса на стороне, не подвергшейся хирургическому вмешательству; IIb тип – спайки после адгезиолизиса, с последующим оперативным вмешательством на этой стороне. Американским обществом фертильности в 2003 году была принята AFS градация спаек (diZerega G.S.), покрывающих яичники и маточные трубы чаще всего используемая гинекологами [88].

Как было отмечено выше, единого подхода к оценке выраженности спаечного процесса не существует. Сращения, которые могут возникнуть после кесарева сечения, рассматриваются не системно, а в свете интересующей исследователей проблемы, например в непосредственной близости от оперативного доступа или же, наоборот, в области возникновения придатков.

Традиционно считается, что СП после кесарева сечения, изменяет взаиморасположения мочевого пузыря и матки, а также приводит к тому, что область раны на матке подтягивается к передней стенке брюшной полости [156].

Первые попытки ввести стандартную классификацию с подсчетом баллов на основании локализации и характера сращений делаются группой T.Tulandi [230]. Получат ли критерии, предлагаемые авторами, широкое признание, и будут ли они использоваться на практике, покажет время, но идея и подход представляются интересными и заслуживают внимания [230].

1.5.4. Методы выявления

В принципе, документация наличия сращений невозможна без интраоперационной ревизии брюшной полости. Хотя специалисты по ультразвуковой диагностике полагают, что в «умелых руках» сонографическое обследование в сочетании с пальпацией достаточно для констатации спаечного процесса в малом тазу. В качестве аргумента они ссылаются на высокую точность УЗИ в выявлении эндометриоза, которая подтверждается во время хирургического вме-

шатательства [171, 172, 194]. При этом отмечается, что спайки технически легче обнаружить в переднем отделе полости малого таза, чем позади матки и в зоне прилатков. Логически сращения после кесарева сечения должны быть локализованы между ранами на брюшной стенке и на матке, соответственно, подобно изменениям вокруг эндометриоидных очагов их все -таки можно визуализировать во время сонографии.

Количество публикаций, где для изучения спаечного процесса после кесарева сечения использовали УЗИ, очень ограничено. Авторы сами указывают на слабые стороны своих исследований: отсутствие информативности при тонких и невыраженных спайках, а также вовлечении анатомических структур вне полости малого таза [194].

1.6. Качество жизни и кесарево сечение

Качество жизни (КЖ), основываясь на опеределение ВОЗ, является показателем, отражающим физическое, психологическое, эмоциональное и социальное состояние пациента по его субъективному восприятию [84].

Изучая вопросы КЖ в медицине, следует уделять особое внимание связанным с болезнью функциональным возможностям, а также на субъективном восприятии пациентом состояния здоровья и выраженности симптомов болезни. С данной целью был создан более конкретный термин – КЖСЗ. С развитием доказательной медицины параметрам КЖ стали уделять особое внимание [35].

В настоящее время медициной и практическим здравоохранением признана необходимость оценки восприятия заболевания и лечения самим пациентом. Авторы в своих работах отметили, что медицинские аспекты КЖ включают влияние клинических проявлений различных заболеваний и методов лечения на повседневную жизнедеятельность больного [38]. К примеру, ишемическая болезнь сердца является одной из основных заболеваний, значительно снижающих КЖ у населения старше 45 лет и приводящее в дальнейшем к летальному исходу [7] также описывается влияние пареза лицевого нерва на КЖ пациентов

[12] также имеются исследования о влиянии хронического среднего отита на КЖ пациентов [11].

Термин КЖ является обобщенным, который всесторонне охватывает человеческий стиль жизни, а также отражает субъективное ощущение пациента [97]. КЖ определяется главным образом оценкой самим больным степени удовлетворенности различными аспектами своей жизни в связи с реальными, а также связанными с процессом лечения, тут подразумевается, что именно субъективная оценка самим пациентом, является решающей в определении КЖ следует определить насколько образ жизни пациента был изменен вследствие заболевания, ибо снижения функциональных возможностей может восприниматься по-разному у разных больных [36]. Оценка КЖ должна быть всеобъемлющей, дифференцированной, а также учитывающей взаимодействие индивида с окружающим миром. Для получения наиболее всесторонней информации и достижения компромисса между объективными внешними критериями и личным мнением пациента необходимо сочетать как минимум три точки зрения на КЖ: самого пациента, члена его семьи или друга, а также медицинского работника. И все же именно субъективная позиция пациента должна определять стратегию медицинского воздействия, как на индивидуальном, так и на более высоких уровнях [28]. Итак, важнейшим отражением эффективности лечения является оценка КЖ [56].

Т.Г. Юсифов и его коллеги в своей работе изучали влияние лазерной терапии на КЖ у больных с артериальной гипертензией, в результате чего пришли к выводу, что, несмотря на то, что лечение было удачным, все симптомы были устранены однако пациенты все же не считали себя полностью излеченными, при проведении опроса по анкете ответы показали что они все же обеспокоены по поводу своего здоровья, жизни, чувство тревоги в связи с тем что необходимо постоянно принимать лекарства, из-за дополнительных расходов, связанных с покупкой лекарств, из-за платных медицинских услуг. Все это оказывает негативное влияние на пациентов [19]. Интерес к данной проблеме растет. Существует огромная связь между болезнью и КЖ [62]. Влияние заболевания

на КЖ изучают не только у молодых, также и пожилых [63].

В 1947 г. D.A. Karnofsky предложил индекс, предназначенный для использования с целью оценки КЖ– больных раком, это стало первой попыткой получить субъективную оценку физической деятельности человека [71]. Оценка КЖ имеет широкую сферу применения как в урологии, онкологии, кардиологии [50, 51], так и в других отраслях медицины [5]. В результате проведения тщательного литературного поиска стало известно что КЖ также широко применяется и в ревматологии, к примеру Амирджанова В. Н. на протяжении многих лет опубликовала большое количество научных публикаций о КЖ связанных с ревматоидным артритом [30]. Затрагивая тему о здоровье нельзя пройти мимо работы Амлаева К. Р. и его коллег, где авторы отметили, что безработица, уровень доходов и т.д. оказывает на здоровье более выраженное воздействие, нежели образ жизни человека [31]. А также Большакова А.М. которая изучала интегральные индикаторы здоровья и компьютерные системы для их оценки [54].

КЖ широко используется в неврологии [52, 59], в офтальмологии [123], в ЛОР [11, 35, 44]. А.А. Чайкин и его соавторы, изучая вопрос КЖ, сделали вывод, что возможность повысить КЖ больных в сроки более 1 года после операции можно достичь при использовании лапароскопического метода пластики [57]. КЖ довольно широко применяется в гинекологии [32, 124]. К примеру, Э.Э. Керимова в своей работе изучила, как влияет на КЖ женщин репродуктивного возраста операция гистерэктомия, в результате чего выясняла, что уровень КЖ по большинству параметров к моменту опроса был хуже, чем до операции, что возможно, связано с резкими гормональными изменениями [70]. Среди инструментов оценки КЖ общеприняты и распространены особые сборники вопросов, так называемые опросники, которые заполняются непосредственно пациентами [94]. На сегодняшний день используется более 400 общих и специальных опросников, которые могут быть применены для оценки КЖ при различных патологиях, а также специальные опросники для определенных групп болезней или отдельного заболевания, например для изучения влияния хронич-

ческого среднего отита на КЖ больных [94]. С этой целью некоторые авторы использовали две специфические анкеты CES и COMOT-15 [26].

Процесс создания опросников длителен и трудоемок однако требования к ним очень высоки. Опросник должен охватывать как физическое так и эмоциональное состояния больного. Группы вопросов должны обладать валидностью, то есть степенью, с которой вопросы отражают то, что они должно измерить, ответы на вопросы в цифровом выражении должны коррелировать с результатами объективных исследований, то есть иметь свойство раскрывать сущность заболевания. Рекомендуется формулировать вопросы для оценки состояния больного за последние 2 недели, максимум за последний месяц до момента заполнения опросника. Опросник должен обладать следующими нюансами, а именно быть кратким, простым для понимания, больной должен быть в состоянии ответить на вопрос без посторонней помощи. К составлению опросников привлекаются ведущие специалисты в своей области, вопросы формулируются с участием лингвистов и психологов [46].

Повсеместно в клинических исследованиях часто применяются общие опросники, составленные в виде профиля основанные на описание состояние здоровья в целом (короткая форма SF-36, МНР – Ноттингемский профиль здоровья, SIP-профиль). Иные опросники дают возможность дать оценку индекса на основе конкретной цифровой характеристики (индекс здоровья Rosser, Индекс благополучия, Euro-QoL) и применяются при выполнении фармако-экономических расчетов. Все перечисленные опросники индивидуальны. Отличие каждого опросника состоит в объеме исследования, затраченном на заполнение времени, способом заполнения, а также оценкой цифровых показателей КЖ [91].

Ниже приведены общие характеристики часто применяемых в зарубежных странах опросников оценки КЖ.

- Физические, социальные, эмоциональные аспекты КЖ изучает McMaster Health Index Question Naire, этот опросник заполняется самим пациентом в течение 20 мин.

- Физические, психосоциальные, а также прочие аспекты КЖ изучает Sickness Impact Profile, который заполняется за пациентом, либо проводится интервью в течение 30 минут;

- Также существует Nottingham Health Profile – он объединяет в себе 6 главных разделов, направленные на изучение боли, физических способностей, сна, эмоционального состояния, энергичности, социальной активности, а также 6 дополнительных разделов, относящихся к влиянию здоровья на различные аспекты трудовой деятельности, ведения домашнего хозяйства, коммуникабельности, личной жизни и половых взаимоотношений, активного отдыха. Профиль заполняется самим пациентом в течение 10 мин;

- General Health Rating Index – сюда входят следующие аспекты, которые содержатся в 6 разделах: прошлое и нынешнее восприятие своего здоровья, а также прогноза состояние здоровья в будущем, чувство тревоги и беспокойства по этому поводу, показатель резистентности к заболеваниям, а также восприятию заболевания как составной части собственной жизни. На заполнения данной анкеты (интервью) выдается 7 минут времени.

- Psychological General Well Being Index также включает 6 основных разделов, которые отражают показатели качества жизни в виде степени свободы от длительного стресса, удовлетворенности жизнью, энергичности, степени удовлетворительного состояния от дистресса, степени расслабленности, степени тревоги, уровня самоконтроля в различных жизненных ситуациях. Проводится интервью, либо опросник заполняется непосредственно самим пациентом. Процесс заполнения занимает около 12 минут;

- Шкала Quality of Well Being- сюда входят показатели качества жизни в виде возможности самообслуживания пациента и его степени, его социальной активности, серьезнейших симптомов патологии, важных психологических параметров. Интервью проводимое специально подготовленным персоналом;

- SF-36 – изучаемые аспекты – психосоциальные, физические. Проводиться либо интервью либо заполняется пациентом [91].

К неспецифическим опросникам относится опросник SF-36. Который был

создан в Институте здоровья США из исследования Medical Outcomes Study путем отбора 36 вопросов [30]. Опросник создан для самостоятельного заполнения пациентами, однако возможно его применения для опроса по телефону либо через интернет. Длительность заполнения не превышает 7-10 минут. Применяется у лиц в возрасте от 14 лет и старше, в отличие от большинства других опросников, порогом которых является минимум 17 лет. Принцип, лежащий в основе этого опросника, имеет три уровня: 36 вопросов, 8 шкал, 2 суммарных изменения. Оценки по шкалам рассчитывают при помощи компьютерных программ после перекодировки данных. Естественно как и у всех других опросниках, данный опросник также обладает как преимуществами так и недостатками. К преимуществам относится тот факт, что опросник возможно применить в качестве инструмента для оценки КЖ при всех патологиях, что дает возможность сравнения данных опросника SF-36 с данными различных популяционных исследований относительно изучаемых групп; Оценивает КЖ больных комплексно. К недостаткам относятся, опросник объемный с большим количеством вопросов (36), большое количество шкал (8) – занимающий много времени (заполнение больными опросника может варьировать от 10 до 15 мин); есть определенные трудности в процессе перекодировки данных и подсчете показателей по шкалам; отсутствие общего показателя с целью определения незначительных изменений по клиническим проявлениям по стандартизованным шкалам; необходимость приобретения лицензии при коммерческом исследовании. Концепция КЖ подразумевает участие самого больного в оценке его состояния, что в совокупности с медицинским заключением дает полную и объективную картину болезни [30].

В современном здравоохранении концепция исследования качества жизни является одной из важнейших составляющих, отражающих удовлетворение жизненными параметрами пациента, определяющих его здоровье [118].

В целом понятие качества жизни многомерно, оно отражает параметры главных параметров жизнедеятельности индивидуума (физическая, психологическая, социальная, духовная, экономическая составляющая). Новое перспек-

тивное направление в перинатальной медицине это оценка качества жизни дающая возможность оценить состояние здоровья женщины не только с медицинских аспектов, но и связать показатели здоровья женщины с ее восприятием объективной реальностью.

Это особенно актуально в современном акушерстве, которое единогласно оценивается всеми специалистами как агрессивная медицина, где до 25% родоразрешений осуществляются посредством операции кесарева сечения. В связи с этим оценка качества жизни родильниц, перенесших данную операцию приобретают большой теоретический и практический интерес.

Э.Н. Ахмадеева и соавт. провели сравнительную оценку компонентов качества жизни родильниц, после родов через естественные родовые пути и перенесших операцию КС, в данном исследовании применялся стандартный опросник SF-36, он заполнялся пациентками собственноручно. Данный опросник был разработан сотрудником института здоровья США John E. Ware (Бостон, Массачусетс). В анкету SF-36 включено 36 вопросов, отражающих 8 показателей здоровья в виде физической работоспособности, степени ограничения физической деятельности и социальной активности, самой социальной активности, состояния психического здоровья, энергичности или утомляемости, боли, общей оценки здоровья и его изменений в течение последних двенадцати месяцев.

Опросник SF-36 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 избранной шкале (100 баллов соответствует наивысшему показателю здоровья) [41].

Исходя из вышесказанного в литературе имеется мало данных о качестве жизни женщин после родов через естественные родовые пути и путем кесарева сечения. В то же время КЖ родильницы наряду с состоянием ее здоровья определяет качество материнского ухода и психологический контакт с младенцем. Важным для становления адаптационных механизмов младенца представляется совместное пребывание его с матерью, материнский уход, ее здоровье, ее отношение к ребенку, то есть качества жизни матери.

Роды, являясь стрессовой ситуацией для организма женщины, сопровождаются значительным напряжением функционального состояния различных физиологических систем, что может приводить к нарушению адаптации организма в целом. Беременность, роды и возникающий в этот период эмоциональный стресс могут приводить к соматическим страданиям и развитию психовегетативных расстройств. Ожидание планового кесаревого сечения расценивается как дополнительный стрессорный фактор

Однако в современных условиях и на международном, и особенно на национальном уровне, до сих пор не осуществлена оценка отдельных компонентов и в целом качества жизни женщин после достижения материнства, что затрудняет поиск дополнительных возможностей для улучшения состояния здоровья во время беременности и в послеродовом периоде.

Заключение

Анализ научной литературы показывает, что СП после кесарева сечения и обусловленные ими нарушения взаиморасположения органов полости малого таза могут иметь клинические последствия при последующих повторном кесаревом сечении или гинекологических вмешательствах. Эта тема заслуживает более детального изучения и нуждается в дальнейшей разработке.

II ГЛАВА

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Характеристика клинического исследования

Работа была выполнена на материалах базы Азербайджанского медицинского университета в 1-й Городской клинической больнице города Баку. Исследование было построено на основе ретроспективного и проспективного анализа операций кесарева сечения и послеоперационных состояний женщин, которым было проведено это вмешательство.

Ретроспективный анализ был проведен на основе материалов операционных журналов и историй болезни 300 женщин с наличием 2-х и более кесаревых сечений в анамнезе, за период с 2013 по 2014 годы.

Проспективный анализ был основан на опросе и обследовании женщин (анкетирование, гинекологическое обследование) с наличием одного или нескольких кесаревых сечений в анамнезе – 60 больных.

Сравнительная оценка состояния брюшной полости была проведена у 60 больных во время повторной (2 и более) операции кесарева сечения и 44 больных с наличием в анамнезе одного или двух кесаревых сечений во время гинекологических операций.

Для субъективной оценки пациентками отдаленных результатов их лечения нами было проведено анкетирование 100 пациенток, с целью изучения и сравнения качества жизни эти пациентки были подразделены на 2 группы: 50 пациенток, которые были родоразрешены путем повторного КС, 50 – естественные роды.

Критерии включения и исключения.

Критериями включения в исследование служили:

- беременные женщины;
- диагноз – рубец на матке;
- отсутствие тяжелой экстрагенитальной патологии;

- женщины с наличием в анамнезе операции кесарева сечения.

Критериями исключения служили:

- злокачественные новообразования любой локализации;
- эндометриоз;
- воспалительные заболевания малого таза;
- какие либо иные хирургические вмешательства на органах малого таза и брюшной полости.

Так как эти критерии сами по себе могут служить причиной образования спаек.

В целом в наше исследования были включены 484 пациенток которые в свою очередь были подразделены на три группы: акушерская, гинекологическая и пациентки, обследуемые по поводу качества жизни. В первую группу методом случайного выбора вошли 390 пациенток родоразрешенных путем операции кесарево сечения за период с 2013-2015 гг. в отделении акушерства 1-й Городской Клинической Больницы города Баку. В свою очередь эти пациентки были подразделены на 3 основные группы:

Первая группа составила ретроспективную группу. Итак в результате анализа данных полученных из операционных журналов а также анализа историй болезней за период 2013-2014 года, общее количество пациенток перенесших операцию КС, в отделении акушерства 1-й Городской Клинической Больницы города Баку, составило 2500, также анализ проводился с учетом наличия диагноза рубец на матке (повторная операция КС), что составило за исследуемый период 30.32% (758 пациенток), среди них методом случайного выбора были отобраны 300 пациенток.

Таким образом, в ретроспективную группу вошли 300 пациенток родоразрешенных путем повторной операции КС, исследование этих пациенток проводилось путем тщательного анализа архивного материала и данных полученных из операционных журналов, как нами было выявлено у всех пациентках в данной группе имелось как минимум 1 КС в анамнезе.

Во вторую – проспективную группу методом случайного выбора были

включены 60 пациенток с повторной операцией КС, оперированных непосредственно нашей бригадой в отделении акушерства 1-й Городской Клинической Больницы города Баку за 2015 год. Оценка состояния брюшной полости в данной группе пациенток проводилось непосредственно в ходе повторной операции КС, в процессе которого мы проводили фотографирование брюшной полости и полости малого таза для дальнейшего анализа состояния брюшной полости и полости малого таза, а также для оценки и классифицирование обнаруженных нами спаек.

В третью группу вошли женщины впервые подверженные операции КС, эта группа пациенток составила контрольную группу. Целью создания данной группы было сравнение и оценка состояния брюшной полости и полости малого таза у женщин перенесших операцию КС с женщинами которые впервые были подвержены данной операции. В эту группу также методом случайного выбора были включены 30 пациенток.

С целью более подробного исследования особенностей спаечного процесса и анализа особенностей сращений после кесарева сечения нами были просмотрены видеозаписи 550 лапароскопических операций, произведенных за период с 2013 по 2015гг в отделении гинекологии 1-й Городской Клинической Больницы города Баку. У 44 (8,0%) из этих больных в анамнезе было одно или более КС. Эти пациентки составили гинекологическую группу куда вошли 44 пациенток.

Далее перед нами была поставлена цель изучить КЖ у пациенток перенесших операцию КС. Для изучения и сравнения качества жизни женщин после естественных родов и после операции КС в тоже время для субъективной оценки пациентками отдаленных результатов их лечения нами было проведено опрос и анкетирование 100 женщин, родоразрешенных путем операции КС и естественным путем. Естественные роды и операции КС были проведены за период 2015-2017гг. на клинической базе кафедры акушерства-гинекологии 1 АМУ в отделение акушерства Клинического Медицинского центра г.Баку.

Пациентки были подразделены в зависимости от метода родоразрешения

на 2 группы: к I-ой группе относятся 50 женщин родоразрешенных естественным путем, ко 2-й группе 50 женщин родоразрешенных путем операции КС.

Опрос пациенток был проведен при помощи анкеты SF-36, выбор данного инструмента исследования КЖ основан на том, что широко распространенным методом – инструментом оценки КЖ в различных областях медицины является опросник, анкета была переведена на Азербайджанский язык для всеобщей доступности в Азербайджане.

2.2. Материалы и методы исследования

Обследование начиналось со сбора жалоб и изучения анамнеза. Мы обращали особое внимание на перенесенные и сопутствующие гинекологические и хирургические заболевания, включая перенесенные оперативные вмешательства.

Особенно подробно нами оценивались репродуктивная функция пациенток а именно количество и исходы беременностей, наличие в анамнезе естественных родов и КС а также их количество, количество эктопических беременностей, количество искусственных аборт, бесплодие, невынашивание беременности.

Осмотр пациенток.

При осмотре пациенток мы обращали внимание на массу тела и длину, телосложение, развитие жировой ткани и особенности ее распределения.

Лидирующее место в диагностике спаечного процесса в малом тазу занимает диагностическая лапароскопия в связи с максимальной точностью и объективностью метода. Однако поскольку основную группу пациенток в нашем исследовании составляли непосредственно беременные женщины, ревизия брюшной полости и полости малого таза в акушерской группе проводилась нами непосредственно во время операции КС.

Что касается пациенток входящих в гинекологическую группу, имеющих в анамнезе одно или более операцию КС однако поступивших к нам в отделение

гинекологии по поводу иных гинекологических заболеваний, в этой группе у пациенток мы применяли диагностическую лапароскопию которая в случае обнаружения заболевания и технической возможности – тут же переходила в лечебную (хирургическую) лапароскопию. Данный малоинвазивный метод впервые позволил провести классификацию СП в малом тазу.

В данном исследовании нами были использованы эндоскопические методы исследования. Лапароскопия осуществлялась на основе общепринятых стандартных принципов на оборудовании фирмы Karl Storz. Все оперативные вмешательства проводились под общим эндотрахеальным наркозом. Пациентка находится на операционном столе в горизонтальном положении, вводится первый троакар, после чего пациентка переводится в положение Тренделенбурга. Проводится фиксация шейки матки посредством пулевых щипцов, далее, чтобы придать телу матки нужное положение в течение хирургического вмешательства, в цервикальный канал вводится маточный манипулятор. Иглой Вереша создается Пневмоперитонеум посредством введения углекислого газа, после чего проводится последовательное введение в брюшную полость остальных троакаров и телескопа. Проводится предварительная трансиллюминация передней брюшной стенки, затем под пристальным визуальным контролем со стороны брюшной полости в боковые подвздошно-паховые участки вводятся два дополнительных троакара., после чего нами давалась визуальная оценка состоянию внутренних половых органов и принималось решение относительно оптимальной тактики хирургической операции. Во ходе ревизии брюшной полости, а также полости малого таза особое внимание уделялось наличию либо отсутствию спаек, при их обнаружении фиксировалось их расположение, количество а также их интенсивность. Процесс разделения спаек осуществлялся острым и тупым методом при помощи диссектора, микроножниц, эндоскопической коагуляции. После окончания процесса ревизии брюшной полости подтверждали отсутствие какого-либо другого патологического процесса, протекающего в органах брюшной полости и малого таза. Гемостаз осуществлялся с помощью моно- и биполярной коагуляции. Стадию спаечного процесса мы

оценивали согласно следующих классификаций. В нашем исследовании мы применяли 3 классификации спаечного процесса:

1) Классификация - Т. Tulandi и D.J. Lyell (2013). СП в малом тазу при повторных операциях КС оценивался по бальной системе Т. Tulandi и D.J. Lyell (см.вложение 1)

2) Классификация PAI. В целом количество пораженных сращениями областей и их выраженность подсчитывались на основании перитонеального спаечного индекса (peritoneal adhesions index –PAI) (2014) (см. вложение 2).

3) Классификация J. Hulka и соавт. принятая в 1982 году является одной из наиболее распространенной классификацией спаечного процесса органов малого таза (см.вложение 3).

Всем пациенткам, участвующим в исследовании, в зависимости от группы к которой они принадлежали, были выполнены те или иные операции, а именно операция КС в акушерской группе, в ходе которой при обнаружение сращений проводилось фотографирование обнаруженных спаек. В гинекологической группе в зависимости от диагноза, были выполнены лапароскопическим методом различные гинекологические операции, все операции подлежали видеорегистрации.

2.2.1. Характеристика обследованных в акушерской группе

В настоящем разделе представлен про- и ретроспективный анализ клинических наблюдений за 390 пациентками родоразрешенных путем операции кесарева сечения за период с 2013-2015 гг. в отделении акушерства 1-й Городской Клинической Больницы города Баку.

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 (18-43 лет), во 2-ой (проспективной) группе $28,5 \pm 0,65$ лет (17-40 лет), Полученные результаты сравнивались с контрольной группой (3-ой) которая состояла из 30 пациенток впервые перенесших операцию КС – $26,9 \pm 1,11$ (19-46 лет). По возрастному составу пациентки клинических групп достоверно не различались

($p > 0,05$).

По данным таблицы 2.2.1.1, самая многочисленная группа – это беременные женщины в возрасте 20-29 лет: в 1-й группе – 191 (63,7%), а во 2-й группе – 40 (66,7%) человек, и 23 (76,7%) в контрольной группе, что может быть объяснено тем фактом, что пик детородной функции приходится на эту возрастную группу (рис. 2.2.1.1). Возраст до 20 лет встречался крайне редко во всех 3-х группах: в 1-й группе – 4 (1,3%), а во 2-й группе – 1 (1,7%) человек, и 1 (3,3%) – в контрольной группе. Как видно из таблицы 2.1 женщины из старшей возрастной группы, а именно в возрасте 40 лет и более встречались крайне редко в нашем исследовании, что может быть объяснено уменьшением репродуктивной функции у женщин после 40 лет (таблица 2.2.1.1).

Таблица 2.2.1.1

Возрастная характеристика в группах обследуемых

Группы	до 20 лет		20-29 лет		30-34 лет		35-39 лет		40 лет и более		средн. возраст
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
группа 1 (n=300)	4	1,3± 0,7	191	63,7± 2,8	77	25,7± 2,5	21	7,0± 1,5	7	2,3 ± 0,9	28,0± 0,27
группа 2 (n=60)	1	1,7± 1,7	40	66,7± 6,1	8	13,3± 4,4	9	15,0 ± 4,6	2	3,3 ± 2,3	28,5± 0,65
группа 3 (n=30)	1	3,3± 3,3	23	76,7± 7,7	1	3,3± 3,3	4	13,3 ± 6,2	1	3,3 ± 3,3	26,9± 1,11

В нашем исследовании особый интерес вызвал социальный статус и бытовые условия обследованных пациенток. Следует отметить, что период беременности характеризуется наибольшей чувствительностью ко всем социальным проблемам, т.к. именно в этот период жизни женщины происходят значимые изменения в ее образе жизни. В период беременности стрессорные социальные аспекты окружающей среды нередко проявляются дискриминацией женщины в трудовой сфере, экономической зависимостью, вынужденным отказом, либо ограничением участием в социальной жизни, изменением в отношениях с родственниками и т.д.

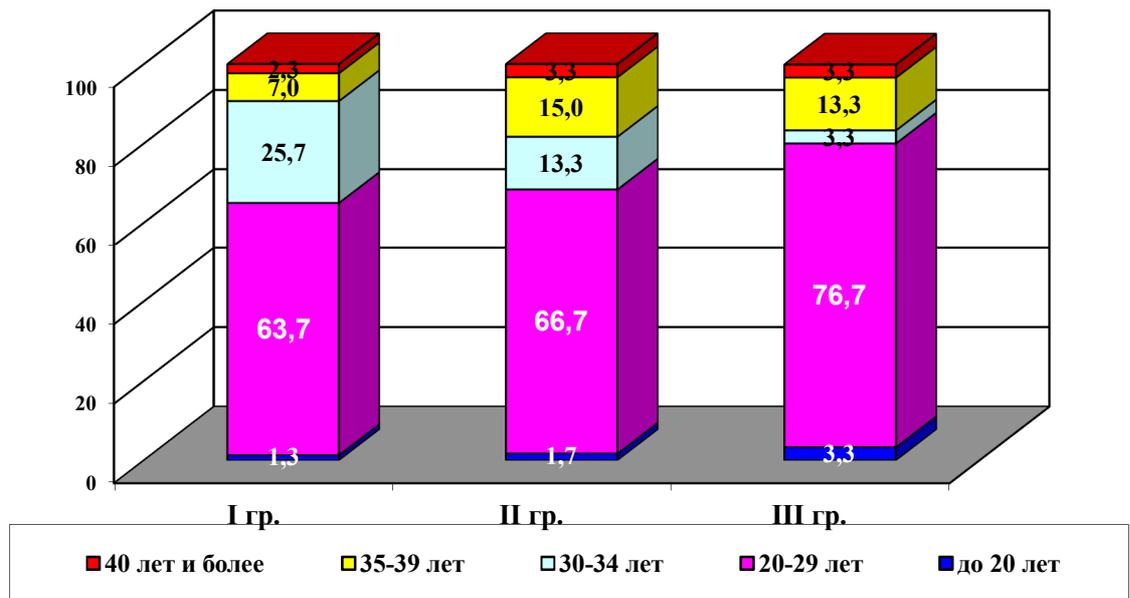


График 2.2.1.1. Распределение больных по возрасту.

Многочисленные исследования показали, что на самочувствие беременной женщины, помимо изменений, происходящих в ее организме, влияют и социальные факторы такие как: устойчивость социального и семейного положения, материальные и жилищные условия семьи, образование, а также, в значительной степени – социально-психологические (эмоционально-этическая мотивация брака, ровные отношения с мужем и родителями, другими членами семьи). Эмоциональная жизнь беременной женщины испытывает на себе влияние как со стороны своего ближайшего социального окружения, так и со стороны общества в целом.

В нашем исследовании пациенток стало возможным подразделить по социально-эпидемиологическим факторам, таким как семейное положение (в браке, не в браке, одинокая), социальный статус (студентки, служащие, домохозяйки), образование (высшее, неоконченное высшее, среднее-техническое и среднее) а также и по месту проживания, село и город.

В 1-й и 2-й группах большинство женщин состояли в браке (соответственно, $96,3 \pm 1,1\%$ в 1-й группе и $98,3 \pm 1,7\%$ во 2-й), в 3-й группе же все пациентки без исключения состояли в браке.

Как видно из таблицы 2.2.1.2, социальный статус беременных во всех трех группах отличался достоверным превалированием числа домохозяек, 240 (80,0%) женщин в первой группе, 49 (81,7%) во второй группе, 24 (80,0%) группы контроля и служащих 59 (19,7%) женщин в первой группе, 9 (15,0%) во второй группе, 4 (13,3%) в контрольной группе. Во всех 3-х группах большую часть женщин составили домохозяйки, среди пациенток меньше всего встречались студентки: в 1-й группе – 1 (0,3%), а во 2-й группе – 2 (3,3%) женщин, и 2 (6,7%) в контрольной группе.

Таблица 2.2.1.2

**Оценка значимых социально-эпидемиологических факторов
среди обследованных**

Факторы	группа 1 (n=300)		группа 2 (n=60)		группа 3 (n=30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
семейное положение:						
- в браке	289	96,3±1,1	59	98,3±1,7	30	100
- не в браке	11	3,7±1,1	1	1,7±1,7	-	-
- одинокая	-	-	-	-	-	-
социальный статус:						
- студентки	1	0,3±0,3	2	3,3±2,3	2	6,7±4,6
- служащие	59	19,7±2,3	9	15,0±4,6	4	13,3±6,2
- домохозяйки	240	80,0±2,3	49	81,7±5,0	24	80,0±7,3
образование:						
- высшее	58	19,3±2,3	20	33,3±6,1	4	13,3±6,2
- неоконченное высшее	11	3,7±1,1	1	1,7±1,7	1	3,3±3,3
- среднее-техническое	18	6,0±1,4	8	13,3±4,4	3	10,0±5,5
- среднее	213	71,0±2,6	31	51,7±6,5	22	73,3±8,1
место проживания:						
- город	175	58,3±2,8	38	63,3±6,2	16	53,3±9,1
- село	125	41,7±2,8	22	36,7±6,2	18	46,7±9,1

Во всех 3-х группах большинство женщин имели среднее образование: в 1-й группе – 213 (71,0%), а во 2-й группе - 31 (51,7%) женщин, и 22 (73,3%) в контрольной группе. В нашем исследовании меньше всего встречались женщины с неоконченным высшем образованием: в 1-й группе – 11 (3,7%), во 2-й группе – 1 (1,7%) женщин, и 1 (3,3%) в контрольной группе.

Большинство женщин, в первой группе, проживали в городских условиях (175 женщин – 58,3%), во второй группе (38 женщин – 63,3%) остальные женщины проживали в сельских районах и районных центрах в первой группе 125

(41,7%), во второй группе 22 женщин (36,7%). В контрольной группе городские жительницы также составили большинство – 16 (53,3%) (таблица 2.2.1.2).

Естественно, что в любой семье проблема деторождения является важнейшей. Известно множество причин, которые приводят к нарушению репродуктивной функции женщин. В сохранении репродуктивного здоровья большую роль играет как здоровый образ жизни, так и правильное половое поведение, профилактика аборт, куда в первую очередь входит предохранение от нежелательной беременности.

Итак, не менее важным является анализ репродуктивной функции обследуемых, нами учитывались все особенности репродуктивной функции, а именно такие факторы как: количество беременностей и родов, аборт, количество перенесенных операций КС, наличие мертворожденностей в анамнезе и т.д. Проанализировав акушерский анамнез, течение и исходы предшествующих беременностей у пациенток обследуемых групп, мы установили, что в 1-й группе чаще встречались женщины, у которых это была вторая беременность по счету 193 (64,3%) женщин, третья беременность и более наблюдалась у 107 (35,7%) женщин соответственно. Во 2-й группе показатели были немного иными, в этой группе преобладали женщины с 3-мя и более КС в анамнезе 33 (55,0%), вторая беременность наблюдалась у 27 (45,0%) пациенток. Поскольку в нашем исследовании 3-ая группа является контрольной, все женщин в данной группе впервые были подвержены операции КС, однако среди них 10 (33,3%) женщин были повторнородящие.

Нарушение репродуктивной функции имело место во всех 3-х группах. На первом месте преобладали самопроизвольный выкидыш, которое в нашем исследовании встречалось в целом у 30 больных, однако хотелось бы отметить что, взаимосвязь между самопроизвольным выкидышем и перенесенной операции КС небыло установлено. Второе место среди нарушений репродуктивной функции в исследуемых группах принадлежит неразвивающаяся беременность, которая встречалась в целом у 12 пациентках в I и во II группе, в свою очередь в контрольной группе мы не обнаружили наличие в анамнезе неразвивающейся

беременности.

Итак, у 23 (7,7%) женщин из I группы, 5 (8,3%) женщин из II группы и 2 (6,7%) женщин из контрольной группы в анамнезе отмечались случаи самопроизвольных выкидышей. Медицинские абортс наблюдались у 55 женщин (18,3%) в 1-й группе, у 14 (23,3%) во 2-й группе и у 2 (6,7%) женщин из контрольной группы. Самопроизвольный выкидыш имелся в анамнезе у женщин во всех 3-х группах: у 23 (7,7%) женщин в 1-й группе, 5 (8,3%) во 2-й группе и у 2 (6,7%) женщин из контрольной группы. Как видно из таблицы 2.3 прерывание беременности по медицинским показаниям также как и самопроизвольные выкидыши чаще встречались в анамнезе у пациенток во второй группе. Случаи неразвивающейся беременности были отмечены в анамнезе у 9 (3,0%) обследуемых в I группе, у 3 (5,0%) обследуемых во II группы.

Как видно из таблицы 2.2.1.3, в основных группах, по сравнению с контрольной, женщины достоверно чаще имели в анамнезе медицинские абортс, самопроизвольные выкидыши и неразвивающиеся беременности.

Мертворожденный плод в анамнезе встречался, у 14 женщин (4,7%) в 1-й группе, 7 (11,7%) во 2-й группе и у 3 (10,0%) женщин из контрольной группы. (таблица 2.2.1.3).

Таблица 2.2.1.3

Репродуктивная функция обследуемых

Результат Беременности	группа 1 (n=300)		группа 2 (n=60)		группа 3 (n=30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Первобеременные	-	-	-	-	19	63,3±8,8
вторая беременность	193	64,3±2,8	27	45,0±6,4	5	16,7±6,8
третья и более беременность	107	35,7±2,8	33	55,0±6,4	6	20,0±7,3
Первородящие	-	-	-	-	20	66,7±8,7
Повторнородящие	300	100	60	100	10	33,3±8,6
медицинские абортс	55	18,3±2,2	14	23,3±5,5	2	6,7±4,6
неразвивающаяся беременность	9	3,0±1,0	3	5,0±2,8		
самопроизвольный выкидыш	23	7,7±1,5	5	8,3±3,6	2	6,7±4,6
кесарево сечение	300	100	60	100	30	100
первая КС	-	-	-	-	30	100
второе КС	262	87,3±1,9	47	78,3±5,3	-	-
три и более КС	38	12,7±1,9	13	21,7±5,3	-	-
мертворожденный плод в анамнезе	14	4,7±1,2	7	11,7±4,1	3	10,0±5,5

Во время анализа архивного материала а также при тщательном сборе анамнеза все пациентки были подразделены в зависимости от перенесенных инфекционных заболеваний, таких как: ветряная оспа, корь, гепатиты А,В и С, краснуха, ангина, ОРЗ, ревматизм и бруцеллез (таблица 2.2.1.4)

Таблица 2.2.1.4

Частота перенесенных инфекционных заболеваний у беременных

Перенесенные заболевания	Группа 1 (n=300)		Группа 2 (n=60)		Группа 3 (n=30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ветряная оспа	25	8,3±1,6	6	10,0±3,9	3	10,0±5,5
Корь	50	16,7±2,2	6	10,0±3,9	1	3,3±3,3
Гепатит А	1	0,3±0,3	-	-	-	-
Гепатит В	10	3,3±1,0	2	3,3±2,3	1	3,3±3,3
Гепатит С	5	1,7±0,7	1	1,7±1,7	-	-
Краснуха	3	1,0±0,6	-	-	-	-
Ангина	1	0,3±0,3	-	-	1	3,3±3,3
ОРЗ	42	14,0±2,0	4	6,7±3,2	-	-
Ревматизм	1	0,3±0,3	-	-	-	-
Бруцеллез	1	0,3±0,3	-	-	-	-

Известно, что перенесенная до или в течение беременности инфекция, как правило, приводит к осложнениям течения беременности и различным патологиям развития плода. Немаловажным аспектом данной проблемы является хроническое течение некоторых инфекций, иногда даже в течение длительного периода, предшествующего беременности.

Имеются инфекции, которые могут стать причиной гибели плода, возникновения врожденных уродств а также приводить и к другим осложнениям беременности. Очень часто нельзя точно утверждать, а можно только предполагать, что именно перенесенная в течение беременности инфекция служила причиной, нанесшей ущерб плоду.

В нашем исследовании 46,2% пациенток 1-й, 31,7% пациенток 2-ой группы и 19,9% пациентки в 3-ей группе в препубертантом и пубертантном периоде перенесли различные инфекционные заболевания.

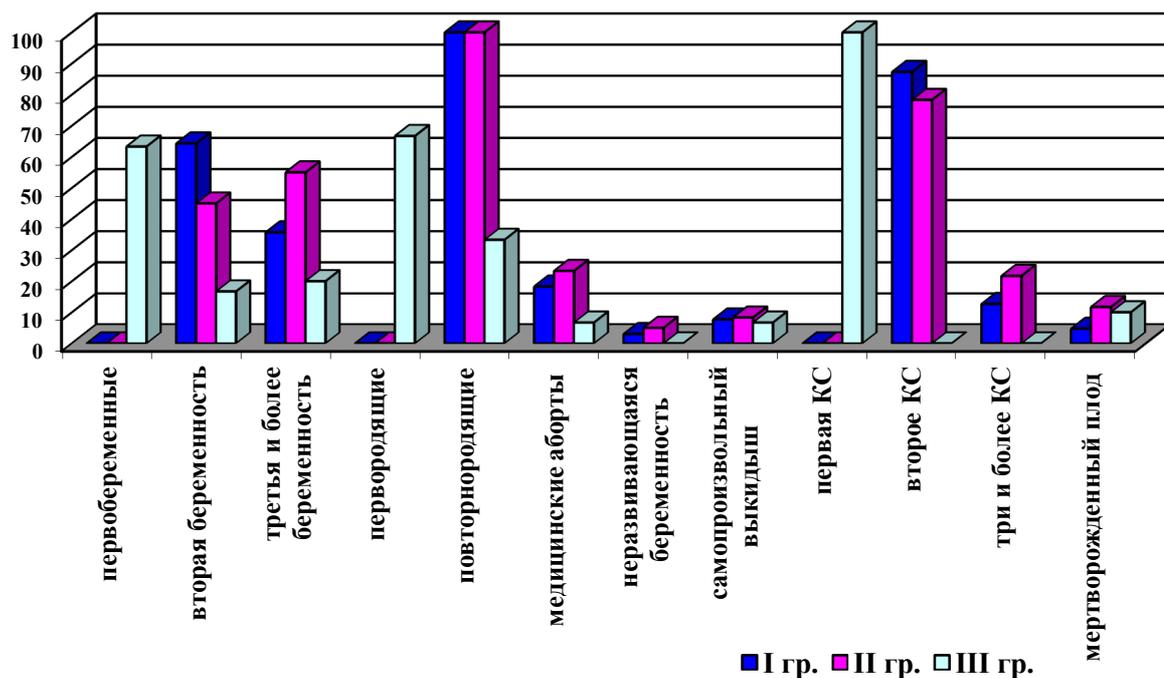


График 2.2.1.2. Репродуктивная функция обследуемых.

Как известно, вирусные заболевания - наиболее распространенные инфекции детского возраста. В 1-й группе в структуре перенесенных инфекционных заболеваний основную часть занимают корь у 50 (16,7%) женщин и ОРЗ у 42 (14,0%) женщин, во 2-й группе ветряная оспа и корь 6 (10,0%) и в 3-й группе ветряная оспа у 3 (10,0%). По сравнению с контрольной группой, у пациенток в 1 и 2 группах наблюдалась достоверно более высокая частота перенесенных таких заболеваний, как корь, гепатит С и ОРЗ (таблица 2.4).

Среди всех гепатитов в нашем исследовании основную часть занимал гепатит В: у 10 (3,3%) женщин в 1-й группе, у 2 (3,3%) женщин во 2-й группе и у 1 (3,3%) женщины в 3-й группе соответственно. Наличие в анамнезе перенесенных таких заболеваний как краснуха, ревматизм и бруцеллез встречались крайне редко и только у женщин в 1-й группе (таблица 2.2.1.4).

Анализ экстрагенитальных патологий неинфекционной этиологии у обследуемых беременных выявил преобладание того или иного заболевания в I, II и III группах (таблица 2.2.1.5).

Структура перенесенных экстрагенитальных заболеваний

Перенесенные заболевания	Группа 1 (n=300)		Группа 2 (n=60)		Группа 3 (n=30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Артериальная гипертензия	4	1,3±0,7	1	1,7±1,7	3	10,0±5,5
Миопия (средней и высокой степени)	4	1,3±0,7	-		1	3,3±3,3
Варикозная болезнь	5	1,7±0,7	1	1,7±1,7	1	3,3±3,3
Анемия	8	2,7±0,9	6	10,0±3,9	1	3,3±3,3
Заболевания органов моче- выделительной системы	4	1,3±0,7	-	-	1	3,3±3,3
Ожирение	12	4,0±1,1	3	5,0±2,8	1	3,3±3,3
Астения						
AFS	4	1,3±0,7	-		-	
Эпилепсия	4	1,3±0,7	2	3,3±2,3	1	3,3±3,3
Сердечно-сосудистые заболевания	1	0,3±0,3	-		-	
Таласемия	2	0,7±0,5	-		-	

Среди экстрагенитальных заболеваний у женщин в 1-й группе чаще всего встречалось ожирение 12 (4,0%), порядком реже встречалась анемия 8 (2,7%) и варикозная болезнь 5 (1,7%), далее с идентичной частотой встречались такие заболевания как артериальная гипертензия, миопия, заболевания органов моче-выделительной системы, AFS и эпилепсия 4 (1,3%). Заболевания сердечно-сосудистой системы и талассемия встречались в единичных случаях и наблюдались только лишь у пациенток в 1-й группе (1 – 0,3%, 2 – 0,7% соответственно) (таблица 2.2.1.5).

Во 2-й группе у наших пациентках чаще встречалась анемия 6 (10,0%), такие диагнозы как ожирение и эпилепсия у пациенток в данной группе встречались чаще по сравнению с 1-й группой, но, тем не менее, с малой частотой (3 – 5,0% и 2 – 3,3% соответственно). Артериальная гипертензия и варикозная болезнь в данной группе встречались крайне редко и с одинаковой частотой (1,7%). Артериальная гипертензия среди всех пациенток чаще наблюдалась у женщин в контрольной (3-й) группе – 3 (10,0%). Такие заболевания, как миопия (средней и высокой степени), варикозная болезнь, анемия, ожирение, эпилепсия и заболевания органов моче-выделительной системы в 3-й группе встречались с одинаковой частотой 1 (3,3%) (таблица 2.2.1.5).

Хотелось бы отдельно остановиться на артериальной гипертензии которая встречалась во всех 3-х группах, но с различной частотой, чаще всего данная патология встречалась у пациенток в 3-й группе с частотой 10,0%, мы акцентируем свое внимание на данной патологии поскольку артериальная гипертензия в период беременности может приводить к нарушению маточно-плацентарного кровообращения. Артериальная гипертензия является одним из предрасполагающих факторов, приводящих к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, причиной гипертензионной энцефалопатии, нарушений мозгового кровообращения, отслойки сетчатки и кровотечений. В тоже время гестоз второй половины беременности особенно тяжело протекает на фоне гипертонической болезни. Если до беременности женщина страдала гипотонией, то повышение систолического давления на 30 % и диастолического на 15 % свидетельствует о гестационной гипертензии (таблица 2.2.1.5).

При анализе антропометрических показателей и размеров таза мы не выявили значимых различий во всех 3-х группах. Антропометрическая оценка проводилась по следующим параметрам: измерения размеров таза, роста и массы тела проводилось в приемном отделении при поступлении пациенток в стационар. Однако данные параметры практически не различались во всех 3-х группах, к примеру, средний индекс массы тела в 1-й группе составил 23,9, во 2-й группе 24,2 и 24,1 в контрольной группе (таблица 2.2.1.6).

Таблица 2.2.1.6

Показатели антропометрических показателей и размера таза

Показатели	Группа 1 (n=300)	Группа 2 (n=60)	Группа 3 (n=30)
Размеры таза: D. Sp	25,2±0,06	25,4±0,08	24,6±0,24
D. Cr	27,4±0,07	27,6±0,11	27,0±0,22
D. Tr	29,9±0,06	29,9±0,12	29,9±0,25
C. Ext	20,0±0,09	19,9±0,09	19,9±0,23
Рост (см)	160,4±0,35	159,5±0,76	161,5±1,41
Вес (кг)	71,4±0,68	71,7±1,45	73,0±2,43
ИМТ (кг/м ²)	23,9±0,25	24,2±0,49	24,1±0,76

2.2.2. Характеристика обследованных в гинекологической группе

Во всех сферах медицины особенно в гинекологии малоинвазивная хирургия становится все более распространенным методом диагностики и лечения. Это связано со всеми достоинствами лапароскопического доступа по сравнению с лапаротомическим. При должном подходе эндоскопический доступ становится методом выбора при многих гинекологических заболеваниях. Хирургическое лечение заболеваний органов малого таза женщины – как органосохраняющее, так и радикальное – при отсутствии противопоказаний, может и должно выполняться лапароскопическим, так как способствует меньшей травматизации пациентки и сокращению сроков реабилитации, быстрому восстановлению трудоспособности.

Для группы пациенток имеющих в анамнезе операцию КС и нуждающихся в той или иной гинекологической операции, внедрение лапароскопии в гинекологическую практику стало особой находкой, поскольку известно что, любое хирургическое вмешательство на органах брюшной полости и полости малого таза ведет к образованию спаек. Многочисленные исследования показали, что усиленное спайкообразование происходит особенно часто после кесарева сечения, что возможно связано с попаданием в брюшную полость и полость малого таза достаточно большого количества крови и околоплодных вод. Спайки, в свою очередь, перетягивают петли кишечника, мочевого пузыря, связки матки и трубы. Все это ведет не только к выраженному болевому синдрому, но и к проблемам мочеиспускания и дефекации, также возможно развитие и трубноперитонеального бесплодия. В тоже время в связи с наличием послеоперационных спаек на сегодняшний день одной из актуальных проблем является профилактика осложнений возникающих при повторном вхождении в брюшную полость при повторных операциях вне зависимости, будь то КС, либо какая-либо иная гинекологическая операция.

С целью исследования особенностей спаечного процесса и анализа особенностей сращений после кесарева сечения нами были просмотрены видеоза-

писи 550 лапароскопических операций, произведенных с 2013 по 2015 гг. в отделе гинекологии 1-й Городской Клинической Больницы города Баку. У 44 (8,0%) из этих больных в анамнезе было КС. В данную группу были включены пациентки, оперированные по поводу: трубной беременности, гистерэктомии, образованиях на яичниках, перфорация матки, миомэктомии и несостоятельности шва, непосредственно лапароскопическим методом, все операции подлежали видеорегистрации.

Возраст женщин в обследуемой группе варьировал между 17 и 57 годами. Как видно из таблицы в данной группе преобладали женщины в возрасте от 20-29 лет 15 (34,1±7,1%). 12 (27,3±6,7%) пациенток было в возрасте 40 лет и более, 9 (20,5±6,1%) в возрасте 35-39, 7 (15,9±5,5%) в возрасте 30-34 и 1 пациентка в возрасте до 20 лет. Таким образом, средний возраст составил 34,6±1,47 (17-57) (таблица 2.2.2.1, график 2.2.2.1).

Также мы провели возрастную характеристику обследованных женщин по диагнозам, таким образом, проведя анализ, какая возрастная группа преобладает при том или ином диагнозе. Как видно из таблицы, при диагнозе трубная беременность средний возраст составляет 30,7±1,24 (20-42). Как мы видим, трубная беременность встречается в более молодой возрастной группе, что связано со спецификой данной патологии (таблица 2.2.2.2, график 2.2.2.24).

Таблица 2.2.2.1

Возрастная характеристика в группе обследуемых

возраст группы	до 20 лет		20-29 лет		30-34 лет		35-39 лет		40 лет и более		Средний Возраст
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
группа 4 (n=44)	1	2,3±2,2	15	34,1±7,1	7	15,9±5,5	9	20,5±6,1	12	27,3±6,7	34,6±1,47 (17-57)

Пациентки с гистерэктомией встречались в более старшей возрастной группе по сравнению с пациентками с трубной беременностью, 48,5±1,75% (38-57).

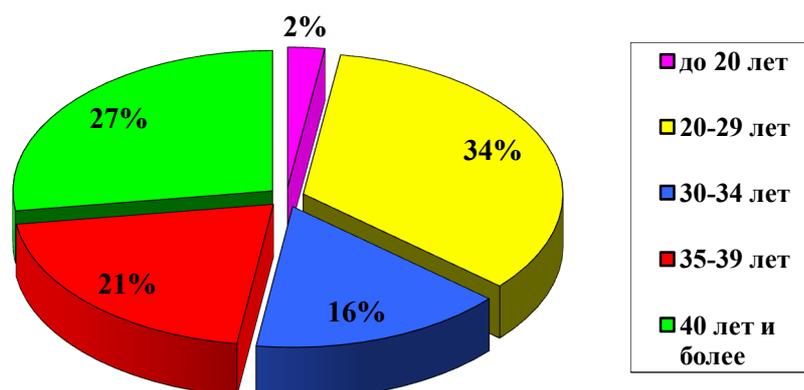


График 2.2.2.1. Распределение больных по возрасту.

Образование на яичниках встречалось в основном в средней возрастной группе $30,6 \pm 3,60\%$ (17-41). Перфорация матки наблюдалась у 2-х ($4,5 \pm 3,14\%$) женщин в возрасте 24 и 27 лет, средний возраст их составил $25,5 \pm 1,50$.

Миомэктомия проводилась у 2-х женщин в возрасте 32 и 35 лет ($33,5 \pm 1,50\%$), также в нашем исследовании была одна пациентка в возрасте 32 года, с диагнозом "несостоятельность шва на матке".

Таблица 2.2.2.2

Возрастная характеристика обследованных по диагнозам

Диагноз	Количество обследованных, n=44		Средний возраст
	абс.	%	
Трубная беременность	22	$50,0 \pm 7,54$	$30,7 \pm 1,24$ (20 - 42)
Гистерэктомия	10	$22,7 \pm 6,32$	$48,5 \pm 1,75$ (38 - 57)
Образование на яичниках	7	$15,9 \pm 5,51$	$30,6 \pm 3,60$ (17 - 41)
Перфорация матки	2	$4,5 \pm 3,14$	$25,5 \pm 1,50$ (24 - 27)
Миомэктомия	2	$4,5 \pm 3,14$	$33,5 \pm 1,50$ (32 - 35)
Несостоятельность шва	1	$2,3 \pm 2,25$	32

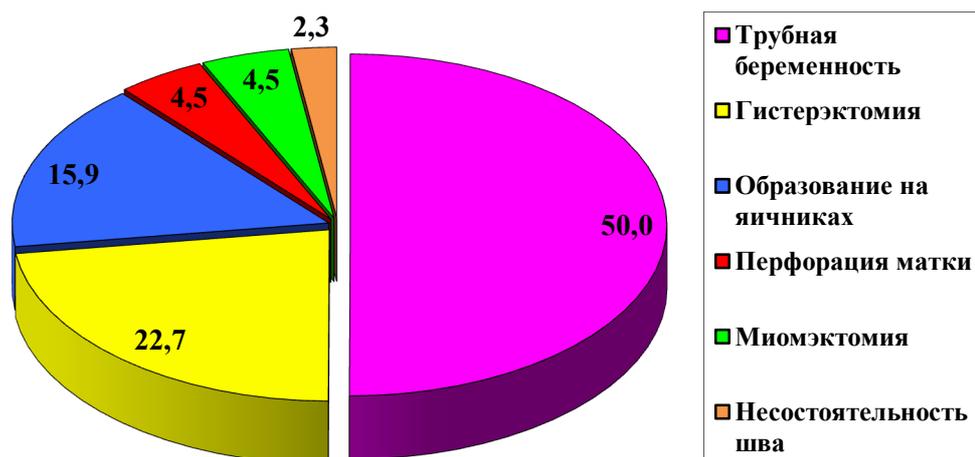


График 2.2.2.2. Распределение больных по диагнозу (в %).

2.3. 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-ax). 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 его средняя ошибка. Для оценки различий показателей между группами был применен точный метод Фишера.

Статистическое различие между группами считалось достоверным при значении $p < 0,05$.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием персонального компьютера при применении современного программного обеспечения – редактора электронных таблиц Microsoft Excel и пакета прикладных программ MedCalc 14.8.

III ГЛАВА

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННЫХ БОЛЬНЫХ

3.1. Результаты клинической характеристики обследованных в акушерской группе

СП после кесарева сечения и обусловленные ими нарушения взаиморасположения органов полости малого таза могут иметь клинические последствия при последующих повторных операциях кесарева сечения. Некоторые авторы высказывают мнение о том, что с числом кесаревых сечений СП 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 КС за период с 2013-2014 года в отделении акушерства 1-й Городской Клинической Больницы города Баку. Как мы видим в таблице 3.1.1, в нашем исследовании зависимость степени спаечного процесса с количеством кесаревых сечений была обнаружена.

Как видно из данной таблицы СП чаще встречался после повторных операций КС, в 1-й группе 8 (21,1%), во 2-й группе 9 (69,2%). Исходя из таблицы 3.1 общее количество пациенток со спайками отличалось достоверным преобладанием во второй группе, где общее количество обследованных с наличием КС в анамнезе составил 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%) из общего количества женщин с наличием КС в анамнезе 300.

Встречаемость спаек от количество проведенных операций КС

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

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

Существенное различия количества больных со спайками в 2х группах с преобладанием больных со спайками во 2-ой (проспективной) группе можно объяснить тем фактом, что анализ состояния брюшной полости проводился более тщательно непосредственно при проведение повторной операции КС, нежели исходя лишь из данных полученных из операционных журналов и историй болезней (таблица 3.1.1).

В связи с интенсивным ростом числа повторных операций кесарева сечения некоторые ученые начали изучать влияние повторных операций кесарева сечений на формирование спаек. Однако все существующие на сегодняшний день классификации оценки спаечного процесса неспецифичны либо нечетко описывают СП. К сожалению на сегодняшний день не существует единой классификации внутрибрюшных спаек после операции кесарева сечения. Например, Чара и др. классифицировали как: (класс 0) - минимальные или пленочные спайки, (класс 1) - умеренные / толстые спайки, (степень 2) и отсутствие свободного пространства между маткой и передней брюшной стенкой []. В данной классификации не указывается, какие именно внутренние органы вовлекаются в СП. Потребность в стандартизированной классификации спаек очевидна. Стандартизированной единая классификация позволит исследователям и читателям оценивать и сравнивать результаты различных исследований. Регу-

лярное использование стандартизированной классификации спаек также может позволить будущим исследователям проводить более точные ретроспективные исследования. Однако наиболее важным является то что, знание о наличие и выраженности спаечного процесса подготовит акушер-гинеколога для проведения повторных операций кесарево сечения.

По этой причине для более точного описания характера и локализации спаечного процесса в нашем исследовании мы классифицировали их по 3м классификациям: по общепринятой классификации, классификация по индексу перитонеальных спаек и классификация интра-абдоминальных спаек после кесарева сечения по Т.Туланди.

Характер спаечного процесса при повторных операциях КС в малом тазу в нашей работе оценивался по бальной системе предложенной Т. Tulandi и D.J. Lyell (2013) и по J. Hulka и соавт. (1998; 2000) . В целом количество пораженных сращениями областей и их выраженность подсчитывались на основании перитонеального спаечного индекса (peritoneal adhesions index –PAI) (2014). Одной из наиболее распространенной является классификация спаечного процесса органов малого таза J. Hulka и соавт. принятая в 1982 году:

- I степень спаечного процесса – проявляется в виде единичных пленчатых, бессосудистых спаек, при которых анатомо-топографическое взаимоотношение матки и придатков не нарушается;
- II степень спаечного процесса – проявляется множественными пленчатыми спайками между маточной трубой и яичником (область кресцово-маточных связок) при возможных незначительных анатомо-топографических нарушениях внутренних органов;
- III степень спаечного процесса – проявляется плотными сосудистыми спайками с нарушением анатомо-функционального состояния внутренних органов репродуктивной системы, причем данный процесс протекает с вовлечением матки, придатков, сальника;
- IV степень спаечного процесса – проявляется множественными трудно-разделимыми фиброзными спайками между органами малого таза с во-

влечение половых органов, придатков, сальника, кишечника.

В нашем исследовании в проспективной (2-ой) группе СП наблюдался у 17 женщин из 60. Согласно общепринятой классификации СП в малом тазу подразделяется на IV степени тяжести, в нашем исследовании чаще всего у пациенток СП был II степени тяжести у 11 (64,7%) пациенток, изменения I и III степени встречались в одинаковом количестве 17,6%. Спайки IV степени тяжести у наших пациенток мы не встречали (таблица 3.1.2).

Таблица 3.1.2

Согласно общепринятой классификации, II группа

Степени спаечного процесса в малом тазу	Количество обследованных, n=17	
	абс.	%
I степень	3	17,6±9,2
II степень	11	64,7±11,6
III степень	3	17,6±9,2
IV степень	-	-

За наиболее универсальную классификацию принята классификация Peritoneal Adhesion Index, отражающая спаечный индекс брюшины, которая основана на макроскопических характеристиках спаек и их расположении в брюшной полости.

При использовании классификации Peritoneal Adhesion Index (спаечный индекс брюшины) степень выраженности процесса спайкообразования оценивается путем заполнения тематических карт респондентов (см.приложение), которые были предложены Salomone D. S. (2013) и опубликованы в журнале «World emergency surgery». По этой классификации проводится оценка каждого квадранта, причем полученный определенный балл характеризует степень выраженности спаечного процесса, после чего квадранты сравниваются друг с другом. Подсчитывается сумма баллов в эпигастральной, мезогастральной и гипогастральной областях передней стенки брюшной полости. Последнее эти участки сравниваются между собой.

Классификация спаечного процесса по классификации перитонеального спаечного индекса (РАI) показал, что в нашем исследовании чаще встречались

одиночные спайки у 12 (70,6%) больных, больные с двумя и более спайками встречались порядком реже, у 5 (29,4%) женщин соответственно. В нашем исследовании чаще всего СП локализовался в области таза 66,7%, реже, пусть и нередко сращения обнаруживались в левой нижней и правой нижней области 12,5%. Меньше всего спайки встречались в области – левый бок 4,2% и в центральной области у 4,2% женщины. 83,3% спаек были сильными, требующие диссекцию острым методом, в 12,5% случаев СП был 3 степени тяжести – очень прочные васкуляризированные спайки требующие диссекция острым методом и лишь 4,2% спаек были тонкими, для рассечения которых диссекции тупым методом было достаточно (таблица 3.1.3).

Таблица 3.1.3

Классификация по индексу перитонеальных спаек (II гр.)

Показатель	абс.	%
Кол-во больных со спайками	17	28,3
Кол-во спаек: в среднем мин – макс количество	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

В классификации интра-абдоминальных спаек после кесарева сечения по Т.Туланди описывается общее количество спаек, количество больных с одиночными и множественными спайками далее подробно описывается область спайки а именно между какими органами и структурами они располагаются. Далее спайки делятся на тонкие и плотные, степень спаек в свою очередь оценивается путем измерения их протяжности: меньше 3 см, от 3-6 см и более 6 см.

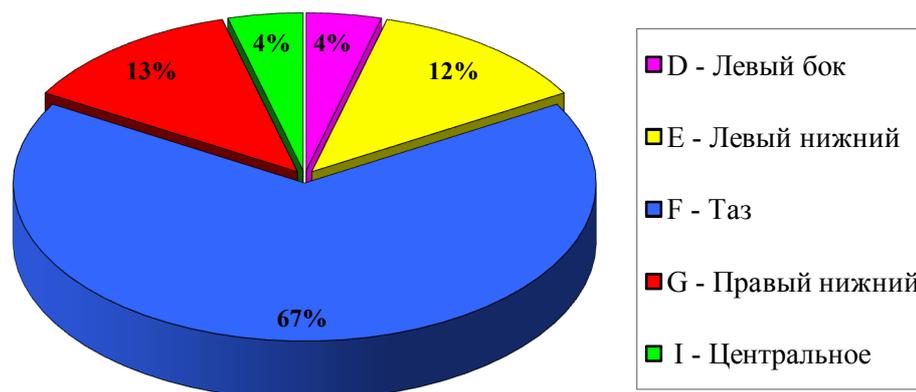


График 3.1.1. Частота встречаемость областей спайки по индексу перитонеальных спаек

В нашем исследовании при использовании классификации интраабдоминальных спаек после кесарева сечения по Т.Туланди мы обнаружили, что чаще всего СП локализовался между маткой и мочевым пузырем в 50,0% случаев, между маткой и сальником – 29,2%, 4,2% сращений локализовались между маткой и брюшной фасцией. Как видно из таблицы 3.1.4 и графика 3.1.2, спайки между сальником и брюшной фасцией обнаружались в 8,3% случаев. Спайки в других структурах органов малого таза также встречались нечасто, а именно в 8,3% случаев. У 23 (95,8%) женщин спайки были плотными по консистенции. У 20 (83,3%) женщин протяженность спаек было 3-6 см (таблица 3.1.4).

При оценке степени риска относительно перинатальной патологии нами была использована ориентировочная шкалу, разработанная с целью количественной оценки пренатальных факторов риска. В шкале учитываются индивидуальные особенности анамнеза, течение беременности, вид родоразрешения. На основе ориентировочной шкалы оценки пренатальных факторов риска проводят определение возраста, наличия вредных привычек, неблагоприятных бытовых условий и негативно влияющих производственных факторов, семейного положения, соматических болезней, индекса массы тела, размеров таза и степе-

ни его сужения, срока, когда пациентка встала на учет в женской консультации, наследственных факторов, акушерско-гинекологического анамнеза, экстрагенитальных патологий, осложнений беременности. Полученные баллы суммируют.

Таблица 3.1.4

Классификация интра-абдоминальных спаек после кесарева сечения по Т.Туланди (II гр.)

Показатель	абс.	%
Кол-во больных со спайками	17	28,3
Кол-во спаек: в среднем мин – макс количество	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:		
Между маткой и мочевым пузырем	12	50,0±10,2
Между маткой и брюшной фасцией	1	4,2±4,1
Между маткой и сальником	7	29,2±9,3
Между сальником и брюшной фасцией	2	8,3±5,6
Спайки в других структуре органов малого таза, которые препятствуют рождению	2	8,3±5,6
Консистенция спаек:		
Тонкие	1	4,2±4,1
Плотные	23	95,8±4,1
Оценка степени спаек:		
< 3 см	1	4,2±4,1
3-6 см	20	83,3±7,6
> 6 см	3	12,5±6,8

При количестве баллов «4» и менее женщина относится к низкой группе риска, при количестве баллов от «5» до «9» относится к средней группе риска, при количестве баллов более «10» относится к высокой группе риска. Благодаря данному способу существует возможность оценки индивидуальной степени риска развития осложнений беременности и родоразрешения, спрогнозировать исход беременности и определить стандартную группу риска по шкале мониторинга, а также определить адекватные составляющие стационарного ведения беременной и ее родов.

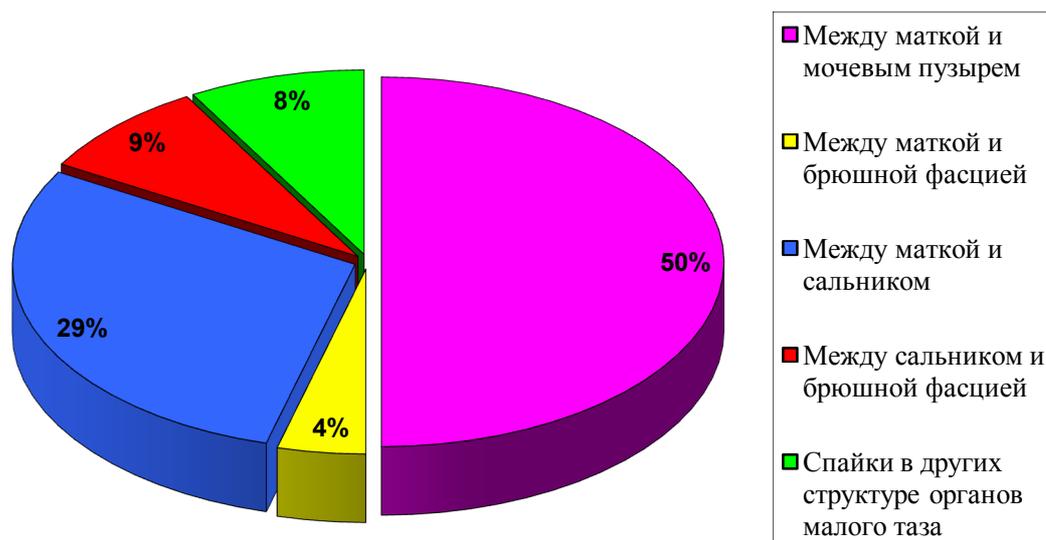


Рис. 3.1.2. Частота встречаемость областей спаек по Т.Туланди.

Социально-биологические факторы риска учитывают такие факторы, как возраст, профессиональные вредности и вредные привычки у родителей, эмоциональную нагрузку а также рост и весовые показатели у матери. Исходя из таблицы 3.1.5 и графика 3.1.3, социально-биологические факторы риска отличались достоверным превалированием в основных группах, по сравнению с контрольной группой ($1,1 \pm 0,09$; $1,1 \pm 0,19$ и $0,7 \pm 0,24$ соответственно).

Таблица 3.1.5

Оценка пренатальных факторов риска в баллах

Факторы риска	Группа 1 (n=300)	Группа 2 (n=60)	Группа 3 (n=30)
1. Социально-биологические	$1,1 \pm 0,09$	$1,1 \pm 0,19$	$0,7 \pm 0,24$
2. Акушерско – гинекологический анамнез	$3,4 \pm 0,07$	$3,5 \pm 0,17$	$1,0 \pm 0,33$
3. Экстрагенитальные заболевания матери	$0,1 \pm 0,02$	$0,1 \pm 0,07$	$0,6 \pm 0,31$
4. Осложнение беременности	$0,4 \pm 0,10$	$0,4 \pm 0,21$	$3,6 \pm 0,78$
5. Оценка состояния плода	0	$0,1 \pm 0,07$	$0,5 \pm 0,25$
Сумма баллов	$5,0 \pm 0,17$	$5,2 \pm 0,35$	$6,4 \pm 0,84$
Количество больных:			15
Низкий риск (до 4 баллов)	146 (48,7 \pm 2,9%)	28 (46,7 \pm 6,4%)	(50,0 \pm 9,1)
Средний риск (5 – 9 баллов)	136 (45,3 \pm 2,9%)	27 (45,0 \pm 6,4%)	7 (23,3 \pm 7,7) *
Высокий риск (более 10 баллов)	18 (6,0 \pm 1,4%)	5 (8,3 \pm 3,6%)	8 (26,7 \pm 8,1) **, **

Прим.: * - $p < 0,05$, ** - $p < 0,05$ - достоверность различия относительно, соответственно, первой и второй группы

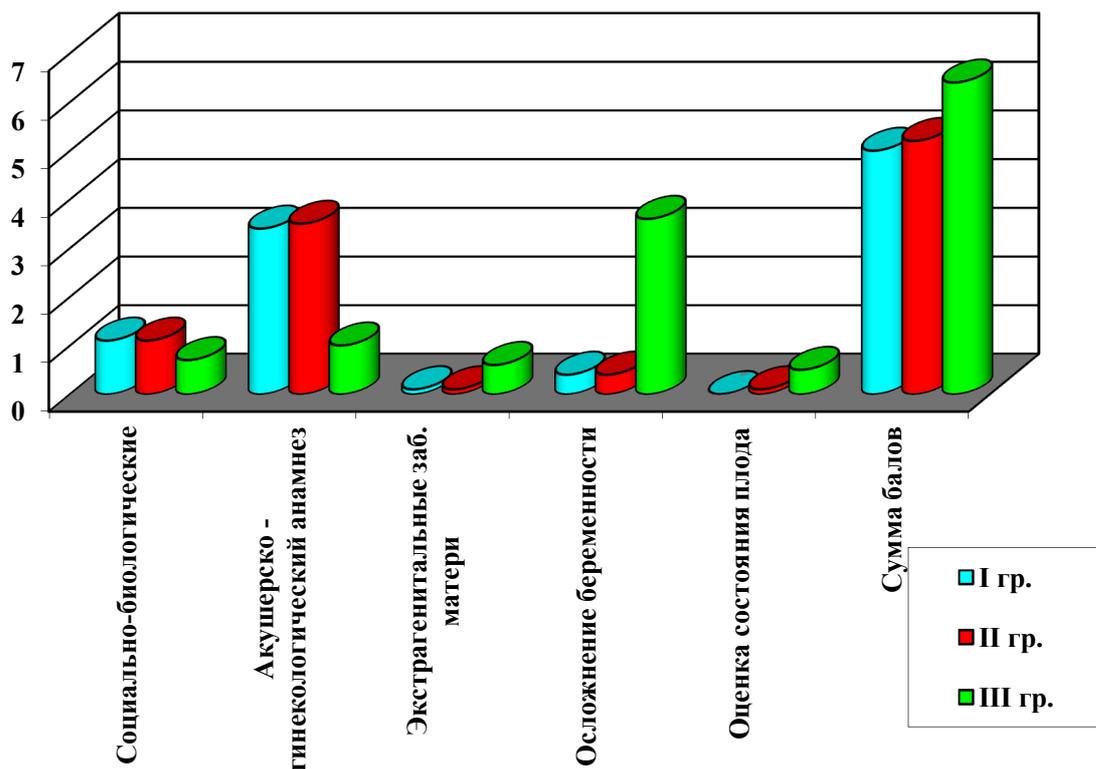


График 3.1.3. Оценка пренатальных факторов риска в баллах.

Акушерско-гинекологический анамнез включает параметры в виде паритета, аборт, преждевременных родов, мертворождения, смерти в неонатальном периоде, аномалий развития у детей, неврологических расстройств, веса доношенных детей (2500 г и $\geq 4000\text{ г}$), срока бесплодия (2-4 года, ≥ 5 лет), рубца на матке после хирургического вмешательства, опухолей женских репродуктивных органов, истмико-цервикальной недостаточности, пороков развития матки. Как видно из таблицы акушерско-гинекологический фактор риска также отличалось достоверным превалированием в основных группах, по сравнению с контрольной группой ($3,4 \pm 0,07$; $3,5 \pm 0,17$; $1,0 \pm 0,33$) (таблица 3.1.5).

Экстрагенитальные патологии матери проявляются в виде сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний почек, эндокринопатии, анемии, коагулопатии, миопии и других заболеваний органов зрения, хронических специфических инфекций в виде туберкулеза, бруцеллеза, сифилиса, токсоплазмоза и др., а также острых инфекций при беременности.

Осложнения беременности проявляются в виде выраженного раннего токсикоза, позднего токсикоза, кровотечения на различных сроках беременности, Rh и ABO-изосенсибилизации, многоводия, маловодия, тазового предлежания плода, многоплодия, переносной беременности, неправильного положения плода.

Для оценки состояния плода учитывают такие факторы, как гипотрофия и гипоксия плода, концентрация эстриола в суточной моче 4,9 мг/сут. в 30 недель, изменение вод по результатам амниоскопии.

Как видно из таблицы, такие факторы как экстрагенитальные заболевания матери, осложнение беременности и оценка состояния плода напротив преобладали в контрольной группе по сравнению с основными группами (таблица 3.1.5). Во всех 3-х группах большинство пациенток относились к низкой группе риска: В 1-й группе 146 (48,7%) женщин попали в низкую группу риска, 136 (45,3%) женщин в среднюю, 18 (6,0%) в высокую группу риска.

Во 2-й группе 28 (46,7%) женщин попали в низкую группу риска, 27 (45,0%) женщин в среднюю, 5 (8,3%) в высокую группу риска.

В контрольной группе 15 (50,0%) женщин попали в низкую группу риска, 7 (23,3%) женщин в среднюю, 8 (26,7%) в высокую группу риска (график 3.1.4).

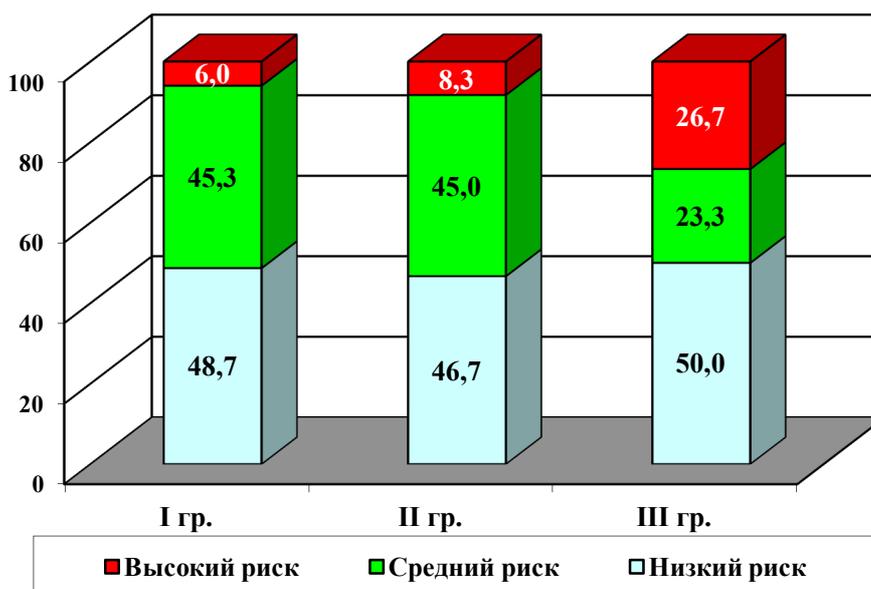


График 3.1.4. Частота встречаемости уровней риска по оценке пренатальных факторов риска в баллах.

Мы провели анализ оперативного вмешательства в зависимости от количества перенесенных операций КС, по таким количественным и качественным показателям, как койко-дни, длительность операции, время извлечения плода, величина внутриоперационной кровопотери, оценка плода по шкале Апгар и срок гестации.

Итак, длительность пребывания пациенток в стационаре в зависимости от количества КС значительно не отличалось в 1-й и 2-й группах, лишь в 3-й группе среднее количество койко-дней составило $5,2 \pm 0,59$ (3-18). Интересным фактом является то, что в контрольной группе количество койко-дней было выше, чем в основных группах, что возможно связано непосредственно с показаниями к операции КСб среди которых нередко встречались экстрагени- тальные заболевания.

Однако как видно из таблицы 3.1.6, длительность операции увеличивалось с увеличением количества перенесенных операций КС, в контрольной группе, где пациентки впервые подвергались операции КС, средняя длительность операции составило 39,6 минут, во 2-й группе при 2-ой КС средний показатель длительность оперативного вмешательства в среднем составил $43,0 \pm 1,46$ минут, при 3-ой КС – $48,5 \pm 2,50$ минут соответственно. В 1-й группе показатели были следующими, при 2-ой КС – $45,4 \pm 0,98$ минут, при 3-ой и более – $48,7 \pm 3,23$ минут.

В нашем исследовании при анализе зависимости величины внутриоперационной кровопотери от количества перенесенных операций КС в 1 и 2 группе, мы обнаружили что, с величина внутриоперационной кровопотери увеличивается с увеличением числа перенесенных операций КС. Однако, напротив в контрольной группе средняя величина кровопотери составило 357,7 не смотря на тот факт, что в данной группе у пациенток это было первое КС.

Как видно из таблицы 3.6 в 1-й группе величина внутриоперационной кровопотери при 2-ой КС составило $321,8 \pm 6,85$ и $331,3 \pm 13,44$ при 3 и более КС. Во 2-й группе при 2-ой КС составило $294,7 \pm 10,00$ и $315,4 \pm 24,93$ при 3 и более КС.

Таблица 3.1.6

**Количественная и качественная информация об оперативном
вмешательстве (M±m, min-max)**

Показатели	Группа 1 (n=300)	Группа 2 (n=60)	Группа 3 (n= 30)
Койко-дни (сутки):	4,4±0,12 (2 – 15)	4,2±0,24 (3 – 15)	5,2±0,59 (3 – 18)
при 1-й КС	–	–	5,2±0,59 (3 – 18)
при 2-ой КС	4,3±0,13 (2 – 15)	4,2±0,30 (3 – 15)	-
при 3 и более КС	4,9±0,35 (3 – 11)	4,3±0,21 (3 – 5)	-
Длительность операции (мин.):	45,8±0,95 (17 – 161)	44,2±1,29 (24 – 65)	39,6±1,25 (22 – 52)
при 1-й КС	–	–	39,6±1,25 (22 – 52)
при 2-ой КС	45,4±0,98 (17 – 161)	43,0±1,46 (24 – 65)	-
при 3 и более КС	48,7±3,23 (20 – 123)	48,5±2,50 (36 – 65)	-
Время извлечения плода (с момента начала опе- рации, мин.)	2,7±0,08 (1 – 9)	2,6±0,20 (1 – 9)	2,2±0,16 (1 – 4)
при 1-й КС	–	–	2,2±0,16 (1 – 4)
при 2-ой КС	2,7±0,08 (1 – 9)	2,5±0,21 (1 – 7)	-
при 3 и более КС	2,7±0,24 (1 – 9)	2,6±0,54 (2 – 9)	-
Величина внутриопе- рационной кровопотери (гр.):	323,1±6,18 (150 – 1500)	299,2±9,47 (150 – 500)	357,7±18,97 (150 – 700)
при 1-й КС	–	–	357,7±18,97 (150 – 700)
при 2-ой КС	321,8±6,85 (150 – 1500)	294,7±10,00 (150 – 450)	-
при 3 и более КС	331,3±13,44 (150 – 550)	315,4±24,93 (150 – 500)	-
Оценка плода по шкале Апгар на 1-й минуте:	7,8±0,05 (5 – 8)	7,7±0,06 (7 – 8)	7,6±0,11 (7 – 8)
при 1-й КС	–	–	7,6±0,11 (7 – 8)
при 2-ой КС	7,8±0,05 (5 – 8)	7,8±0,07 (7 – 8)	-
при 3 и более КС	7,9±0,13 (7 – 8)	7,5±0,16 (7 – 8)	-
Оценка плода по шкале Апгар на 5-ой минуте:	8,1±0,05 (6 – 9)	8,0±0,03 (7 – 8)	7,9±0,08 (7 – 8)
при 1-й КС	–	–	7,9±0,08 (7 – 8)
при 2-ой КС	8,1±0,05 (6 – 9)	7,9±0,04 (7 – 8)	-
при 3 и более КС	8,1±0,13 (8 – 9)	8,0±0,00 (8 – 8)	-
Срок гестации (нед.):	38,3±0,07 (30 – 42)	38,5±0,20 (28 – 40)	37,9±0,47 (30 – 42)
при 1-й КС	-	-	37,9±0,47 (30 – 42)
при 2-ой КС	38,3±0,07 (30 – 42)	38,5±0,25 (28 – 40)	-
при 3 и более КС	38,1±0,19 (33 – 40)	38,5±0,14 (38 – 39)	-

Время извлечения плода была в прямой зависимости от количества пере-
несенных операций КС, итак в III группе (при 1-й КС) плод был извлечен в

среднем на 2,2-ой минуте с момента начала операции, во II группе в среднем при 2-ом КС – на 2,5-ой минуте, при 3-ом и более КС – на 2,6–ой минуте. Однако в I группе как при 2-ой так и при 3-ой и более операции КС время извлечения плода было одинаковым и составило 2,7 минут в среднем.

Также мы оценивали состояние новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5-ой минуте рождения плода. Исходя из таблицы 3.6 в 1-й группе при 2-ой КС на 1 минуте средние баллы плода были $7,8 \pm 0,05$ и $8,1 \pm 0,05$ на 5-ой минуте. При 3 и более КС - на 1 минуте средние баллы плода составили $7,9 \pm 0,13$ и $8,1 \pm 0,13$ на 5-ой минуте.

Во 2-й группе при 2-ой КС на 1 минуте средние баллы плода были $7,8 \pm 0,07$ и $7,9 \pm 0,04$ на 5-ой минуте. При 3 и более КС - на 1 минуте средние баллы плода составили $7,5 \pm 0,16$ и $8,0 \pm 0,00$ на 5-ой минуте.

В контрольной группе на 1 минуте средние баллы плода составили $7,6 \pm 0,11$ и $7,9 \pm 0,08$ на 5-ой минуте.

Во всех 3-х группах в большинстве случаев применялась спинальная анестезия 93,0%; 90,0%; и 86,7% соответственно (таблица 3.1.7).

Таблица 3.1.7

Информация об оперативном вмешательстве

Показатели	Группа 1 (n=300)		Группа 2 (n=60)		Группа 3 (n= 30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Способ анестезии: Spinal ЭТН	279	93,0	54	90,0	26	86,7
	21	7,0	6	10,0	4	13,3
Особенности оперативно-го вмешательства в связи с наличием спаек	31	$10,3 \pm 1,8$	17	$28,3 \pm 5,8$	-	-
Трудности при извлечении плода	-	-	8	$13,3 \pm 4,4$	-	-
Дополнительные технические действия в связи со спаечным процессом	31	$10,3 \pm 1,8$	17	$28,3 \pm 5,8$	-	-

Дополнительные технические действия в связи со спаечным процессом проводились у 31 (10,3%) женщин в 1-й группе и у 17 (28,3%) во 2-й группе.

Однако трудности при извлечении плода встречались лишь во 2-й группе у 8 (13,3%) пациентках (таблица 3.1.7).

При проведении анализа показаний к операции КС в 1-й и 2-ой группе основным показанием было наличие рубца на матке. В контрольной группе наиболее часто встречаемым показанием была преэклампсия у 6 (20%) пациенток, длительное бесплодие и отягощенный гинекологический анамнез встречался у 4 (13,3%) женщин, тазовое предлежание плода наблюдалось у 4 (13,3%) женщин, отягощенный акушерский анамнез, слабость родовой деятельности, преждевременная отслойка плаценты а также острая или хроническая гипоксия плода встречались относительно редко и с одинаковой частотой (10,0%) (таблица 3.1.8).

Таблица 3.1.8

Показания к кесареву сечению у обследуемых пациенток

Результат беременности	Группа 1 (n=300)		Группа 2 (n=60)		Группа 3 (n=30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Возраст первородящей						
Длительное бесплодие, отягощенный гинекологический анамнез					4	13,3
Отягощенный акушерский анамнез					3	10,0
Преэклампсия	3	1	1	1,7	6	20,0
Слабость родовой деятельности					3	10,0
Преждевременная отслойка плаценты	3	1	1	1,7	3	10,0
Рубец на матке	300	100	60	100	-	-
Тазовое предлежание	1	0,33			4	13,3
Острая или хроническая гипоксия плода					3	10,0
Миопия высокой степени, патология глаз	1	0,33			2	6,7
Несоответствия головы плода и размеров таза					2	6,7

В нашей работе реже остальных встречались такие показание, как миопия высокой степени и патология глаз а также несоответствия головы плода и размеров таза (6,7%) (таблица 3.1.8).

Отдельное внимание уделялось состоянию новорожденных во всех 3-х группах. Оценка состояния новорожденных проводилась по следующим параметрам: вес, рост, оценка по шкале Апгар, наличие либо отсутствие таких патологий как ЗВУР, асфиксия, обвитие пуповиной, гидроцефалия а также мертворожденный плод (таблица 3.1.9).

Все новорожденные были распределены по полу. В 1-й группе было 146 новорожденных женского пола и 156 новорожденных мужского пола. Во 2-й группе 21 новорожденных женского пола и 39 новорожденных мужского пола. К 3-ей группе относятся 18 новорожденных женского пола и 14 новорожденных мужского пола (таблица 3.1.9).

Таблица 3.1.9

Оценка состояния новорожденных в обследованных группах

Новорожденные	Группа 1 (n=300)		Группа 2 (n=60)		Группа 3 (n=30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Девочки	146	48,3	21	35,0	18	56,2
Мальчики	156	51,7	39	65,0	14	43,8
Вес < 2800 гр.	37	12,3	2	3,3	9	28,1
2800- 4000 гр.	248	82,1	54	90,0	16	50,0
> 4000 гр.	17	5,6	4	6,7	7	21,9
Средний вес (гр.)	3325,4±26,3 (980 – 4900)		3347,0±57,0 (980 – 4200)		3253,3=105,2 (2400 – 4200)	
Рост (см)	51,5±0,12 (42 – 56)		51,6±0,31 (38 – 56)		50,6=0,58 (45 – 55)	
Оценка по Апгар (балл)						
5-6 более баллов	1	0,3				
7-7 баллов	3	1,0	2	3,3	3	10,0
7-8 баллов	214	71,3	23	38,3	6	20,0
8-8 баллов	68	22,7	35	58,3	21	70,0
8-9 баллов	14	4,7				
ЗВУР	-					
Асфиксия	-					
Обвитие пуповиной	-					
Гидроцефалия	-					
Мертворожденный плод	3	1,0±0,6	-	-	-	-

Как известно, широкое распространение во всем мире получила разработанная австралийским ученым Вирджинией Апгар (1953) одноименная десяти-балльная шкала, позволяющая оценить состояние здоровья ребенка на первой и

пятой минуте после рождения, позволяющая сделать прогноз дальнейшего состояния ребенка. По этой шкале проводится оценка пяти показателей, а именно – окраски кожных покровов, характера дыхания, особенностей крика, частоты сердечных сокращений, мышечного тонуса, рефлекторных реакций. 8-10 баллов соответствуют удовлетворительному состоянию ребенка, 4-7 баллов являются показателями состояния средней тяжести, а 1-3 балла отражают тяжелое состояние.

Исходя из данных приведенных в таблице 3.1.9, в 1-й группе 214 (71,3%) новорожденных были оценены в 7-8 баллов, 68 (22,7%) – в 8-8 баллов, 14 (4,7%) – в 8-9 баллов, 3 (1,0%) – в 7-7 баллов, 5-6 балами был оценен лишь 1 (0,3%) ребенок. Во 2-й группе 23 (38,3%) новорожденных были оценены в 7-8 баллов, 35 (58,3%) – в 8-8 баллов, 2 (3,3%) – в 7-7 баллов. В 3-й группе 6 (20,0%) новорожденных были оценены в 7-8 баллов, 21 (70,0%) – в 8-8 баллов, 3 (10,0%) – в 7-7 баллов.

В 1-й группе были 3 случая с мертворожденным плодом. Такие патологии как ЗВУР, асфиксия, обвитие пуповиной и гидроцефалия в нашем исследовании не встречались.

Анализ особенностей течения родов у обследованных пациенток проводился по таким параметрам, как: количество околоплодных вод, положение плода, наличие либо отсутствие таких осложнений как слабость родовой деятельности, несвоевременное излитие околоплодных вод, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, преэклампсия и т.д.

Как видно из таблицы 3.1.10, в 1-й группе у 298 (99,3%) женщин было нормальное количество околоплодных вод, лишь у 2х (0,7%) женщин наблюдалось многоводие. Во 2-й группе у всех пациентках без исключения было нормальное количество околоплодных вод 60(100%). В 3-й группе у 29 (96,7%) женщин было нормальное количество околоплодных вод, лишь у 1-й (3,3%) женщины наблюдалось маловодие.

Что касается положения плода, все три группы отличались достоверным превалированием числа плодов с головным предлежанием, итак в 1-й группе

287 (95,7%), во 2-й группе 58 (96,7%) и 18 (60,0%) в 3-й группе. Тазовое предлежание наблюдалось у 9 (3,0%) женщин в 1-й группе, у 1 (1,7%) во второй и у 5 (16,7%) в 3-й группе. Ножное предлежание встречалось крайне редко и только во 2-ой и 3-й группе (1,7% и 6,7% соответственно). Поперечное/ продольное предлежание встречалось у 4х женщин из 1-й и у 5 женщин из 3-й группы (таблица 3.1.10).

Таблица 3.1.10

Особенности течения родов у обследованных пациенток

Показатели	Группа 1 (n=300)		Группа 2 (n=60)		Группа 3 (n= 30)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Количество околоплодных вод:						
Нормальное	298	99,3	60	100	29	96,7
Маловодие	-	-	-	-	1	3,3
Многоводие	2	0,7	-	-	-	-
Положение плода:						
Голова	287	95,7	58	96,7	18	60,0
Тазовое предлежание	9	3,0	1	1,7	5	16,7
Ножное предлежание	-	-	1	1,7	2	6,7
Поперечное / продольное	4	1,3	-	-	5	16,7
Слабость родовой деятельности	-	-	-	-	-	-
Несвоевременное излитие вод	22	7,3	5	8,3	9	30,0
Родовой Травматизм	-	-	-	-	-	-
Травмы / рассечение промежности	-	-	-	-	-	-
Преждевременная отслойка плаценты	3	1,0	1	1,7	3	10,0
Преэклампсия	3	1,0	1	1,7	6	20,0
Эпизиотомия	-	-	-	-	-	-
Дефект последа	-	-	-	-	-	-

Несвоевременное излитие околоплодных вод в контрольной группе отличалось достоверным превалированием по сравнению с основными группами, итак несвоевременное излитие околоплодных вод наблюдалось у 9 (30,0%) женщин в контрольной группе, у 5 (8,3%) – во 2-й группе и у 22 (7,3%) – в 1-й

группе (таблица 3.1.10).

Что касается такого осложнения беременности, как преэклампсия она наблюдалась у 6 (20,0%) женщин в контрольной группе, у 1 (1,7%) во 2-ой и у 3х (1,0%) женщин в 1-й группе (таблица 3.10).

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты в контрольной группе также отличалось достоверным превалированием по сравнению с основными группами, итак преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты наблюдалось у 3 (10,0%) женщин в контрольной группе, у 1 (1,7%) – во 2-й группе и у 1 (1,0%) – в 1-й группе (таблица 3.1.10).

3.2. Результаты клинической характеристики обследованных в гинекологической группе

Нарушение анатомического соотношения тазовых органов в результате выраженного СП, как результата перенесенных операций КС, выявлен у всех 44 женщин вошедших в нашу группу, оперированных непосредственно из лапароскопического доступа с различными диагнозами.

В зависимости от лапароскопической картины распространенности спаек в брюшной полости и полости малого таза, у оперированных нами пациенток, мы провели анализ распространенности сращений, а также классифицировали их по 3-м классификациям упомянутых нами ранее (в главе 2.2).

Характер спаечного процесса в малом тазу оценивался по бальной системе предложенной Т. Tulandi и D.J. Lyell и по J. Hulka и соавт. Для оценки степени повреждения маточных труб использовалась классификация ‘Hull and Rutherford’ (H&R). В целом количество пораженных сращениями областей и их выраженность подсчитывались на основании перитонеального спаечного индекса (peritoneal adhesions index – PAI). Кроме того, была изучена зависимость этих изменений от возраста, индекса массы тела (ИМТ), количества кесаревых сечений в анамнезе (одно или несколько) и типа хирургического вмешательства, во время которого они были выявлены.

Проблема спаечного процесса органов малого таза является одной из актуальных и до конца нерешенных проблем оперативной гинекологии. Несмотря на широкое внедрение эндоскопии в гинекологию, а также использование большого количества различных барьерных противоспаечных средств, частота спаечного процесса не имеет тенденции к снижению. Данные доступной нам литературы указывают на противоречивость мнений касательно причин, приводящих к спайкообразованию после проведения операции КС. Наряду с немалыми достижениями в различных областях медицины, в том числе и реабилитации после проведенных оперативных вмешательств, проблема развития спаечного процесса не нашла своего решения и по сей день. Актуальность данной проблемы обуславливается, в том числе, и высокой частотой спаечного процесса вследствие недостаточно эффективных методов ее его предотвращению у гинекологических пациенток репродуктивного и пострепродуктивного возраста.

При анализе гинекологических больных в нашем исследовании СП после КС чаще встречался у женщин, оперированных по поводу внематочной беременности и гистерэктомии. В единичных случаях, СП после КС также встречался и у женщин, оперированных по поводу образований на яичниках, перфорации матки, миомэктомии, несостоятельности шва, гидросальпингса параовариальной кисты, апоплексии яичника и дермоидной кисты.

Как видно из таблицы 3.1.11, у гинекологической группы пациенток с наличием КС в анамнезе, преобладали пациентки с трубной беременностью их количество составило 22 (50,0%±7,5), у 13 (29,5%±6,9) из них спайки были легкой степени выраженности, у 8 (18,2%±5,8) – средней степени и у 1-й (2,3%±2,2) пациентки наблюдались тяжелые спайки.

Количество женщин, оперированных по поводу гистерэктомии с наличием КС в анамнезе составило 10 (22,7%±6,3), у этой группы пациенток спайки были средней и тяжелой степени выраженности, итак у 4 (9,1%±4,3) женщин наблюдались спайки средней степени, в то время как у 6 (13,6%±5,2) спайки тяжелой степени выраженности. У 4 (9,1%±4,3) женщин, оперированных по поводу об-

разований на яичниках, преобладали спайки легкой степени 2 (4,5%±3,1), спайки средней и тяжелой степени выраженности встречались с одинаковой частотой 1 (2,3%±2,2) (таблица 3.1.11).

В нашем исследовании были 2 случая с диагнозом перфорация матки, у обеих данных пациентках наблюдался СП средней степени выраженности. У пациенток с миомэктомией спайки средней и тяжелой степени выраженности встречались с одинаковой частотой 1 (2,3%±2,2). У пациентки с несостоятельностью шва на матке сращения были тяжелой степени выраженности.

Таблица 3.1.11

Характеристика обследованных по выполненным операциям

Операция	Состояние спайки, n=44						Всего, n=44	
	Легкая		Средняя		Тяжелая		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Трубная беременность	13	29,5±6,9 *	8	18,2±5,8	1	2,3±2,2	22	50,0±7,5
Гистерэктомия	-	- *	4	9,1±4,3	6	13,6±5,2	10	22,7±6,3
Образование на яичниках	2	4,5±3,1	1	2,3±2,2	1	2,3±2,2	4	9,1±4,3
Перфорация матки	-	-	2	4,5±3,1	-	-	2	4,5±3,1
Миомэктомия	-	-	1	2,3±2,2	1	2,3±2,2	2	4,5±3,1
Несостоятельность шва	-	-	-	-	1	2,3±2,2	1	2,3±2,2
Гидросальпингс слева+слева параовариальная киста	1	2,3±2,2	-	-	-	-	1	2,3±2,2
Апоплексия яичника слева	-	-	1	2,3±2,2	-	-	1	2,3±2,2
Дермоидная киста	1	2,3±2,2	-	-	-	-	1	2,3±2,2

Прим. * - p<0,05, статистическая значимость относительно тяжелого состояния

У пациентки с гидросальпингсом + параовариальной кистой, и дермоидной кистой спайки были легкой степени. В то время, как у пациентки с апоплексией яичника спайки были средней степени выраженности. Подробная харак-

теристика пациенток всех групп представлена в таблице 3.1.12.

Встречаемость спаек в зависимости от количества перенесенных операций КС достоверно не отличалась ($p>0,05$) после первого КС спайки встречались чаще чем после повторных операций $52,3\pm 7,53$ и $47,7\pm 7,53$ соответственно (таблица 3.1.12). Возможно, это связано с тем, что в анамнезе у большинства женщин имелось лишь одно КС. В отдельных группах отличие были значительными как в пользу повторного, так и первого КС.

Таблица 3.1.12

**Встречаемость спаек среди больных
после кесарева сечения по диагнозам**

Диагноз	Кол-во КС		Встречаемость спаек у больных				P
			после 1-й КС		после повторной КС		
	Всего	В среднем	абс.	%	абс.	%	
Трубная беременность, n=22	40	$1,82\pm 0,14$ (1 – 3)	7	$15,9\pm 5,51$	15	$34,1\pm 7,15$	$<0,05$
Гистерэктомия, n=10	12	$1,20\pm 0,13$ (1 – 2)	8	$18,2\pm 5,81$	2	$4,5\pm 3,14$	$>0,05$
Образование на яичниках, n=7	10	$1,43\pm 0,20$ (1 – 2)	4	$9,1\pm 4,33$	3	$6,8\pm 3,80$	$>0,05$
Перфорация матки, n=2	2	1,0	2	$4,5\pm 3,14$	-	-	$>0,05$
Миомэктомия, n=2	4	$2,00\pm 1,00$ (1 – 3)	1	$2,3\pm 2,25$	1	$2,3\pm 2,25$	$>0,05$
Несостоятельность шва, n=1	1	1	1	$2,3\pm 2,25$	-	-	$>0,05$
Всего	69	$1,57\pm 0,10$ (1 – 3)	23	$52,3\pm 7,53$	21	$47,7\pm 7,53$	$>0,05$

Прим.: P – статистическая достоверность между значениями после 1-й и повторной операции кесарева сечения.

Итак, в группе женщин, оперированных по поводу внематочной беременности спайки встречались чаще после повторной операции КС 15 ($34,1\%\pm 7,15$), $p<0,05$. В группе пациенток оперированных по поводу гистерэктомии СП превалировал после первой КС 8 ($18,2\%\pm 5,81$), $p>0,05$. В группе пациенток оперированных с диагнозом образование на яичниках спайки встречались чаще у пациенток с 1-й КС в анамнезе 4 ($9,1\%\pm 4,33$), $p>0,05$. У пациенток

с такими диагнозами как несостоятельность шва на матке и перфорация матки спайки встречались у пациенток с 1-й КС в анамнезе, $p>0,05$ (таблица 3.12).

У 44-х пациенток оперированных в связи с различными диагнозами общее количество КС в анамнезе составило 69. Как видно из таблицы 3.12 спайки встречались у 23 (52,3%±7,53) пациентках с наличием 1 КС в анамнезе и у 21 (47,7%±7,53) с 2-мя и более КС в анамнезе, $p>0,05$.

Сращения легкой степени выраженности чаще встречались после первого КС 82,4%, 17,6% после повторного КС соответственно. Спайки умеренной выраженности также встречались чаще после первого КС 64,7%, после повторного КС 35,3%. В нашем исследовании было обнаружено 10 женщин с тяжелыми спайками, у 7 (70%) из них было одно КС в анамнезе (таблица 3.1.13).

Таблица 3.13

Характеристика обследованных по выполненным операциям кесарева сечения

Операция	Состояние спайки						Всего	
	Легкая, n=17		Средняя, n=17		Тяжелая, n=10		абс.	%
	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
После первого КС	14	82,4	11	64,7	7	70,0	32	72,7
После повторного КС	3	17,6	6	35,3	3	30,0	12	27,3

После первого КС в основном встречались сращения легкой степени 82,4%. В то время как после повторного КС встречались в основном сращения умеренной и сильной степени выраженности 35,3% и 30,0% соответственно. Распределение умеренных и сильно выраженных спаек у пациенток с двумя и более операциями кесарева сечения в анамнезе было приблизительно одинаковым. Встречаемость спаек было чаще после первого КС, однако СП был более выраженным после повторных операций КС что еще раз доказывает что с увеличением количества перенесенных операций КС СП приобретает более выраженный характер (таблица 3.1.13).

В нашем исследовании мы провели анализ степени выраженности спаеч-

ного процесса в зависимости от возрастной группы. Наиболее статистически значимая разница нами выявлена при распределении беременных по двум группам: женщины до 40 и женщины старше 40 лет, однако для более тщательного анализа мы подразделили всех пациенток на 4 возрастные группы: от 20-29 лет, 30-34, 35-39 и 40 и выше.

Итак, как видно из таблицы 3.1.14, СП легкой степени превалировал в молодой возрастной группе (20-29лет) и встречался у 9 (20,5%±6,1) больных. У пациенток в возрасте 30-34 года спайки легкой степени наблюдались у 3 (6,8%±3,8), в возрасте 35-39 лет у 4 (9,1%±4,3) больных и в более старшей возрастной группе (40 лет и более) у 1 (2,3%±2,2) пациентки.

Таблица 3.1.14

Возрастная характеристика в группе обследуемых

Состояние	Возрастные группы, n=44								Всего		Средний Возраст
	20-29 лет		30-34 лет		35-39 лет		40 лет и более				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Легкая	9	20,5±6,1 *	3	6,8±3,8	4	9,1±4,3	1	2,3±2,2 *	17	38,6±7,3	30,2±1,26 (22 – 40) *
Средняя	10	22,7±6,3 *	1	2,3±2,2	2	4,5±3,1	4	9,1±4,3 *	17	38,6±7,3	33,8±2,54 (24 – 55) *
Тяжелая	1	2,3±2,2	2	4,5±3,1	-	-	7	15,9±5,5	10	22,7±6,3	44,3±3,37 (24 – 57)
Всего	20	45,5±7,5	6	13,6±5,2	6	13,6±5,2	12	27,3±6,7	44	100,0	34,8±1,54 (22 – 57)

Прим.: * - p<0,05, статистическая значимость относительно тяжелого состояния

Спайки средней степени выраженности также преобладали в молодой возрастной группе (20-29лет) и встречался у 10 (22,7%±6,3) больных. Спайки средней степени выраженности наблюдались у 1 (2,3%±2,2) пациентки в возрасте 30-34 года, у 2х (4,5,1%±3,1) в возрасте 35-39 лет и у 4х (9,1%±4,3) пациентках в возрастной группе (40 лет и более).

Однако спайки тяжелой степени выраженности преобладали в более старшей возрастной группе (40 лет и более) и встречался у 7 (22,7%±6,3) больных.

Тяжелые спайки наблюдались у 2х (4,5,1%±3,1) женщин в возрасте 30-34 года, у 1-й (2,3%±2,2) в самой молодой возрастной группе (20-29 лет).

В итоге, более выраженный СП встречался в старшей возрастной группе (таблица 3.1.14). Умеренной и легкой степени изменения анатомии, как следствие образования послеоперационных сращений, в более молодых возрастных группах были представлены приблизительно одинаково.

Изменения анатомии легкой степени в целом встречалось у 17 (38,6%±7,3) больных их средний возраст составил 30,2±1,26 (22-40). Спайки средней степени также наблюдались у 17 (38,6%±7,3) больных однако их средний возраст составил 33,8±2,54 (24-55). В нашем исследовании СП тяжелой степени выраженности наблюдался у 10 (22,7%±6,3) больных, средний возраст в данной группе составил 44,3±3,37 (24-57) (таблица 3.1.14).

Как упоминалось нами в предыдущей главе единной всеобщепринятой и отвечающей всем требованиям классификации спаечного процесса на сегодняшний день не существует. По этой причине СП в гинекологической группе также классифицировался несколькими различными классификациями. При использовании классификации по индексу перитонеальных спаек в нашем исследовании в данной группе у 44 больных в целом были обнаружены 92 спайки.

Обнаруженные сращения в большинстве случаев имели множественный характер (70,5 %), одиночные спайки встречались у 13 (29,5%±6,88) женщин.

Спайки преимущественно локализовались в нижней центральной (передиматочной) области малого таза 34,8±4,97. В 19,6%±4,14 случаев спайки располагались в левой нижней, в 17,4%±3,95 в правой нижней области малого таза.

16,3%±3,85 спаек имели центральное расположение, 4,3%±2,13 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 а также влекли за собой риск повреждения (таблица 3.1.15).

При классификации спаечного процесса по индексу перитонеальных спаек мы также изучали степень их выраженности, подразделив их на легкие, средние и тяжелые. У 34 пациентках наблюдался СП легкой и умеренной степени выраженности (таблица 3.1.16).

Таблица 3.1.15

Классификация по индексу перитонеальных спаек (IV гр., n=44)

Показатель	абс.	%
Кол-во больных со спайками	44	100
Кол-во спаек: в среднем мин – макс количество		92 2,09±0,14 1 – 4
Больные с одиночными спайками	13	29,5±6,88
Больные с двумя и более спайками	31	70,5±6,88
Область спайки:		
А – Правый верхний	5	5,4±2,36
D - Левый бок	2	2,2±1,52
Е - Левый нижний	18	19,6±4,14
F - Таз	32	34,8±4,97
G - Правый нижний	16	17,4±3,95
Н – Правый бок	4	4,3±2,13
I - Центральное	15	16,3±3,85
Оценка степени спаек:		
1 - тонкие спайки, тупая диссекция	9	9,8±3,10
2 – сильные спайки, диссекция острым методом	73	79,3±4,22
3 - очень прочные васкуляризированные спайки диссекция острым методом, повреждение вряд ли можно предотвратить	10	10,9±3,25

Спайки легкой степени выраженности наблюдались у 17 женщин, среди них у 9 (52,9%) женщин были одиночные спайки, а у 8 (47,1%) множественные. Общее количество спаек слабой выраженности в данной группе пациенток составило 25 (1,47±0,12) с преимущественной локализацией в нижней центральной (передиматочной) области полости малого таза 28,0%, 24,0% спаек имели центральное расположение, 20,0% в правой нижней и 12% в левой нижней области. В правой боковой области спайки встречались в 8,0% случаев. Меньше всего спайки располагались в правой верхней 4,0% и левой боковой 4,0% области (таблица 3.1.16).

Таблица 3.1.16

**Характеристика интра-абдоминальных спаек
по индексу перитонеальных спаек**

Показатель	Состояние спайки						Всего, n=44	
	Легкая, n=17		Средняя, n=17		Тяжелая, n=10			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кол-во больных со спайками	17	100	17	100	10	100	44	100
Кол-во спаек: в среднем (мин – макс)	25 1,47±0,12 (1 – 2)		37 2,18±0,20 (1 – 4)		30 3,00±0,33 (1 – 4)		92 2,09±0,14 (1 – 4)	
Больные с одиночными спайками	9	52,9	3	17,6	1	10,0*	13	29,5
Больные с двумя и более спайками	8	47,1	14	82,4	9	90,0*	31	70,5
Область спайки:								
А- Правый верхний	1	4,0	3	8,1	1	3,3	5	5,4
Д - Левый бок	1	4,0	1	2,7	-	-	2	2,2
Е - Левый нижний	3	12,0	7	18,9	8	26,7	18	19,6
Ф - Таз	7	28,0	15	40,5	10	33,3	32	34,8
Г - Правый нижний	5	20,0	5	13,5	6	20,0	16	17,4
Н – Правый бок	2	8,0	1	2,7	1	3,3	4	4,3
І - Центральное	6	24,0	5	13,5	4	13,3	15	16,3
Оценка степени спаек:								
1 - тонкие спайки, тупая диссекция	5	20,0	3	8,1	1	3,3	9	9,8
2 – сильные спайки, диссекция острым методом	20	80,0	30	81,1	23	76,7	73	79,3
3 - очень прочные васкуляризированные спайки диссекция острым методом, повреждение вряд ли можно предотвратить	-	-	4	10,8	6	20,0*	10	10,9

Прим.: * - $p < 0,05$, статистическая значимость относительно легкого состояния

Спайки средней степени выраженности наблюдались также у 17 женщин, среди них у 3 (17,6%) женщин были одиночные спайки, а у 14 (82,4%) множественные. Общее количество спаек средней степени выраженности в данной группе пациенток составило 37 (2,18±0,20) с преимущественной локализацией в нижней центральной (передиматочной) области полости малого таза 40,5%, 18,9% в левой нижней области. 13,5% спаек имели центральное расположение и

у 20,0% в правой нижней области малого таза. В правой верхней области спайки встречались в 8,1% случаев. Меньше всего спайки располагались в правой (2,7%) и левой (2,7%) боковой области (таблица 3.1.16).

СП тяжелой степени выраженности наблюдались у 10 женщин, среди них у 1 (10,0%) женщины наблюдалась одиночная спайка, а у 9 (90,0%) множественные. Общее количество спаек средней степени выраженности в данной группе пациенток составило 30 ($3,00 \pm 0,33$) также с преимущественной локализацией в нижней центральной (передиматочной) области полости малого таза 33,3%, в 26,7% в левой и 20,0% правой нижней области малого таза. В 13,3% случаев спайки имели центральное расположение. По сравнению с другими областями меньше всего спайки располагались в правой верхней (3,3%) а также в правой (3,3%) боковой области (таблица 3.1.16).

В 79,3% случаев встречались сильные спайки требующие диссекцию острым методом. Очень прочные васкуляризированные спайки наблюдались в 10,9% случаев, тонкие спайки встречались реже остальных, в 9,8% случаев. При этом у 70,5% женщин были множественные спайки, у 29,5% наблюдались одиночные спайки. В целом чаще всего спайки локализуются в нижней центральной (передиматочной) области полости малого таза 34,8%, далее по частоте встречаемости спаек идет левая 19,6% и правая 17,4% нижняя область малого таза, затем следует центральная область 16,3%, правая верхняя область 5,4% и область правого бока 4,3%. Реже остальных спайки встречались в левой боковой области 2,2% (таблица 3.1.16).

Далее мы использовали классификацию Т.Туланди. По классификации Т.Туланди чаще всего в СП вовлекались матка, мочевого пузыря и сальник. В большей части $34,8\% \pm 4,97$ спаек располагались между маткой и мочевым пузырем, $30,4\% \pm 4,80$ - между сальником и брюшной фасцией. $14,1\% \pm 3,63$ спаек располагались между маткой и брюшной фасцией. Между маткой и сальником встречались $9,8\% \pm 3,10$ спаек. Также нередко спайки имелись и в других структурах органов малого таза – $10,9\% \pm 3,25$. Большинство спаек были плотными по консистенции $90,2\% \pm 3,10$. У трети больных отмечались сращения сальника с

передней брюшной стенкой. Протяженность сращений у большинства больных была в пределах 3-6 см, спайки протяженностью <3 встречались относительно редко $9,8 \pm 3,10$ (таблица 3.1.17).

Таблица 3.1.17

Классификация интра-абдоминальных спаек после кесарева сечения по Т.Туланди (IV гр., n=44)

Показатель	абс.	%
Кол-во больных со спайками	44	100
Кол-во спаек: в среднем мин – макс количество	92 $2,09 \pm 0,14$ (1 – 4)	
Больные с одиночными спайками	13	$29,5 \pm 6,88$
Больные с двумя и более спайками	31	$70,5 \pm 6,88$
Область спайки:		
Между маткой и мочевым пузырем	32	$34,8 \pm 4,97$
Между маткой и брюшной фасцией	13	$14,1 \pm 3,63$
Между маткой и сальником	9	$9,8 \pm 3,10$
Между сальником и брюшной фасцией	28	$30,4 \pm 4,80$
Спайки в других структуре органов малого таза, которые препятствуют рождению	10	$10,9 \pm 3,25$
Консистенция спаек:		
Тонкие	9	$9,8 \pm 3,10$
Плотные	83	$90,2 \pm 3,10$
Оценка степени спаек:		
< 3 см	9	$9,8 \pm 3,10$
3-6 см	73	$79,3 \pm 4,22$
> 6 см	10	$10,9 \pm 3,25$

Как видно из таблицы 3.1.18, у наших больных чаще встречались изменения легкой и умеренной степени.

Таблица 3.1.18

Степени тяжести спаечного процесса после кесарева сечения по Т.Туланди (IV гр., n=44)

Показатель	Легкая, n=17	Средняя, n=17	Тяжелая, n=10	В среднем, n=44
Баллы по Туланди	$7,1 \pm 1,15$ (1 – 16)	$12,4 \pm 2,14$ (2 – 30)	$25,0 \pm 3,71$ (12 – 52)	$13,5 \pm 1,67$ (1 – 52)
p ₁		< 0,05	< 0,001	
p ₂			< 0,01	

Прим.: p₁, p₂ - статистическая значимость соответственно, относительно легкого и среднего состояния

Нами было выявлено, что выраженность спаечного процесса увеличивается с увеличением индекса массы тела, при ИМТ 26,5 и более наблюдался сильно выраженный СП $p < 0,01$, при 25,4 – умеренно выраженный $p < 0,001$ и при 22,9 СП легкой степени соответственно (таблица 3.1.19).

Таблица 3.1.19

Выраженность спаечного процесса в зависимости от индекса массы тела

Показатель	Легкая, n=17	Средняя, n=17	Тяжелая, n=10	В среднем, n=44
ИМТ	22,9±0,47 (19 – 25)	25,4±0,39 (22 – 28)	26,5±1,05 (21 – 30)	24,7±0,40 (19 – 30)
p		< 0,001	< 0,01	

Прим.: p - статистическая значимость относительно легкого состояния

Далее мы более подробно рассмотрим пациенток поступивших в отделение гинекологии 1-й Городской Клинической Больницы города Баку, с диагнозом "внематочная беременность" с наличием в анамнезе операции КС. Количество данных пациенток составило 22.

Мы провели анализ степени выраженности спаечного процесса при внематочной беременности в зависимости от возрастной группы. Как видно из таблицы 3.20, СП легкой степени выраженности превалировал в молодой возрастной группе (20-29лет) и встречался у 6 (27,3%±9,5) больных. У пациенток в возрасте 30-34 года спайки легкой степени наблюдались у 3 (13,6%±7,3), в возрасте 35-39 лет у 4 (18,2%±8,32) больных.

Спайки средней степени выраженности также преобладали в молодой возрастной группе (20-29лет) и встречались у 7 (31,8%±9,9) больных. Спайки средней степени выраженности наблюдались у 1 (4,5%±4,4) пациентки в возрасте 35-39 лет (таблица 3.1.20).

Спайки тяжелой степени выраженности наблюдались только у 1 (4,5%±4,4) пациентки. В нашем исследовании в более старшей возрастной группе (40 лет и более) не встречались пациентки с внематочной беременностью.

У женщин с диагнозом "внематочная беременность" с наличием кесаревого сечения в анамнезе в основном наблюдался СП легкой и умеренной 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, чему можно дать объяснение, исходя из возрастных репаративных особенностей женского организма и биологических свойств соединительной ткани лиц молодого возраста (таблица 3.1.20).

Таблица 3.1.20

Возрастная характеристика в группах обследуемых с трубной беременностью

Состояние	Возрастные группы, n=22								Всего		Средний Возраст
	20-29 лет		30-34 лет		35-39 лет		40 лет и Более				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Легкая	6	$27,3 \pm 9,5$	3	$13,6 \pm 7,3$	4	$18,2 \pm 8,2$	-	-	13	$59,1 \pm 10,5$	$30,7 \pm 1,18$ (24 – 37)
Средняя	7	$31,8 \pm 9,9$	-	-	1	$4,5 \pm 4,4$	-	-	8	$36,4 \pm 10,3$	$28,0 \pm 1,56$ (24 – 38)
Тяжелая	1	$4,5 \pm 4,4$	-	-	-	-	-	-	1	$4,5 \pm 4,4$	24
Всего	14	$63,6 \pm 10,3$	3	$13,6 \pm 7,3$	5	$22,7 \pm 8,9$	-	-	22	100,0	$29,4 \pm 0,95$ (24 – 38)

В данной группе у пациенток с внематочной беременностью (22 больных) в целом были обнаружены 48 спаек.

Обнаруженные сращения в большинстве случаев имели множественный характер ($59,1\% \pm 10,48$), одиночные спайки встречались у 9 ($40,9 \pm 10,48$) женщин.

Спайки преимущественно локализовались в нижней центральной (передиматочной) области малого таза $33,3\% \pm 6,80$. $16,7\% \pm 5,38$ спаек располагались в левой нижней, $16,7\% \pm 5,38$ в правой нижней области малого таза. $22,9\% \pm 6,07$

спаек имели центральное расположение, $4,2\% \pm 2,88$ в правой и $4,2\% \pm 2,88$ в левой боковой области.

Меньше всего спайки располагались в правой верхней области - $2,1\% \pm 2,06$. В $87,5\% \pm 4,77$ случаев спайки имели достаточно плотный характер, и требовали острого рассечения. В $4,2\% \pm 2,88$ случаев обнаружались очень прочные васкуляризированные спайки, которые требовали диссекцию острым методом а также влекли за собой риск повреждения (таблица 3.1.21).

Таблица 3.1.21

Локализация спаек во время трубной беременности по индексу перитонеальных спаек спаек после кесарева сечения

Показатель	абс.	%
Кол-во больных со спайками	22	100
Кол-во спаек: в среднем мин – макс количество		48 $2,18 \pm 0,24$ 1 – 4
Больные с одиночными спайками	9	$40,9 \pm 10,48$
Больные с двумя и более спайками	13	$59,1 \pm 10,48$
Область спайки:		
A – Правый верхний	1	$2,1 \pm 2,06$
D - Левый бок	2	$4,2 \pm 2,88$
E - Левый нижний	8	$16,7 \pm 5,38$
F - Таз	16	$33,3 \pm 6,80$
G - Правый нижний	8	$16,7 \pm 5,38$
H – Правый бок	2	$4,2 \pm 2,88$
I - Центральное	11	$22,9 \pm 6,07$
Оценка степени спаек:		
1 - тонкие спайки, тупая диссекция	4	$8,3 \pm 3,99$
2 – сильные спайки, диссекция острым методом	42	$87,5 \pm 4,77$
3 - очень прочные васкуляризированные спайки диссекция острым методом, повреждение вряд ли можно предотвратить	2	$4,2 \pm 2,88$

По классификации Т.Туланди чаще всего в СП вовлекались матка, мочевого пузырь и сальник. $33,3\% \pm 6,80$ спаек располагались между маткой и мочевым пузырем, $31,3\% \pm 6,69$ между сальником и брюшной фасцией. $12,5\% \pm 4,77$ спаек располагались между маткой и брюшной фасцией. Между маткой и сальником встречались $8,3\% \pm 3,99$ спаек. Также нередко спайки имелись и в других струк-

турах органов малого таза $14,6 \pm 5,09\%$.

Большинство спаек были плотными по консистенции $91,7\% \pm 3,99$.

У трети больных отмечались сращения сальника с передней брюшной стенкой. Протяженность сращений у большинства больных была в пределах 3-6 см, спайки протяженностью > 6 см встречались относительно редко $4,2\% \pm 2,88$. Отдельно следует отметить, что приблизительно у 15% пациенток в результате образовавшихся спаек наблюдалось нарушение анатомии маточных труб, которые могли бы быть причиной нарушения пассажа по ним (таблица 3.1.22).

Таблица 3.1.22

Локализация спаек во время трубной беременности по классификации интра-абдоминальных спаек после кесарева сечения по Т.Туланди

Показатель	абс.	%
Кол-во больных со спайками	22	100
Кол-во спаек: в среднем мин – макс количество	48 $2,18 \pm 0,27$ 1 - 5	
Больные с одиночными спайками	9	$40,9 \pm 10,48$
Больные с двумя и более спайками	13	$59,1 \pm 10,48$
Область спайки:		
Между маткой и мочевым пузырем	16	$33,3 \pm 6,80$
Между маткой и брюшной фасцией	6	$12,5 \pm 4,77$
Между маткой и сальником	4	$8,3 \pm 3,99$
Между сальником и брюшной фасцией	15	$31,3 \pm 6,69$
Спайки в других структуре органов малого таза, которые препятствуют рождению	7	$14,6 \pm 5,09$
Консистенция спаек:		
Тонкие	4	$8,3 \pm 3,99$
Плотные	44	$91,7 \pm 3,99$
Оценка степени спаек:		
< 3 см	4	$8,3 \pm 3,99$
3-6 см	42	$87,5 \pm 4,77$
> 6 см	2	$4,2 \pm 2,88$

Поскольку чаще всего СП после КС встречается у женщин, оперированных по поводу внематочной беременности и гистерэктомии, перед нами была поставлена задача сравнить эти две группы пациенток по таким параметрам, как: возраст, ИМТ, выраженность и локализации спаечного процесса, и т.д.

У обследуемых нами женщин с гистерэктомией с наличием кесаревого се-

чения в анамнезе в основном наблюдался СП умеренной и сильной выраженности, $40,0 \pm 15,5\%$ и $60,0 \pm 15,5\%$, соответственно. Как видно из таблицы 3.23, тяжелые спайки встречались чаще спаек средней степени выраженности. Все пациентки были в возрастной группе 40 лет и более. Средний возраст у пациенток с умеренной и сильной выраженностью спаечного процесса был приблизительно одинаковым (таблица 3.1.23).

Таблица 3.1.23

Возрастная характеристика в группах обследуемых с гистерэктомией

Состояние	Возрастные группы, n=10								Всего		Средний возраст
	20-29 лет		30-34 лет		35-39 лет		40 лет и более				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Легкая	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Средняя	-	-	-	-	-	-	4	$40,0 \pm 15,5$	4	$40,0 \pm 15,5$	$50,8 \pm 1,75$ (47 – 55)
Тяжелая	-	-	-	-	-	-	6	$60,0 \pm 15,5$	6	$60,0 \pm 15,5$	$50,2 \pm 1,70$ (46 – 57)
Всего	-	-	-	-	-	-	10	100	10	100	$50,4 \pm 1,18$ (46 – 57)

В группе пациенток с диагнозом трубная беременность, после первого КС чаще встречались сращения легкой степени, в то время как после повторной КС сращения легкой и умеренной степени встречались в одинаковом количестве. В группе пациенток с гистерэктомией после первого КС сращения умеренной и сильной степени выраженности встречались в одинаковом количестве (40,0%), в свою очередь после повторной КС наблюдались сильно выраженные спайки (20,0%) (таблица 3.1.24).

В нашем исследовании нами было выявлено, что в группе пациенток с диагнозом гистерэктомия выраженность спаечного процесса увеличивается с увеличением индекса массы тела, однако данная закономерность не наблюдается в группе “Трубная беременность” (таблица 3.1.25).

Таблица 3.1.24

**Характеристика обследованных по выполненным операциям
кесарева сечения**

	Операция	Состояние спайки						Всего	
		Легкая		Средняя		Тяжелая			
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Трубная беремен- ность, n=22	После первого КС	10	45,4	5	22,7	1	4,5	16	72,7
	После повтор- ного КС	3	13,6	3	13,6	-	-	6	27,3
Гистерэктомия, n=10	После первого КС	-	-	4	40,0	4	40,0	8	80,0
	После повтор- ного КС	-	-	-	-	2	20,0	2	20,0

Таблица 3.1.25

Показатель индекса массы тела (кг/м²)

Операция	Легкая	Средняя	Тяжелая	В среднем
Трубная беремен- ность, n=22	22,8±0,54 (19 – 25)	25,0±0,46 (23 – 27)	21,0	23,5±0,44 (19 – 27)
Гистерэктомия, n=10	-	25,8±0,48 (25 – 27)	27,8±0,87 (25 – 30)	27,0±0,63 (25 – 30)
P	-	> 0,05	-	< 0,001

Прим.: p - статистическая значимость относительно гистерэктомии

В группе “Гистерэктомия” все обнаруженные сращения имели множественный характер (100%). В данной группе у пациенток с гистерэктомия (10 больных) в целом были обнаружены 30 спаек.

Спайки преимущественно локализовались в нижней центральной (передиматочной) области малого таза 33,3%±8,61. 23,3%±7,72 спаек располагались в левой нижней.

13,3%±6,21 спаек имели центральное расположение, 13,3±6,21 в правой верхней области а также 13,3±6,21 в правой нижней области. Меньше всего спайки располагались в правой боковой области 3,3±3,28.

В 76,7%±7,72 случаев спайки имели достаточно плотный характер, и тре-

бовали острого рассечения. В $13,3 \pm 6,21$ случаев обнаружались очень прочные васкуляризированные спайки, которые требовали диссекцию острым методом а также влекли за собой риск повреждения (таблица 3.1.26).

Таблица 3.1.26

Локализации спаечного процесса и его выраженность

Показатель	Вид операции			
	Трубная беременность, n=22		Гистерэктомия, n=10	
	абс.	%	абс.	%
Кол-во спаек в среднем (мин – макс)	48 $2,18 \pm 0,24$ 1 – 4		30 $3,0 \pm 0,30$ (2 – 4) *	
Больные с одиночными спайками	9	$40,9 \pm 10,48$	-	-
Больные с двумя и более спайками	13	$59,1 \pm 10,48$	10	100
Область спайки:				
A – Правый верхний	1	$2,1 \pm 2,06$	4	$13,3 \pm 6,21$
D - Левый бок	2	$4,2 \pm 2,88$	-	-
E - Левый нижний	8	$16,7 \pm 5,38$	7	$23,3 \pm 7,72$
F - Таз	16	$33,3 \pm 6,80$	10	$33,3 \pm 8,61$
G - Правый нижний	8	$16,7 \pm 5,38$	4	$13,3 \pm 6,2$
H – Правый бок	2	$4,2 \pm 2,88$	1	$3,3 \pm 3,28$
I - Центральное	11	$22,9 \pm 6,07$	4	$13,3 \pm 6,21$
Оценка степени спаек:				
1 - тонкие спайки, тупая диссекция	4	$8,3 \pm 3,99$	3	$10,0 \pm 5,48$
2 – сильные спайки, диссекция острым методом	42	$87,5 \pm 4,77$	23	$76,7 \pm 7,72$
3 - очень прочные васкуляризированные спайки диссекция острым методом, повреждение вряд ли можно предотвратить	2	$4,2 \pm 2,88$	4	$13,3 \pm 6,21$

Прим.: * - $p < 0,01$, статистическая значимость относительно гистерэктомии

Таким образом, проведенное нами исследование обнаружило две группы женщин, у которых КС в анамнезе встречается гораздо чаще: а) оперированные по поводу внематочной беременности и б) гистерэктомии. Сравнение этих двух групп показывает, что в первой подгруппе СП носит умеренный и легкий характер, тогда как во второй подгруппе преобладают более выраженные изменения.

Таблица 3.1.27

Локализации спаечного процесса и его выраженность

Локализация и его выраженность	Состояние спайки						Всего, n=44	
	Легкая, n=17		Средняя, n=17		Тяжелая, n=10			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нижний отдел живота :	16	94,1	17	100	10	100	43	97,7
Трубы:	5	29,4	10	58,8	6	60,0	21	47,7
- слабая	4	23,5	3	17,6	1	10,0	8	18,2
- средняя	1	5,9	1	5,9	1	10,0	3	6,8
- выраженный	-	-	6	35,3	4	40,0	10	22,7
Передняя область матки:	15	88,2	16	94,1	10	100,0	41	93,2
- слабая	7	41,2	2	11,8	1	10,0	10	22,7
- средняя	8	47,1	11	64,7*	1	10,0*	20	45,5
- выраженный	-	-*	3	17,6*	8	80,0	11	25,0
Задняя область матки:	-	-	1	5,9	-	-	1	2,3
- слабая	-	-	-	-	-	-	-	-
- средняя	-	-	1	5,9	-	-	1	2,3
- выраженный	-	-	-	-	-	-	-	-
Параметрии:	-	-*	5	29,4	4	40,0	9	20,5
- слабая	-	-	-	-	-	-	-	-
- средняя	-	-	4	23,5	3	30,0	7	15,9
- выраженный	-	-	1	5,9	1	10,0	2	4,5
Средний отдел живота :	8	47,1	9	52,9	5	50,0	22	50,0
- слабая	-	-	-	-	1	10,0	1	2,3
- средняя	8	47,1	7	41,2	4	40,0	19	43,2
- выраженный	-	-	2	11,8	-	-	2	4,5

Прим.: * - $p < 0,05$, статистическая значимость относительно тяжелого состояния

Таблица 3.1.28

Локализации спаечного процесса и его выраженность

Локализация и его выраженность	Вид операции			
	Трубная беременность, n=22		Гистерэктомия, n=10	
	абс.	%	абс.	%
Нижний отдел живота:	21	95,5±4,4	10	100
Трубы:	10	45,5±10,6	3	30,0±14,5
- слабая	4	18,2±8,2	1	10,0±9,5
- средняя	1	4,5±4,4	1	10,0±9,5
- выраженный	5	22,7±8,9	1	10,0±9,5
Передняя область матки:	21	95,5±4,4	10	100
- слабая	7	31,8±9,9	1	10,0±9,5
- средняя	13	59,1±10,5	4	40,0±15,5
- выраженный	1	4,5±4,4 *	5	50,0±15,8
Задняя область матки:	-	-	-	-
- слабая	-	-	-	-
- средняя	-	-	-	-
- выраженный	-	-	-	-
Параметрии:	-	- *	6	60,0±15,5
- слабая	-	-	-	-
- средняя	-	-	4	40,0±15,5
- выраженный	-	-	2	20,0±12,7
Средний отдел живота :	12	54,5±10,6	7	70,0±14,5
- слабая	-	-	1	10,0±9,5
- средняя	10	45,5±10,6	6	60,0±15,5
- выраженный	2	9,1±6,1	-	-

Прим.: * - $p < 0,01$, статистическая значимость относительно гистерэктомии

Клинический случай № 1.

Пациентка М.Г.3, 1986 года рождения поступила в отделение акушерства и гинекологии в Клинический Медицинский центр г.Баку с диагнозом 38 недель беременности, головное предлежание, рубец на матке. Данная беременность 3-я по счету, в анамнезе имеются две операции КС а также отягащенный акушерский анамнез (мертвый плод). Рост пациентки – 148 см., вес 65 кг. D.Sp 25, D.Cr 28, D.Tr 30, C.ext 19.

Учитывая наличие рубца на матке, а также отягащенный акушерский анамнез было принято решение провести повторное КС. Операция была проведена под эпидуральной анестезией, при вхождении в полость малого таза был

обнаружен выраженный СП, между маткой и мочевым пузырем были плотные спайки протяжностью 6см, также имелись плотные спайки между маткой, сальником и брюшной фасцией, нижний сегмент матки был плотно припаен с мочевым пузырем и сальником, в связи с техничскими сложностями провести разрез на нижнем сегменте матки было затруднительным, так как, поперечный разрез в нижнем сегменте матки влек за собой риск повреждения соседних органов, учитывая вышесказанное мы произвели продольный разрез на матке, был извлечен жизнеспособный плод, пол мужской, вес 3400, рост 52, оценка новорожденного по шкале апгар – 8-8. Время прошедшее от проведение разреза на коже до извлечение плода составило 11 минут. Последующим этапом было отделения спаек и отсепаровка мочевого пузыря. Общая длительность операции составила 87 минут, кровопотеря 500мл.

Далее все зарегистрированные спайки были классифицированы по 3-м классификациям:

1. Классификация Туланди – А4, Е4, В2
2. Классификация РАІ – F2
3. Общепринятая классификация – 2

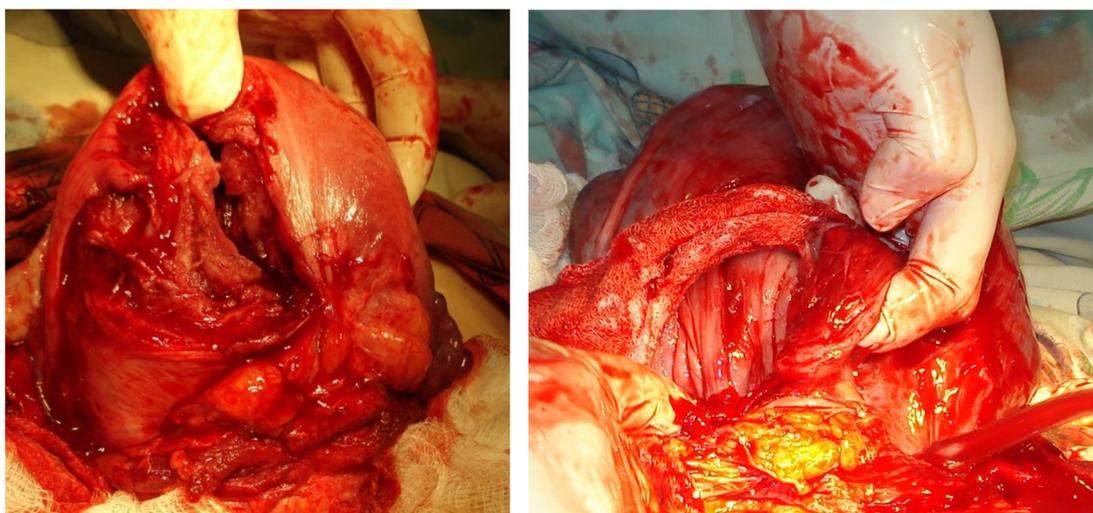


Рис. 3.1.1.

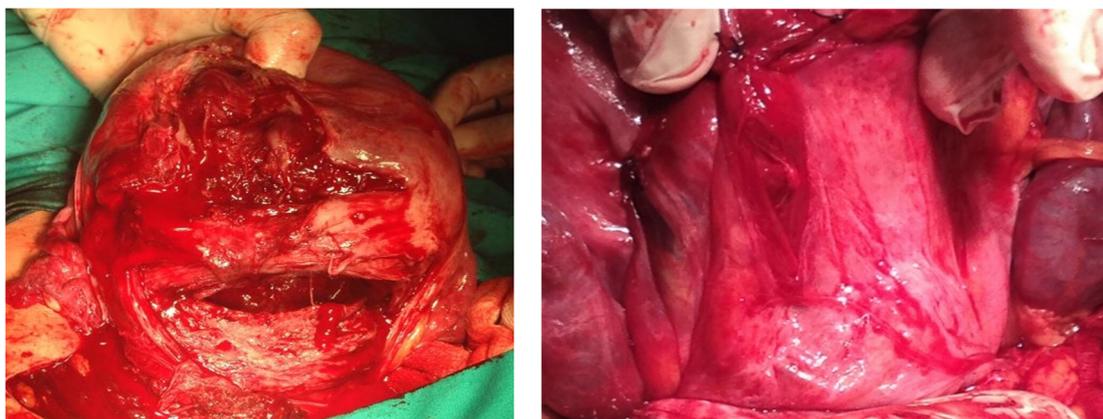


Рис. 3.1.2.

Клинический случай № 2.

Пациентка О.С.С, 1977 года рождения поступила в отделение акушерства и гинекологии в Клинический Медицинский центр г.Баку с диагнозом левосторонняя трубная беременность. Жалобы на боли внизу живота, общую слабость, недомогание, кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза: беременностей - три, все закончились операцией кесарева сечения. Уровень β -ХГЧ – 15333 МЕ/л. УЗИ органов малого таза: Внематочная беременность слева

Пациентка взята на операцию с диагнозом внематочная беременность. Под эндотрахеальным наркозом, в асептических условиях был произведен разрез в точке Пальмера далее с помощью игла Вереша был создан пневмоперитонеум, хотя как известно для введения игла Вереша наилучшим местом является область пупка, мы учитывая наличие в анамнезе 3-х операций КС и во избежание возможного повреждения органов и структур брюшной полости приняли решение ввести иглу Вереша в точке Пальмера, далее были введены троакары и камера.

Ревизия: в брюшной полости и малом тазу выраженный СП между маткой, мочевым пузырем и брюшной фасцией, а также между сальником и брюшной фасцией и т.д.. Большой сальник на большой протяжности припаен к передней брюшной стенке и к придаткам матки, матка в положение антефлексию, на передней стенке в области плики везикоутерины имеются спайки, левая маточная

труба расширена в дистальной части. Спайки были коагулированы с помощью биполяра и отделены, проведена операция сальпингоэктомия слева и адгезиолизис. Общая длительность операции составила 60 минут, кровопотеря 100мл.

Далее все зарегистрированные спайки были классифицированы по 3-м классификациям:

4. Классификация Туланди – А4, В8, D8, E8,
5. Классификация PAI – F2, G2, I2, E2
6. Общепринятая классификация - 2

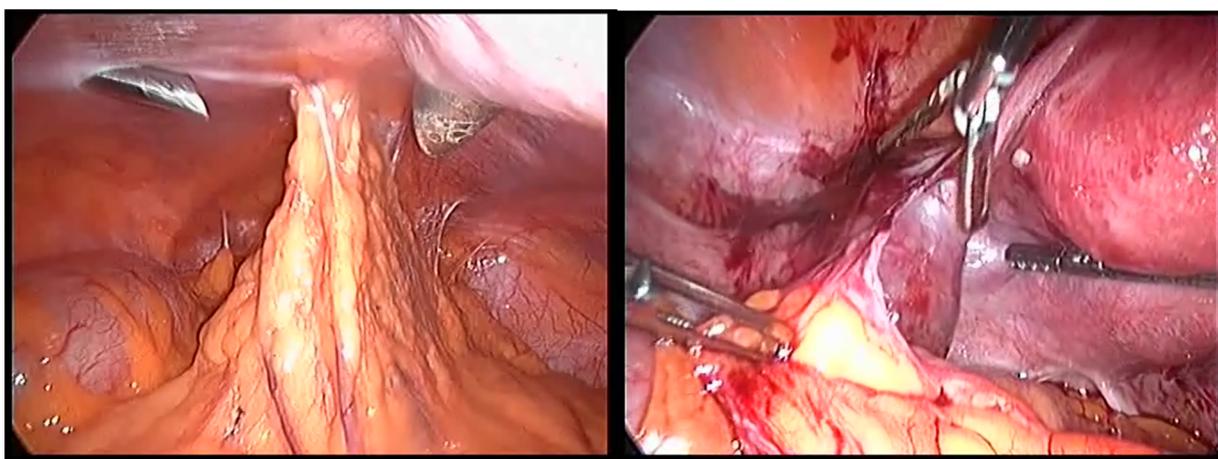


Рис. 3.1.3.

Клинический случай № 3

Больная Г.Н.Р., 49 лет, поступила в гинекологическое отделение в акушерства и гинекологии в Клинический Медицинский центр г.Баку с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. В анамнезе 12 беременностей, 2 родов, первые через естественные родовые пути, вторые путем операции КС (в 1992 гг.). Из анамнеза известно: считает себя больной около 4-5 месяцев, за последний месяц всвязи с увеличением кровянистых выделений, пациентки был проведен кюретаж полости матки, результат патогистологического исследования: очаговая аденоматозная гиперплазия эндометрия.

Во время лапароскопии обнаружено: в брюшной полости — выраженный рубцово-СП, большой сальник в плотных сращениях с пупочной областью и брюшиной фасцией, передняя область матки плотно припаена с мочевым пузы-

рем и брюшной фасцией, также наблюдаются плотные спайки в области придатков. Матка увеличена в размерах окружена спайками, имеется узел размером 4,0x4,0 см. Тупым и острым методом спайки были отделены, круглые связки матки были коагулированы и отделены с обеих сторон, тупым и острым методом пузырно-маточная складка была отделена, отсепаровка была затруднена всвязи с рубцово-спаечным процессом. Lig.proprium ovari+tuba uterina с обеих сторон были освобождены от спаек, коагулированы и отделены с обеих сторон. А. и V. Uterina были коагулированы и отделены с обеих сторон. Далее с помощью монополярра матка была отделена на уровне внутреннего зева. Придатки также были коагулированы и отделены с обеих сторон.

Длительность операции составила 160 минут.

Далее все зарегистрированные спайки были классифицированы по 3-м классификациям:

1. Классификация Туланди – А8, В8, D8
2. Классификация PAI – F3, E3
3. Общепринятая классификация – 4

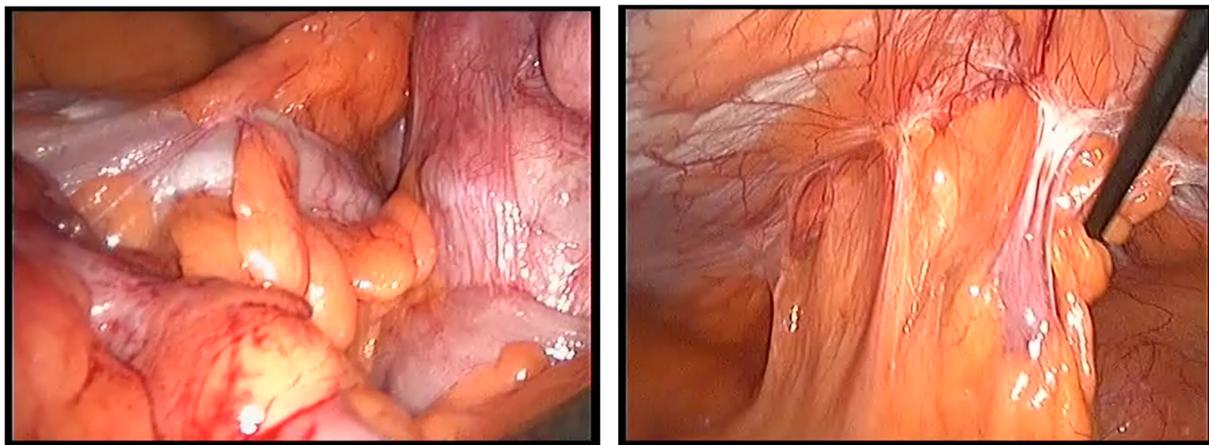


Рис. 3.1.4.

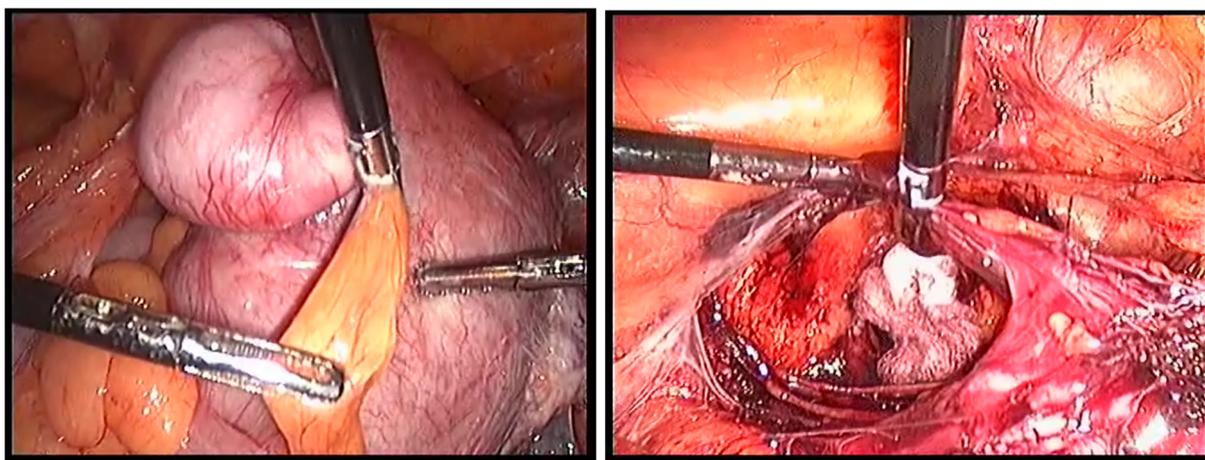


Рис. 3.1.5.

3.3. Качество жизни пациенток после операции Кесарева сечения

Современная медицина ознаменована новым подходом к оценке результатов лечения различных патологий, которое основывается на доказанном воздействии болезни на психологические и эмоциональные аспекты жизни больного. В связи с этим в практику внедрен новый критерий эффективности лечения – оценка связанного со здоровьем качества жизни, благодаря которому становится возможным определение эффективности проводимых терапевтических и оперативных мероприятий при равноценности эффектов, т.к. улучшение показателей качества жизни служит оптимальным критерием в вопросе выбора тактики лечения. На основе полученных после лечения показателей КЖ возможно проведение мониторинга физического и психического состояния здоровья больного в близком и отдаленном периодах.

Итак, перед нами была поставлена цель изучить и сравнить КЖ у женщин после естественных родов и после КС.

С целью изучения качества жизни пациенток после естественных и оперативных родов, а также для субъективной оценки пациентками отдаленных результатов их лечения нами был проведен анализ архивного материала, а также анкетирование 100 пациенток, 50 из них составили женщины перенесшие операцию КС, другую половину женщины после естественных родов. Все паци-

ентки были родоразрешены в 2015 г, на клинической базе Азербайджанского медицинского университета в отделении акушерства в 1-й Городской клинической больнице города Баку.

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. Опросник SF-36 был разработан в институте здоровья США, автор John E. Ware (Thea Health Institute, New England Medical Center, Boston, Massachusetts).

Таким образом, опрос пациенток был проведен при помощи анкеты SF-36 предназначенной для изучения качества жизни пациентов в различных областях медицины. Выбор данного инструмента исследования КЖ основан на том, что широко распространенным методом – “инструментом” оценки КЖ в различных областях медицины является именно опросник, это и указало нам на необходимость применения данного “инструмента” - анкеты.

По скольку опросник SF-36, заполнялся пациентками собственноручно перед нами была поставлена цель сделать его доступным на азербайджанском языке, с этой целью мы перевели на Азербайджанский язык Русскую версию опросника SF-36 создали российские исследователи Межнационального Центра исследования качества жизни (Санкт-Петербург, 1998 г).

Первое анкетирование проводилось при первом поступлении пациенток в отделение акушерства 1-й Городской Клинической Больницы города Баку, непосредственно до родоразрешения, далее мы повторно приглашали данных пациенток через 6 месяцев и через год для более тщательного сравнения полученных результатов. SF-36 является принятым ВОЗ опросником, состоит из 36 вопросов и позволяет оценить следующие параметры КЖ: физическую активность (ФА), роль физических нагрузок в ограничении жизнедеятельности (РФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ), психическое здоровье (ПЗ), жизнеспособность (ЖС), социальную активность (СА), влияние эмоционального стресса на параметры жизнедеятельность (РЭ).

Физическая активность (ФА) характеризуется объемом ежедневных физи-

ческих нагрузок, причем респондент ассоциирует высокие показатели ФА с возможно большим объемом выполнения.

Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ) характеризуется степенью ограниченности ежедневной деятельности в связи с проблемами со здоровьем. В отличие от физической активности, являющегося прямым критерием, у данного показателя прослеживается обратная взаимосвязь – высокие показатели говорят о более незначительных проблемах со здоровьем.

Боль (Б) – характеризуется объемом ощущений боли, испытанных респондентом в течение последних 4-х недель. Отражает обратную зависимость – высокие показатели свидетельствуют о меньшем объеме болевых ощущений.

Общее здоровье (ОЗ), являясь прямым критерием, отражает состояние общего здоровья респондента на текущий момент.

Жизнеспособность (ЖС) характеризует состояние жизненного тонуса в течение последних 4-х недель. Является прямым критерием – высокие показатели говорят о бодрости и жизненной наполненности анкетированного.

Социальная активность (СА) характеризуется объемом социальных контактов и отражает активность в общении в течение последних 4-х недель (прямой критерий).

Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ), являясь обратным критерием, отражает насколько ограничена жизнь респондента в связи с эмоциональным стрессом.

Психическое здоровье (ПЗ) характеризует ментальную сферу респондента.

Благодаря опроснику SF-36 возможно становится возможным количественная оценка качества жизни по вышеуказанным разделам шкалы. Следует учесть, что количественными показателями КЖ могут сильно варьировать (0-100 баллов). Наиболее высокий балл по выбранной шкале соответствует наилучшему состоянию здоровья.

Итак, представляем результаты анкетирования пациентов после естественных родов при помощи азербайджанской переводной версии опросника (см. приложение). В первую группу вошли женщины с естественными родами, об-

щее количество обследованных составило 50 женщин.

При анализе физического компонента, как видно из таблицы 3.29, баллы по шкале «Физическое функционирование (Physical Functioning - PF) до родов оценивалась в $35,5 \pm 1,76$, через 6 месяцев после родов этот показатель возрос до $90,4 \pm 1,28$, через год – до $98,4 \pm 0,52$.

Баллы по шкале «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning - RP) до родов оценивалась в $7,0 \pm 2,26$, через 6 месяцев после родов этот показатель возрос до $100,0$, через год – до $100,0$ (таблица 3.29).

Баллы по шкале «Интенсивность боли (Bodily pain - BP) до родов оценивалась в $79,7 \pm 1,77$, через 6 месяцев после родов этот показатель возрос до $99,8 \pm 0,20$, через год – до $100,0$.

Баллы по шкале «Общее состояние здоровья (General Health - GH) до родов оценивались в $72,4 \pm 1,14$, через 6 месяцев после родов этот показатель возрос до $88,9 \pm 0,87$, через год – до $92,5 \pm 0,99$.

Далее рассмотрим психологический компонент здоровья, итак баллы по шкале «Жизненная активность (Vitality – VT) до родов оценивались в $41,9 \pm 1,14$, через 6 месяцев после родов этот показатель возрос до $43,9 \pm 1,03$, через год – до $45,5 \pm 0,84$.

Баллы по шкале «Социальное функционирование (Social Functioning – SF) до родов оценивались в $87,3 \pm 2,04$, через 6 месяцев после родов этот показатель возрос до $99,0 \pm 0,48$, через год – до $99,3 \pm 0,42$.

Баллы по шкале «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional - RE) до родов оценивались в $4,7 \pm 2,70$, через 6 месяцев после родов этот показатель возрос до $100,0$, через год – до $100,0$.

Баллы по шкале «Психическое здоровье (Mental Health - MH) до родов оценивались в $54,2 \pm 0,98$, через 6 месяцев после родов этот показатель возрос до $68,8 \pm 1,32$, через год – до $72,4 \pm 1,17$.

Как видно из таблицы, после естественных родов, показатели как физического, так и психологического компонента улучшаются спустя 6 месяцев и

год (таблица 3.3.1).

Таблица 3.3.1

**Показатели качества жизни по данным опроса теста SF-36
до и после родов в разные сроки лечения
(группа естественные роды) (n=50)**

Сроки лечения	Физический компонент здоровья, PH				Психологический компонент здоровья, MH			
	Физ. функ. PF	Ролевое функ. RP	Интенсивность боли BP	Общее здоровье GH	Жизненная активность VT	Соц. функ. SF	Ролевое функ. RE	Псих. здор. MH
До лечения	35,5±1,76	7,0±2,26	79,7±1,77	72,4±1,14	41,9±1,14	87,3±2,04	4,7±2,70	54,2±0,98
Через 6 мес.	90,4±1,28	100,0	99,8±0,20	88,9±0,87	43,9±1,03	99,0±0,48	100,0	68,8±1,32
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	> 0,05	<0,001	<0,001	<0,001
Через 12 мес.	98,4±0,52	100,0	100,0	92,5±0,99	45,5±0,84	99,3±0,42	100,0	72,4±1,17
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,05	<0,001	<0,001	<0,001

Прим.: p – статистическая значимость относительно до лечения

Во вторую группу вошли женщины с оперативным PP (КС), общее количество обследованных составило 50 женщин. При анализе физического компонента, как видно из таблицы средние баллы по шкале «Физическое функционирование (Physical Functioning - PF) до родов оценивались в 26,3±1,39, через 6 месяцев после родов этот показатель возрос до 62,3±2,37, через год – до 91,8±1,06. Средние баллы по шкале «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning - RP) до родов составляло 0,0, через 6 месяцев после родов этот показатель возрос до 100,0, через год – до 99,0±1,00 (таблица 3.3.2)

Средние баллы по шкале «Интенсивность боли (Bodily pain - BP) до родов оценивались в 57,9±2,27, через 6 месяцев после родов этот показатель возрос до 94,2±0,71, через год – до 99,8±0,20,.

Средние баллы по шкале «Общее состояние здоровья (General Health - GH) до родов оценивались в 61,3±1,13, через 6 месяцев после родов этот пока-

затель возрос до 82,3±1,27, через год – до 86,0±0,70 (таблица 3.3.2).

Таблица 3.3.2

**Показатели КЖ по данным опроса теста SF-36 до и после операции
в разные сроки лечения (группа после КС) (n=50)**

Сроки лечения	Физический компонент здоровья, РН				Психологический компонент здоровья, МН			
	Физ. функ. PF	Ролевое функ. RP	Интенсивность боли ВР	Общее здоровье GH	Жизненная активность VT	Соц. функ. SF	Ролевое функ. RE	Псих. здор. МН
До лечения	26,3±1,3 9	0,0	57,9±2,2 7	61,3±1,1 3	38,4± 0,84	64,5±0,9 7	1,33±1,3 3	50,8±0,8 8
P ₁	<0,001	<0,05	<0,001	<0,001	> 0,05	<0,001	> 0,05	<0,05
Через 6 мес.	62,3±2,3 7	100,0	94,2±0,7 1	82,3±1,2 7	60,1± 1,64	97,8±0,6 9	78,0±5,9 2	67,0±0,6 8
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
P ₁	<0,001	> 0,05	<0,001	<0,001	<0,001	> 0,05	<0,001	> 0,05
Через 12 мес.	91,8±1,0 6	99,0±1,0 0	99,8±0,2 0	86,0±0,7 0	60,5± 1,79	100,0	100,0	73,0±1,6 1
P	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
P ₁	<0,001	> 0,05	> 0,05	<0,001	<0,001	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Примечание: P – статистическая значимость относительно до лечения;

P₁ – статистическая значимость относительно группы с естественными родами.

Далее рассмотрим психологический компонент здоровья, итак средние баллы по шкале «Жизненная активность (Vitality – VT) до родов оценивались в 38,4±0,84, через 6 месяцев после родов этот показатель возрос до 60,1±1,64, через год – до 60,5±1,79 (таблица 3.3.1, график 3.3.1).

Средние баллы по шкале «Социальное функционирование (Social Functioning – SF) до родов оценивались в 64,5±0,97, через 6 месяцев после родов этот показатель возрос до 97,8±0,69, через год – до 100 (таблица 3.30).

Средние баллы по шкале «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional - RE) до родов оценивались в 1,33±1,33, через 6 месяцев после родов этот показатель возрос до 78,0±5,92, через год – до 100,0.

Средние Баллы по шкале «Психическое здоровье (Mental Health - МН) до

родов оценивались в $50,8 \pm 0,88$, через 6 месяцев после родов этот показатель возрос до $67,0 \pm 0,68$, через год – до $73,0 \pm 1,61$.

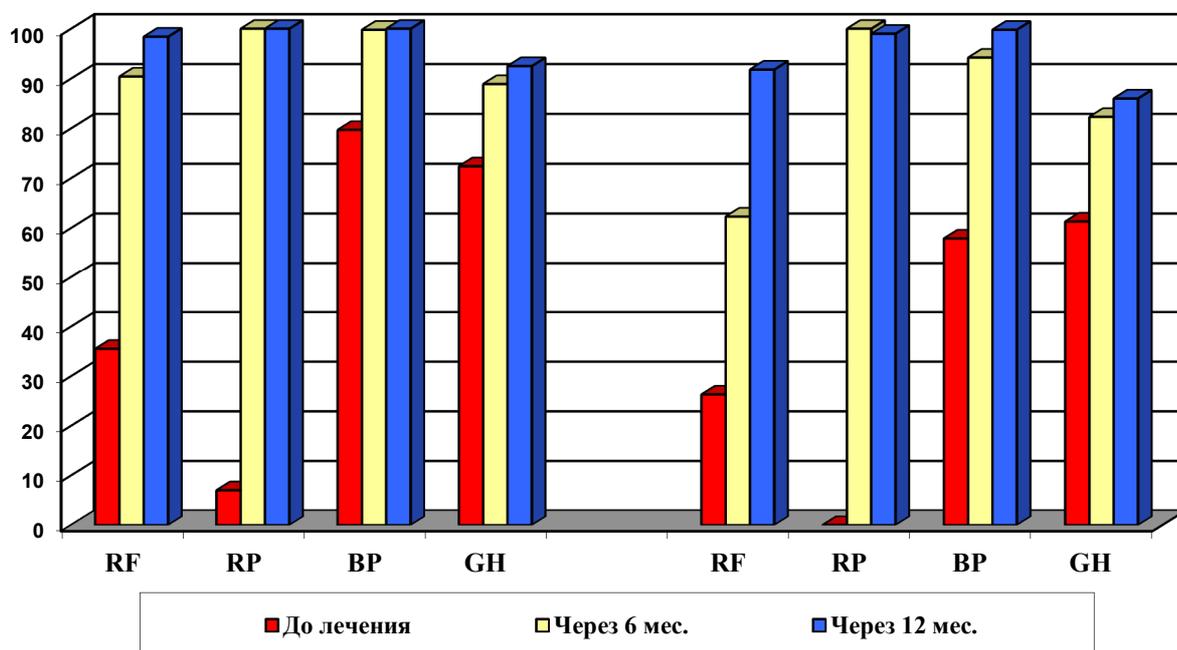


График 3.3.1. Показатели КЖ по данным опроса теста SF-36 до и после операции в разные сроки лечения (физический компонент здоровья).

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 КС) составил $62,3 \pm 2,37$ балла, это снижение было статистически значимым по сравнению с 1 группой где этот показатель составил $90,4 \pm 1,28$ ($p < 0,001$ между 2 и 1 группами). Через 12 месяцев баллы во 2-й группе возрасли до $91,8 \pm 1,06$, в 1-й группе в свою очередь до $98,4 \pm 0,52$ соответственно, но как видно из таблицы баллы во 2-й группе были значительно ниже даже спустя год. ($p < 0,001$ между 2 и 1 группами).

В группах 1 и 2 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 $99,0 \pm 1,00$ во 2-й группе и 100,0 в 1-й группе соответственно, где $p >$

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 $79,7 \pm 1,77$ соответственно ($p < 0,001$ между 2 и 1 группами). Через 6 месяцев после родоразрешения во 2-й группе - $94,2 \pm 0,71$, и $99,8 \pm 0,20$ в 1-й группе соответственно где $p < 0,001$. Спустя год показатели были практически одинаковыми и составили $99,8 \pm 0,20$ во 2-й группе и $100,0$ в 1-й группе соответственно, где $p > 0,05$.

Субъективную оценку общего состояния здоровья пациентом отражает показатель шкалы «Общее здоровье», который также статистически значимо отличался во 2-й группе спустя 6 месяцев ($82,3 \pm 1,27$) от 1 группы где оставил $88,9 \pm 0,87$ соответственно ($p < 0,001$ между 2 и 1 группами). Спустя 12 месяцев во 2-й группе - $86,0 \pm 0,70$, и $92,5 \pm 0,99$ в 1-й группе соответственно, где $p < 0,001$.

Показатель шкалы «Жизнеспособность», показывающей субъективную оценку настроения, энергичности, жизненных сил пациенток спустя 6 месяцев во 2-й группе был $60,1 \pm 1,64$ и $43,9 \pm 1,03$ в 1-й группе соответственно ($p < 0,001$). Спустя год данный показатель во 2-й группе изменился незначительно $60,5 \pm 1,79$, изменения в 1-й группе были немного выражены и составили $45,5 \pm 0,84$, где $p < 0,001$ между 2 и 1 группами.

Эмоциональная и физическая способность общаться с другими людьми в исследуемых группах статистически не различалась, что показано в шкале «Социальная активность». Через 6 месяцев - в 1-й группе - $99,0 \pm 0,48$, во 2-й группе - $97,8 \pm 0,69$ ($p > 0,05$ между группами). Спустя год изменения в 1-й группе были незначительными $99,3 \pm 0,42$, и $100,0$ во 2-й группе ($p > 0,05$).

Эмоциональную способность женщин заниматься профессиональной или домашней работой спустя 6 месяцев различалось значительно между 2-мя группами (шкала «Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности»). Данный показатель был в 1 и 2 группах равен $100,0$ и $78,0 \pm 5,92$ соответственно ($p < 0,001$ между группами).

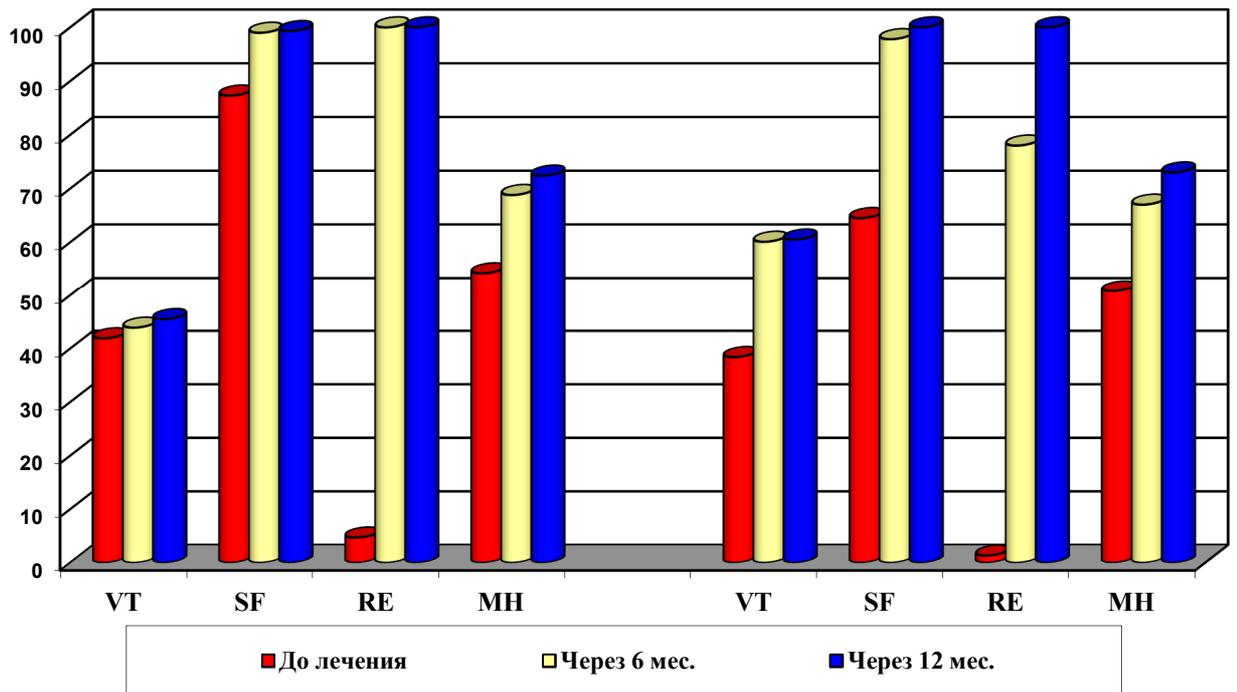


График 3.3.2. Показатели КЖ по данным опроса теста SF-36 до и после операции в разные сроки лечения (психологический компонент здоровья).

Спустя год показатели были одинаковыми и составили 100,0 в обеих группах соответственно.

Последним показателем в опроснике был компонент «Психическое здоровье»: $67,0 \pm 0,68$ баллов во 2-й группе и $68,8 \pm 1,32$ в 1-й группе соответственно спустя 6 месяцев, где $p > 0,05$. Через год $73,0 \pm 1,61$ баллов во 2-й группе и $72,4 \pm 1,17$ в 1-й группе, $p > 0,05$ между 2 и 1 группами (график 3.3.2).

Таким образом, у пациенток 2-группы КЖ было снижено по сравнению с 1 группой, в свою очередь различия были более выраженными через 6 месяцев нежели чем через год, что в свою очередь 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 мы получили данные, свидетельствующие о более высоком качестве жизни у женщин, состоящими в группе естественных родов.

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 точки зрения медицины, так и с социально-экономической.

IV ГЛАВА

ОБСУЖДЕНИЕ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

4.1. Частота встречаемости спаечного процесса после операции кесарева сечения

Во всем мире за последние 30 лет частота выполнения операции кесарева сечения значительно увеличивается. По данным ВОЗ и различных источников литературы, в настоящее время частота кесарева сечения составляет от 15 до 50% [94, 131]. В связи с расширением медицинских показаний со стороны матери и плода, а также увеличение числа беременных юного и позднего возраста частоты выполнения операции кесарева сечения глобально растет [93, 148, 133, 185]. Кроме того, имеются страны, где операцию кесарева сечения законодательно разрешается выполнять без показаний, а лишь по желанию женщины («elective cesarean») [91]. Естественно как и при любом виде хирургического вмешательства, при операции кесарева сечения могут наблюдаться различные интра- и послеоперационные осложнения [93, 185, 144].

Несмотря на то, что КС современным акушерством рассматривается больше как альтернативный способ родоразрешения, чем операции, с точки зрения хирургии оно остается вмешательством со всеми недостатками, к которым относится и СП. Однако, образование послеоперационных сращений в связи с операцией кесарева сечения не так хорошо изучена [120, 134, 209, 211, 229]. 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 [237, 223, 168, 215, 90, 78]. Другие последствия спаечного процесса в брюшной полости включают хронические боли в животе и нарушения пассажа по кишечнику [230].

Согласно опубликованным в научной литературе данным, СП после кеса-

рева сечения встречается с частотой 24-73% [146, 164]. Разброс данных объясняется различной системой подсчета [190]. Отдельные сообщения делают акцент на грубых сращениях между мочевым пузырем и маткой и маткой и брюшной стенкой [65, 234]. О том, что эти сращения могут локализоваться и вне зоны непосредственного хирургического приема косвенно свидетельствуют работы, посвященные влиянию кесарева сечения на фертильность (). Однозначно утверждать подобное нельзя, так как нарушения репродуктивной функции после кесарева сечения могут быть вызваны рядом причин, например состоянием рубца на матке и ее полости [137, 140, 158, 196, 218].

В нашем исследовании частота спаечного процесса, если учитывать только первое КС была ниже опубликованных [115, 134, 209, 221, 229]. Хотя после повторной операции встречаемость сращений увеличивается в разы [230], что совпадает с данными других авторов. В ретроспективной группе сращения встречаются реже. Предположительно это из-за того, что их не так внимательно подсчитывали или же и вовсе о них не упоминали в протоколах операции.

В проспективной группе мы наблюдали у трех пациентов грубые сращения. Трудно выявить причину, по которой эти сращения образуются, поскольку в нашей стране за последние 7-8 лет почти повсеместно используется модифицированная версия кесарева сечения по Джоэль-Кохен или по Мисгав-Ладах. Однако большинством акушеров гинекологов этим двум методам следуют при вхождении в брюшную полость и зашивании раны на матке. В связи с этим, мы относим большинство сращений между маткой и мочевым пузырем, на счет отсепаровки мочевого пузыря с образованием лоскута из маточно-пузырной связки с его последующим подшиванием над относительно низко сделанным лоскутом [209, 211, 229, 134, 120].

4.2. Факторы, риска ведущие к образованию спаек

Этиологические факторы спайкообразования после оперативных вмешательств на органах брюшной полости чрезвычайно многообразны. Они прояв-

ляются в виде механических и физических нарушений целостности серозных покровов, ишемии органов брюшной полости, вызванной нарушением кровотока, попадания инородного тела в данную полость, инфекционного воспаления брюшины.

Как известно, проведение оперативного вмешательства сопровождается всеми вышеуказанными факторами, в связи с чем само оперативное вмешательство стоит во главе причин, вследствие которых и возникает спаечный процесс в брюшной полости. В большинстве случаев (72%) причиной развития внутрибрюшинных спаев является травма брюшины, в других случаях (28%), помимо травматического повреждения, спайки обусловлены имплантацией инородных материалов (шовный материал (19%), тальк (6%), комбинация указанных материалов (3%) [209, 211, 229, 134, 120].

Минаева Е.А. в своей работе описала подробно патогенез, а именно то, как под травмирующим воздействием вышеуказанных факторов возникает ишемия брюшины, которая приводит к снижению местной фибринолитической активности ткани, что и обуславливает последующую воспалительную реакцию. Повреждение брюшины приводит к тканевому ответу, проявляющемуся включением каскадного механизма воспалительного процесса, стремящегося ремембриализировать дефект. Исход процесса воспаления и репарации непосредственно зависит от деятельности системы местной клеточной регуляции [80, 81, 208]. Автором также отмечена и роль тучных клеток брюшины в процессе индукции воспаления. Как известно, в состав тучных клеток входят воспалительные медиаторы (гистамин, серотонин), обуславливающие увеличение проницаемости кровеносных сосудов, вызывая этим приток большего объема крови к брюшине, приводя к усилению воспалительного процесса. Оперативное вмешательство, сопровождающееся увеличением в перитонеальной жидкости концентрации, приводит к их активной миграции в зону воспаления. Макрофагами осуществляется секреция нейтральных протеаз, активатора плазминогена, ангиотензинконвертирующего фермента, которые, регулируя деятельность различных систем организма (иммунная система, фибринолитическая система),

участвуют в регуляции метаболизма, тканевых процессах (резорбция, пролиферация, репарация тканей). Адекватный иммунный ответ организма, как отмечает Е.А.Минаева, возможен при соблюдении необходимого условия в виде преобладания иммунокомпетентных клеток в очаге воспаления, что способствует окончанию острой стадии воспалительного процесса. В том случае, когда недостаточность функциональной активности макрофагов приводит хроническому течению воспаления и неадекватному фиброзу, в очаге репарации возникает продолжительная персистенция фибрина и продуктов дегенерации поврежденной брюшины, что вызывает образование аутоантигенов [180, 191, 42]. В своих публикациях этим автором дано подробное описание патогенеза воспаления – описывается первоначальная стадия альтерации воспаления, которая вне зависимости от этиологического фактора, происходит нижеследующим образом: высвобождаются хемотаксические и вазоактивные вещества, вследствие чего возникает дистрофия и некроз тканей в зоне воспаления, после чего в серозном покрове очага воспаления накапливаются продукты распада, далее отмечается наступление стадии экссудации. Травма брюшной поверхности сопровождается выпотом серозно-геморрагического экссудата, приводящего к коагуляции белковых составляющих и последующим образованием фибрина из фибриногена, что в течение короткого времени (10 мин) способствует образованию фибриновой сети, формирование которой полностью завершается в течение последующих двух часов. В течение следующих 3 часов происходит слипание поврежденной серозной поверхности и окружающих ее тканей друг с другом [88]. Макрофаги и лимфоциты включаются в процесс отграничения травмированной серозной поверхности от свободной области брюшины на конечном этапе пролиферации. Наличие макрофагальных биологически активных веществ способствует размножению фибробластов, стимуляции ангиогенеза. Протекающие с образованием грануляционной ткани репаративные процессы способствуют восстановлению целостности брюшной поверхности. В случае обеспечения необходимых условий для регенеративных процессов брюшины, естественная фибринолитическая активность мезотелия в короткие сроки (24-72 часа) приво-

дит к лизису фибринозных сращений [88, 160]. A.T.Raftery (1973) в проведенном исследовании показал появление признаков завершения регенеративного процесса брюшины на более отдаленных сроках послеоперационного периода (5 сутки), а полное восстановление дефектов брюшины приходится на 13-е сутки [88, 114, 174]. В результате длительного посттравматического воспалительного процесса, сопровождающегося гидролизом фосфолипидного слоя брюшины развивается гипоксия, что еще больше повреждает регенерирующие ткани. При этом он стимулирует выделение фактора роста (TGF-beta), продуктов распада, которые, в свою очередь, ингибируют активность коллагеназы, локальный фибринолиз и рост мезотелиальных клеток, стимулируя таким образом пролиферацию и синтез коллагена фибробластами [88, 174]. Нарушенная регенерация, а также взаимодействие клеток иммунной системы с соединительной тканью и составными элементами микроциркуляторного русла приводит к образованию фибринозных сращений, вследствие чего и развиваются плотные фибринозные спайки [88].

Этиологическая роль травмы и высушивания брюшины во время оперативного вмешательства в процессе образования внутрибрюшинной адгезии несомненна. Анализ доступной литературы продемонстрировал наличие диаметрально противоположных мнений по поводу воздействия различного рода травм серозной поверхности на выраженность и характер изучаемого патологического процесса [201, 190, 181].

Как известно восстановление поврежденных поверхностей брюшины после хирургического вмешательства начинается с экссудации различных биологических веществ, белков плазмы крови, появления клеток ретикулоэндотелиальной системы, участвующих в процессе адгезиогенеза. К таковым клеткам относятся: 1) фибробласты, продуцирующие фибриноген и фактор роста фибробластов (FGF), 2) лейкоциты, выделяющие лизосомальные ферменты и фактор роста моноцитов (MGF), 3) эндотелиоциты, являющиеся источником тромбопластина, NO и сосудистоэндотелиального фактора роста (VEGF), 4) мезотелиальные клетки брюшины [83, 162]. До хирургического вмешательства в

брюшной полости содержится приблизительно 20–40 мл перитонеальной жидкости с малым количеством лейкоцитов (в большей части оседлые макрофаги), плазменные белки (включая фибриноген). Однако непосредственно после травмы количество перитонеальной жидкости резко возрастает, где преобладают полимононуклеарные лейкоциты. Однако если отсутствует источник инфекции, они в очень короткое время исчезают, на более поздних стадиях послеоперационного восстановления полимононуклеарные лейкоциты обнаружить практически невозможно. Количество макрофагов начинает преобладать среди лейкоцитов и их содержание максимально увеличивается к 5-му дню. В постоперативном периоде активность макрофагов значительно выше по сравнению с оседлыми макрофагами: повышена фагоцитарная, окислительная активность, они выделяют большое количество медиаторов воспаления и ферментов (циклооксигеназу, липооксигеназу, активатор плазминогена, ингибитор активатора плазминогена, коллагеназу, эластазу, фактор некроза опухоли (TNF- α), участвующий в NO-опосредованном апоптозе и прочее. При этом динамика, с которой происходят эти изменения в функциях макрофагов, отличается для каждого вида деятельности, показывая очень сложную регуляцию указанных процессов. В процессе перитонизации основной функцией макрофагов является участие их в мобилизации мезотелиальных клеток [79, 42].

Не подвергается сомнению роль инородных тел в процессе образования внутрибрюшных спаек, так как посредством спаек они изолируются от свободной брюшной полости. Инородные тела – шовный материал, ворсины от марли, лигатуры, тальк от перчаток, содержимое кишечника при перфорации полых органов попадают в свободную брюшную полость во время операции, кроме того, к инородным телам авторы относят лекарственные средства, используемые для лечения перитонитов путём внутрибрюшного введения [136, 190].

В эксперименте и клинике было установлено, что при ушивании брюшины риск возникновения спаечного процесса в сравнении с неушитыми участками висцеральной брюшины значительно выше [225, 223, 168, 190, 78].

Большое значение имеет строение шовного материала. Применение кетгу-

та при гинекологических операциях сопровождается массивным спаечным процессом в области малого таза [209, 211, 229, 134, 120]. После применения нерассасывающихся синтетических нитей (викрил, монокрيل, пролен) степень выраженности послеоперационного спайкообразования была значительно ниже, чем в группе с использованием кетгута. При этом прослеживалась прямая зависимость между толщиной нитей, частотой наложения узлов и выраженностью спаечного процесса.

Установлено негативное влияние введения антибиотиков в брюшную полость [145].

Внутрибрюшинное кровотечение является также важным этиологическим фактором спайкообразования [209, 211, 229, 134, 120]. Возникающая в ответ на воспаление реакция при гемоперитонеуме характеризуется затяжным и прогрессирующим характером, а образование скоплений из кровяных сгустков обуславливает формирование в этих зонах грубых фиброзных сращений [212]. С другой стороны, при наличии механической травмы брюшины кровь свёртывается, образует сгустки, которые воздействуют на брюшину как инородные тела, подвергаясь организации и вызывая развитие спаек [150]. К.С. Маиловой с соавт. в своих работах (2012), отразили как наличие крови и ее компонентов в брюшной полости влияют на образования спаечного процесса. Авторы в своей работе сумели доказать, что цельная кровь по сравнению с плазмой или эритроцитами обладает более сильной адгезиогенной активностью. Также необходимо отметить тот факт что, необезательно наличие большого количества крови для индукции спаек достаточно 0,125 мл крови, а при объеме 0,5 мл эффект усиливается экспоненциально [79].

Важное место в образовании внутрибрюшных сращений занимает инфекция [182]. Попадание инфекции в брюшную полость во время операции или при прободении полых органов вызывает резкое воспаление в брюшине [218, 150, 37, 40]. Вокруг очага воспаления подпаиваются пряди сальника, подавляющее большинство из них остаётся впоследствии фиксированным к данному месту [143, 224, 37, 175].

По мнению ряда авторов, ишемия тканей сальника и органов брюшной полости является одним из этиологических факторов образования спаек [209, 211, 229, 134, 120].

Л. Н. Михайлович в своей работе указал, что при повреждении серозной оболочки органов брюшной полости и формирование спаек также имеет сходство с патогенезом некротизирующего фасциита Фурнье на фоне перитонита и патологии органов панкреато-дуоденальной системы. Учитывая особенности анатомической архитектоники сосудистой сети поверхностной фасции, характеризующейся наличием перекрещивающихся коллагеновых и эластических волокон, создающих предпосылки для замедления кровотока и тромбообразования, ряд авторов подчеркивает значимость тромбоза микроциркуляторного русла поверхностной фасции [79, 27]. При присоединении к воспалительному процессу аутоиммунного или аллергического компонента наблюдается иная картина [79, 61]. Воспалительный процесс затягивается на длительное время в результате аллергической реакции замедленного типа, в этом случае в брюшине наступают более глубокие дистрофические и обменные нарушения, что ведет к нарушению равновесия ферментных систем. активация профибринолизина не наступает поскольку брюшина утрачивает протеолитическую активность, в том числе и фибринолитические свойства. Далее стабилизируется выпавший фибрин, на нем оседают фибробласты, а фибриновые наложения подвергаются организации. С 5-го дня на фибриновых наложениях появляются мезотелиоциты, которые, пролиферируя, покрывают всю их поверхность. Таким образом, аутоиммунные повреждения брюшины, развивающиеся на фоне дисбаланса циркулирующих полисахаридов плазмы крови и лейкоцитарных ферментных систем, нарушения трофической функции Т-клеточного звена иммунитета причиной все это является причиной индивидуальной повышенной склонности к спайкообразованию [79, 147]. А.К. Коновалов и соавт. (2005) в своих работах показали что, в обеих фазах воспаления у пациенток со спаечными осложнениями наблюдалась выраженная лимфоцитарно-макрофагальная реакция. А именно наличие обильного экссудата с волокнами фибрина, эозинофилов, фибробластов, избы-

точный выход лимфоцитов в 1-ю фазу общей клеточной реакции, преобладание лимфоцитарно-макрофагальных элементов при резком снижении числа нейтрофилов во 2-й фазе. Скорость ацетилирования была заметно выше, по сравнению с пациентами у которых наблюдалось благоприятное течение послеоперационного периода. В пратикающих патофизиологических процессах важную роль играют нарушения водно-сщдувого баланса. Эти нарушения проявляются ввиде изменения объем циркулирующей крови и плазмы, белкового и фосфатного буфера, концентрации (K^+ , Na^+ , Cl^-) и секвестрации жидкости в кишечнике и брюшной полости, панкреатическая секвестрация, “феномен трансминерализации”). В итоге озникшие изменения приводят к нарушению соотношения между внеклеточным и внутриклеточным водными средами вплоть до развития тотальной гипогидратации [79].

На сегодняшний день имеется большое количество публикаций посвященных изучению этиопатогенетических аспектов спайкообразования. В тоже время, в большинство работах описываются лишь изменения, обнаруживаемые при том или ином патологическом процессе. Что, в свою очередь сильно затрудняет выбор лечебно-профилактических мероприятий, направленных на профилактику образования внутрибрюшных спаек, а также послеоперационных осложнений, обусловленных ими.

В настоящее время наиболее дискутабельным остается вопрос исхода сайкообразования в одинаковых условиях воздействия агрессивных факторов на брюшину несмотря на ясность патогенеза возникновения спаечного процесса в брюшной полости. Многолетние исследования доказали индивидуальную предрасположенность части лиц к формированию спаек в брюшной полости, а также исследования последних десятилетий позволили выявить конституциональные особенности повышенной склонности к развитию спаек в брюшной полости [89, 147].

Отсутствие зависимости тяжести спаечного процесса от числа операций кесарева сечения и ИМТ и, наоборот, преобладание более выраженных изменений у возрастных больных и больных, которым удалялась матка, предполагают

роль техники вмешательства и шовного материала в их формировании.

4.3. Характер спаечного процесса и его последствия

Ранее сообщалось, что сращения после кесарева сечения могут обнаруживаться в разных отделах полости малого таза и живота. Самый часто описываемый вариант это – плотные толстые сращения в центре малого таза, притягивающие матку к передней брюшной стенке. На этих спайках особо акцентируется внимание, так как они грубые, бросающиеся в глаза и требуют дополнительных хирургических действий во время операции. Их появление объясняется оставлением грубых плохо обработанных участков шва на матке, в особенности, если перитонизация не выполняется. Такое притянутое к передней брюшной стенке положение органа сказывается и фертильности, поскольку деформирует трубы, которые оказываются высоко поднятыми и удаленными от «дугласова» пространства, что затрудняет попадание в них яйцеклетки. То есть, в таких случаях для нарушения репродуктивной функции, вовсе необязательно, наличие спаек позади матки [120].

В нашем исследовании СП чаще всего локализовался впереди матки. Реже, пусть и нередко сращения обнаруживались в области маточных труб. Почти у половины больных с вовлечением маточных труб отмечалось их выраженное повреждение. У всех больных с кесаревым сечением в анамнезе во время гистерэктомии обнаруживался фиброз параметриев, являющийся причиной технических затруднений во время диссекции и идентификации мочеточников. Выявление прикрепленного большого сальника к передней стенке обуславливало наличие сращений в средних отделах живота. Интересно, что сращения после кесарева сечения распространялись вплоть до верхнего правого квадранта брюшной полости.

В последнее время все чаще публикуются сообщения о достаточно частом спайкообразовании после кесарева сечения. Имеется информация, что после первого вмешательства сращения обнаруживаются приблизительно у чет-

верти больных, причем, если оставлять париетальную брюшину открытой вероятность их образования увеличится втрое. Некоторые авторы высказывают мнение о том, что с числом КС СП будет более выраженным и, в связи с этим, каждая последующая операция несет в себе риск повреждения смежных органов и затрудненного извлечения плода.

Многочисленные исследования показали, что наличие в анамнезе операции кесарева сечения увеличивает риск повреждение мочевыделительной системы во время гистерэктомии. Мы в свою очередь также наблюдали увеличение длительности оперативного вмешательства у пациенток с КС в анамнезе.

Развитие навыков оперативной лапароскопии и возможность проведения очень сложных с помощью данного доступа, способствовало появлению ряда работ посвященных гистерэктомии после кесарева сечения. Все они рассматривают технические аспекты и возможные осложнения при отведении «припаянного к матке» мочевого пузыря.

Наше исследование показало, что КС не проходит бесследно для пациенток. СП той или иной степени выраженности отмечается практически у всех женщин с абдоминальным РР в анамнезе. Также у больных с кесаревым сечением в анамнезе следует ожидать удлинение времени проведения гистерэктомии из-за технических трудностей и необходимости более аккуратной и осторожной диссекции фиброзированных тканей. Плотные сращения матки с передней брюшной стенкой и мочевым пузырем у этих больных приводят к наглядным изменениям анатомии полости малого таза.

Отсутствие зависимости спаечного процесса от числа операций кесарева сечения и ИМТ и, наоборот, преобладание более выраженных изменений у возрастных больных и больных, которым удалялась матка, предполагают роль техники вмешательства и шовного материала в их формировании.

Следующий вариант сращений, который также часто описывается в научной литературе, представляет собой латерализацию одного или обоих придатков в результате формирования грубых сращений с боковой стенкой живота.

Такая позиция нарушает топографическую анатомию яичников и нарушает функцию маточных труб. В качестве причины образования подобных сращений указывается плохая санация в конце операции брюшной полости, и боковых каналов, в частности, от сгустков крови с примесью околоплодных вод и мекония, а также чрезмерное увлечение использованием сухих тампонов для ограничения области хирургического вмешательства. В действительности, многие акушер гинекологи буквально запихивают обкладочные материалы в боковые каналы. Сухие марлевые тампоны повреждают серозную выстилку и считаются не совсем пригодными с точки зрения бережного отношения к тканям и органам, не говоря уже о возможном риске быть потерянными в брюшной полости.

Сращения, в которых участвует сальник, который может прикрепляться к передней брюшной стенке, к месту рубца на матке или придаткам, объясняются погрешностями в технике, длительной экстериоризацией матки и грубым обращением с соседними органами.

Мы также обнаруживали спайки различной локализации. Кроме анатомических изменений в непосредственной близости от разреза на матке в виде «притянутости» мочевого пузыря к матке или грубых протяженных спаек между маткой и передней брюшной стенкой, были фиксированы случаи деформации маточных труб с «неправильным» местоположением. В результате последнего, КС может рассматриваться в качестве дополнительного фактора риска, приводящего к внематочной беременности.

Несмотря на то, что целый список патологических состояний относят к факторам риска внематочной беременности, ни одно из них не обнаруживается у половины больных. В работе Varnhart et al, было выявлено, что женщины, однажды перенесшие внематочную беременность, с высокой долей вероятности могут иметь те же проблемы в последующем. Ими же было установлено, что возможность наступления трубной беременности гораздо ниже у женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза. В сообщениях из, так называемых, третьих стран, как например, на основании исследования, проводившемся в Папуа Новой Гвинее, наоборот, было показано, что чаще всего

трубная беременность наблюдается у женщин с заболеваниями передающимися половым путем.

Гипотетически любое вмешательство в малом тазу, особенно в непосредственной близости от придатков, чревато образованием сращений, приводящих к нарушению проходимости маточных труб [117]. Отдельного внимания, в этой связи, заслуживает тема влияния кесарева сечения в анамнезе на вероятность возникновения внематочной беременности, в отдельности, и репродуктивной функции женщины в последующем, в целом [220, 219, 196, 178, 180, 189, 222]. С одной стороны, частота абдоминального родоразрешения в современном акушерстве, если даже не растет, то остается достаточно высокой, с другой стороны ее влияние на гинекологическое здоровье мало изучено.

По мнению некоторых авторов, так как, оперативное действие не затрагивает маточные трубы, то оно, вообще может не рассматриваться в качестве предрасполагающей причины к внематочной беременности [103]. Однако в одной из последних турецких статей, посвященных данному явлению, были изучены такие этиологические моменты как возраст, использование внутриматочных спиралей, КС и внематочная беременность в анамнезе [103]. Оказалось, что у 40% больных обратившихся с внематочной беременностью в неотложное отделение было КС в анамнезе, и это был наиболее часто встречающийся параметр из изучаемых [103].

Наши результаты, в определенной степени перекликаются с данными турецких коллег. Тем не менее, доказать что, риск возникновения внематочной беременности после кесарева сечения выше, чем при естественных родах, не удаётся. Практически у всех пациенток, перенесших КС, 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.

4.4. Возможные пути оптимизации техники операции кесарева сечения

Соблюдение требований асептики

Это самое первое и основное правило, и должно соблюдаться во всех мелочах: обработка рук и операционного поля, санация влагалища и ограничение числа влагалищных исследований до операции. Нужно помнить о таких существенных рисках инфицирования, как преждевременное излитие околоплодных вод. Временной промежуток от излития вод и начала операции, не смотря на широкое периоперационное использование антибиотиков, до сих пор требует особого внимания.

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 [145, 142]. Поперечные разрезы обеспечивают непосредственный доступ к нижним отделам матки, при их использовании отсутствует необходимость манипулирования с кишечником и другими органами.

Из поперечных разрезов сегодня, в основном, применяются либо рассечение передней стенки живота по Пфанненштилю, либо по Джоэль-Кохэну [145, 219]. Кохрейновский мета-анализ рандомизированных исследований эффективности разрезов передней брюшной стенки при кесаревом сечении продемонстрировал преимущества разреза по Джоэль-Кохэну по сравнению с разрезом по Пфанненштилю в отношении послеоперационной лихорадки, боли, внутриоперационной кровопотери, длительности самой операции и пребывания в больнице [145, 170, 190, 232].

Вскрытие париетальной брюшины

В идеале, самым оптимальным является экстраперитонеальный доступ к нижним отделам матки. Однако он требует дополнительной хирургической подготовки врачей акушерских отделений, что сегодня представляет далеко не

однозначную проблему во всем мире. То как, будет вскрываться брюшина при трансперитонеальном входе в брюшную полость, остро или тупым способом, принципиального значения не имеет.

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).

Мы считаем, что во вскрытии пузырно-маточной складки нет необходимости. Вероятно, создание перитонеального лоскута из этой складки и отсепаровка мочевого пузыря является определяющим в нарушении взаимоотношения этих двух органов в последующем. Всякое дополнительное оперативное действие нуждается в соблюдении деликатности при ее выполнении. Это касается также последующей перитонизации (восстановление целостности складки, в данном случае). Образование гематом пузырно-маточной складки и ее грубое ушивание может быть причиной сильной притянутости мочевого пузыря к матке, вплоть до его перемещения на переднюю стенку. Однако в литературе отсутствуют прямые доказательства верности нашего предположения. Пусть и на маленькой выборке больных, но мы не наблюдали вышеперечисленных анатомических нарушений при соблюдении принципа прямого разреза на матке без вскрытия пузырно-маточной складки, т.е. на 2 см выше нее.

Вскрытие полости матки

Также принципиальным мы считаем высоту разреза на матке. Разрез на матке должен зависеть от высоты стояния подлежащей части. Если подлежа-

щая 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 предлежащей части, что может стать причиной либо трудного извлечения, либо разрыва краев раны в направлении к маточным сосудам и вниз. Также следует избегать, так называемых «якорных» разрезов [145, 152, 198].

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. Затягивание этого процесса приведет к высыханию серозного покрова органа и венозному застою, причем не только матки, но и придатков, что может повышать риск спайкообразования. Мета-анализ рандомизированных исследований, сравнивающих экстра (вне брюшной полости) - и интраабдоминальное (in situ) ушивание операционной раны матки не выявил разницы в кровопотере, внутриоперационной тошноте, рвоте (при спинальной анестезии) и послеоперационной боли.

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. Это делается для того, чтобы лохи и кровь не задерживались в полости матки. При пальцевом расширении канала шейки матки хирург должен менять перчатки.

Ушивание разреза на матке

Выбор шовного материала. Несмотря на то, что специальных исследований, посвященных заживлению маточной раны и ситуации вокруг нее, нет, общепринято, что с этой целью предпочтительно использовать поздно-рассасывающиеся синтетические нити толщиной 0 [67].

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

Широкое внедрение сонографии в акушерско-гинекологическую практику повлекло за собой использование ультразвука для оценки заживления маточной раны. К основным ультразвуковым признакам несостоятельного рубца на матке после кесарева сечения относятся деформация наружного контура матки (втяжение), ниша (щель) со стороны полости матки, истончение миометрия в верхушке ниши менее 2,5 мм (рубец – полное отсутствие кровотока), жидкостные включения (мелкие кисты, истмоцеле) в области рубца и жидкостное образование (очень крупный дефект) в области рубца. На основании ультразвукового обследования в послеоперационном периоде утверждается необходимость захвата в маточный шов эндометрия (особенно при наложении однорядного шва).

Выбор формы игл:

Влияет ли тип выбор иглы при зашивании разреза на матке на образование сращений в последующем, неизвестно. Теоретически предпочтительнее круглые иглы.

Ушивание брюшины

Самым противоречивым моментом является вопрос перитонизации. Наше мнение она должна все же производиться, но с минимальной шовной нагрузкой на ткани.

Дренажи

Однозначно дренажи при банальном кесаревом сечении являются анахронизмом. От них больше вреда, чем пользы. Оставление дренажа в брюшной по-

лости является одним из факторов спайкообразования в будущем ().

Послеоперационный уход

Еще раз следует отметить, что абдоминальное РР больше подвержено инфицированию, чем роды через естественные пути. КС остается хирургическим вмешательством, несмотря на свой статус в современном акушерстве. Более того, это не просто обычная абдоминальная операция, когда вскрывается брюшная полость и происходит воздействие на органы, расположенные в ней, с травматизацией тканей, формированием гематом и сером, но и своего рода уникальное явление, когда в брюшную полость попадает вместе с кровью из операционной раны кровь из плацентарной площадки, амниотическая жидкость, меконий и сыровидная смазка плода. Эти факторы, как бы добавляются к существующим факторам риска восходящей инфекции, присущим родам через естественные пути, и инфицирования операционной раны (некротизирующий фасциит). Профилактика и своевременное лечение воспалительных и септических осложнений после кесарева сечения, возможно, позитивно повлияет и на вероятность спайкообразования.

Принципы микрохирургии и правильная хирургическая техника

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.

Все вышесказанное можно объединить под названием принципов правильной сохраняющей фертильность реконструктивной хирургии, которая включает следующее:

- бережное отношение к тканям: минимизация тканевой травмы, ишемии,

кровоизлияний, инфицирования, реакции на инородные тела и оставление неперетонизированных грубых раневых поверхностей.

-Хирургическая техника должна быть атравматичной с тщательным гемостазом с полным иссечением измененных или поврежденных тканей и правильным приближением тканей при восстановлении операционной раны на всех уровнях.

Периоперационный «протокол» уменьшения образования спаек после кесарева сечения.

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.

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.

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).

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.

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:
 - a. 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 ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Abdullayeva, V.O. Müasir mamalıqda təkrar keysəriyyə kəsiyi əməliyyatları. / V.O.Abdullayeva, K.Y.Məmmədov, A.H.Tatlıyeva [et al.] // Sağlamlıq, – 2004. 5.
2. Azərbaycan Respublikasının Səhiyyə Nazirliyi. Doğum evlərində (şöbələrində) doğuşyardım işinin təşkili üzrə metodik təlimat. Bakı, – 2013.
3. Bağırova, H.F. Kesar kəsiyi əməliyyatından sonra baş verən irinli-septik ağırlaşmaların profilaktikası / H.F.Bağırova, N.T.Məhərrəmov // Azərbaycan Tibb jurnalı, – 2012. 2, – s. 29-34.
4. Bayramova, T.E. Qarın və çanaq boşluğunun cərrahi əməliyyatlarına məruz qalmış xəstələrdə laporoskopik histerektomiyanın nəticələri / T.E.Bayramova, H.F.Bağırova // Azərbaycan tibb jurnalı, – 2011. 4, – s. 15-20.
5. Cavadzadə, M.C. Hemodializlə müalicə olunan xəstələrdə həyat keyfiyyətinin bəzi xüsusiyyətləri / M.C.Cavadzadə, İ.M.Həmidov, M.R.Calalov [et al.] // Sağlamlıq, – 2007. 8, – s. 46-50.
6. Əliyev, Ə.R. Keysəriyyə kəsiyi əməliyyatlarında hamilələrin psixoloji vəziyyətlərinin müxtəlif anostoriya növləri altında qiymətləndirilməsi / Sağlamlıq, – 2008. 8, – s. 57-59.
7. Əzizov, V.Ə. Ürəyin işemik xəstəliyinin müasir qeyri-invaziv vizualizasiya metodları / V.Ə.Əzizov, M.C.Sultanova // Azərbaycan Tibb Jurnalı, – 2014. 4, – s. 110-114.
8. Hüseynova, V.O. Abdominal doğuşların müasir aspektləri // Sağlamlıq, – 2006. 9, – s. 149-151.
9. Kərimova, E.E. Reproduktiv yaşlı qadınlarda histeroektomiya əməliyyatından sonra həyat keyfiyyəti // Cərrahiyyə. Elmi-Praktik Jurnal, – 2008. 2 (14), – s. 78-83.
10. Kərimova, L.R. Keysəriyyə kəsiyi əməliyyatından sonra uşaqlıqda çarığın vəziyyətinin diagnostikası, doğuşun aparılma taktikası / L.R.Kərimova, N.M.Kamilova, V.Ə.Əhmədzadə [et al.] // Sağlamlıq, – 2009. 2, – s. 169-173.

11. Qasımov, A.V. Xronik orta otitin xəstələrin həyat keyfiyyətinə təsiri / A.V.Qasımov, C.L.Qasımov, S.A.Ağalar [et al.] // Azərbaycan Tibb Jurnalı, – 2013. 4, – s. 46-49.
12. Qasımov, A.V. Üz sinirinin otogen mənşəli periferik parezinin həyat keyfiyyətinə təsiri / A.V.Qasımov, C.L.Qasımov, S.A.Baloğlanova [et al.] // Azərbaycan Tibb Jurnalı, – 2011. 4, – s. 90-93.
13. Məmmədov, C. İİV-in anadan uşağa ötürülməsinin profilaktikası üzrə klinik protokol, / C.Məmmədov, E.Alməmmədova, L.Məmmədova [et al.] // Bakı, – 2010. – s. 40.
14. Məmmədov, C. Hamiləlik dövründə trombofilik ağırlaşmalar üzrə klinik protokol, / C.Məmmədov, F.Əliyeva, N.Abişov [et al.] // Bakı, – 2013. – s. 28.
15. Məmmədov, C. Normal doğuş üzrə klinik protokol, / C.Məmmədov, F.Əliyeva, N.Axundova [et al.] // Bakı, – 2012. – s. 24.
16. Məmmədov, C. / C.Məmmədov, F.Əliyeva, F.Qurbanova [et al.] // Qeysəriyyə kəsiyi əməliyyatı üzrə klinik protokol, – 2013. – s. 24.
17. Mürsəlova, S.Ə. Kesar kəsiyi əməliyyatından sonra uşaqlıqda çarığın vəziyyəti və diagnostikası // Azərbaycan Tibb jurnalı, – 2005. 3, – s. 126-129.
18. Sarıyeva, E.Q. Kesar kəsiyi əməliyyatının ana və döl üçün nəticələri / E.Q.Sarıyeva, G.R.Cavadova // Sağlamlıq, – 2011. 5, – s. 55-59.
19. Yusifov, T.Q. Hipertoniya xəstəliyi zamanı lazer terapiyanın həyat keyfiyyətinə təsiri / T.Q.Yusifov, A.B.Vaxşəliyev, T.M.Ağayeva [et al.] // Azərbaycan Tibb Jurnalı, – 2006. 1, – s. 26-28.
20. Авраменко, Н.В. перевязка внутренних подвздошных артерий как метод выбора хирургической остановки кровотечений в акушерско-гинекологической практике / Н.В.Авраменко, Ю.Ф.Петряев, Д.Е.Барковский // Запорож. Мед. Журн., – 2012. т. 72, № 3, – с. 5-6.
21. Азим, А.А. Особенности лапароскопической гистерэктомии у женщин с наличием в анамнезе операции кесарева сечения // Вестник проблем биологии и медицины, – 2019. 4, т. 1 (153), – с. 62-65.
22. Азим, А.А. Специфика гинекологических операций у женщин, перенесших

- кесарево сечение // – Bakı: Azərbaycan Tibb Jurnalı, – 2020. 1, – с. 5-9.
23. Азим, А.А., Магалов, И.Ш. Спаечный процесс после кесарева сечения: внутриоперационная находка или клинический факт? // Sağlamlıq, – 2017. № 4, – с. 176-180.
 24. Акудович, Н.В. Учебно-методическое пособие для студентов специальности: «медико-профилактическое дело», 5 курс по изучению темы оперативное акушерство: кесарево сечение // Иркутск, Игмуб, – 2010. – 13 с.
 25. Алексеев, А.А. Оптимизация тактики ведения пациенток репродуктивного возраста со спаечным процессом в области малого таза: / диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. г // Симферополь, – 2016. год
 26. Алиев, Д.А. Оценка качества жизни пациентов в клинической онкологии по методу EORTC QLQ-30, на примере больных раком гортани и гортано-глотки / Д.А.Алиев, И.Г.Исаев, К.С.Акберов // Azərbaycan Tibb Jurnalı, – 2009. № 3, – с. 6-13.
 27. Алиев, С.А. Гангрена Фурнье – разновидность клинической модели критических состояний в хирургии // Вестник хирургии им. Грекова, – 2015. т 174, №1, – с. 84-89.
 28. Алиматов, С.Н. Показатели качества жизни и их оценки у больных с заболеваниями внутренних органов / С.Н.Алиматов, Г.Ш.Гараев // Sağlamlıq, Баку, – 2007. № 6, – с. 7-10.
 29. Алыев, Ш.А. Профилактика спаечного процесса при хирургическом лечении трубной беременности с применением барьерного препарата тема диссертации и автореферата по ВАК (14.00.01). 2010
 30. Амирджанова, В.Н. Ревматоидный артрит с позиций оценки качества жизни больных // Терапевтический архив, – 2007. № 5, – с. 15-20.
 31. Амлаев, К.Р. Изучение качества жизни жителей Ставрополя как базис для укрепления здоровья / К.Р.Амлаев, В.Н.Муравьева, Ю.Е.Абросимова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, – 2007. № 3, – с. 35-38.
 32. Андреева, М.В. Качество жизни и особенности адаптации у больных с

- острой гинекологической патологией в послеоперационном периоде / М.В.Андреева, Р.Ф.Пахуридзе // Российский вестник акушера-гинеколога, – 2011. № 4, – с. 59-62.
33. Анохова, Л.И. Кесарево сечение у юных женщин / Л.И.Анохова, С.С.Анохов, Э.Д.Загородняя [и др.] // Материалы VI Российского форума «Мать и Дитя» под ред. В. И. Кулакова, В. Н. Серова - М.: МЕДИ Экспо, – 2004. – 17 с.
34. Антонов, О.В. Изучение параметров качества жизни у детей с врожденными пороками сердца для оценки эффективности реабилитационных мероприятий после хирургического лечения / О.В.Антонов, Л.А.Крипцова // Педиатрия, – 2011. № 5, – с. 63-66.
35. Ардашев, В.Н. Качество жизни и трудоспособность больных после аортокоронарного шунтирование / В.Н.Ардашев, Ю.Н.Замотаев, И.Н.Антошина // Военно-медицинский, – 2003. № 6, – с. 48-52.
36. Аронов, Д.М. Методика оценки качества жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями / Д.М.Аронов, В.П.Зайцев // Кардиология, – 2002. № 5, – с. 92-95.
37. Асирифи, С.А. Факторы риска послеродовых кровотечений у женщин республики Гана и их профилактика: автореф. дис...канд. мед. Наук // Волгоград, – 2013. – 22 с.
38. Астафьева, Н.Г. Качества жизни в оценке эффективности оздоровительных мероприятий / Н.Г.Астафьева, В.В.Храмов, А.Ю.Кобзев // Социология медицины, – 2006. № 1, – с. 38-40.
39. 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.
40. Афанасьева, Н.В. Исходы беременности и родов при фетоплацентарной недостаточности различной степени тяжести / Н.В.Афанасьева, А.Н.Стрижаков // вопр. гинекологии, акушерства и перинатологии, – 2004. т. 3, № 2, – с. 7-13.

41. Ахмадеева, Э.Н. Характеристика качества жизни женщин в послеродовом периоде / Э.Н.Ахмадеева, Ю.Д.Еникеева // Практическая медицина. 6 (54) ноябрь, – 2011. – 63-65 с.
42. Ахмадиев, Э.Э. Роль апоптоза в постнатальном онтогенезе // Материалы XI Международной (XX Всероссийской) Пироговской научной медицинской конференции студентов и молодых ученых, Москва, – 2016. – 219-220 с.
43. Ахметшина, О.З. Хирургические противоспаечные материалы на основе карбоксиметилцеллюлозы / О.З.Ахметшина, В.А.Жуковский, В.Е.Немилов [и др.] // Дизайн. Материалы. Технология, – 2012. № 5 (25), – с. 102-106.
44. Бабияк, В.И. Динамика показателей качества жизни у больных с вестибулярной дисфункцией / В.И.Бабияк, А.Н.Пешинин, И.Г.Козина // Вестник Санкт-Петерб. гос. мед. академии им.И.И. Мечникова, – 2004. № 3(5), – с. 88-90.
45. Баранов, Г.А. Особенности иммунного статуса при спаечной болезни брюшной полости / Г.А.Баранов, М.Ю.Карбовский, О.Ю.Василенко // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, – 2010. № 12, – с. 27-30.
46. Барер, Г.М. Валидация русскоязычной версии опросника ОНП у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести / Г.М.Барер, К.Г.Гуревич, В.В.Смирнягина // Стоматология, – 2007. № 5, – с. 27-30.
47. Баччи, А. Ведение конфиденциальных исследований по случаям материнской смертности и анализа случаев, близких к смерти в Европейском регионе ВОЗ / БА.аччи, Г.Льюис, В.Балтаг // Проблемы репродуктивного здоровья, – 2007. т. 15, № 30, – с. 31-40.
48. Бебуришвили, А.Г. Место видеолапароскопии в диагностике и лечении болевых форм спаечной болезни брюшной полости / А.Г.Бебуришвили, И.В.Михин, А.В.Гушул // В книге: XI Съезд Хирургов Российской Федерации, – 2011. – 41-42 с.
49. Беженарь, В.Ф. Спаечная болезнь органов малого таза у гинекологических больных: от патогенеза к профилактике / В.Ф.Беженарь, А.А.Цыпурдеева,

- Е.Н.Байлюк // Онкогинекология, – 2014. № 4, – с. 68-74.
50. Белабородова, Э.И. Показатели качества жизни у пациентов с хроническими вирусными гепатитами / Э.И.Белабородова, Е.Г.Ламброва, Е.В.Белабородова // Терапевтический архив, – 2010. № 11, – с. 41-44.
51. Белов, Ю.В. Качество жизни пациентов после хирургического лечения аневризм восходящей аорты / Ю.В.Белов, А.А.Караева // Хирургия, – 2005. № 5, – с. 4-8.
52. Бельская, Г.Н. Качество жизни больных, перенесших ишемический инсульт в вертебрально-базилярной системе / Г.Н.Бельская, Л.В.Лукьянчикова // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, – 2013. № 12, – с. 24-28.
53. Быстрицкая, Т.С. Плацентарная недостаточность / Т.С.Быстрицкая, В.П.Луценко, Д.С.Лысяк // Благовещенск, – 2010. – 136 с.
54. Большакова, А.М. Интегральные индикаторы здоровья и компьютерные системы для их оценки / А.М.Большакова, В.Н.Крутько // Гигиена и санитария, – 2005. № 6, – с. 51.
55. Бурлев, В.А. Перитонеальные спайки: от патогенеза до профилактики / В.А.Бурлев, Е.Д.Дубинская, А.С.Гаспаров // Проблемы репродукции, – 2009. № 3, – с. 36-43.
56. Бурсиков, А.В. Качество жизни больных с начальной стадией гипертонической болезни / А.В.Бурсиков, С.Е.Ушакова, И.Е.Мишина [и др.] // Клин. Мед., – 2004. № 7, – с. 20-22.
57. Веницкий, А.А. Сравнительная оценка эффективности методов хирургического гемостаза при органосохраняющем родоразрешении у пациенток с вращением плаценты / А.А.Веницкий, Р.Г.Шмаков, В.Д.Чупрынин // Акуш. и гин., – 2017. № 7, – с. 68-74.
58. Винник, Ю.С. Отдаленные результаты и лечение больных послеоперационными вентральными грыжами / Ю.С.Винник, А.А.Чайкин, С.И.Петрушко [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, – 2014. № 10, – с. 52-55.

59. Галкин, А.С. Возможности повышения эффективности реабилитации пациентов после инсульта с синдромом игнорирования / А.С.Галкин, Е.Р.Баранцевич, А.О.Гусев // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, – 2014. № 10, – с. 30-34.
60. Гаспаров, А.С. Тазовые перитонеальные спайки: этиология, патогнез, диагностика, профилактика / А.С.Гаспаров, Е.Д.Дубинская // М.: ООО «Медицинское информационное агенство», – 2013. – 168 с.
61. Гобеджишвили, В.В. Динамика морфологических изменений в брюшине при ее механическом повреждении на фоне аутоиммунизации / В.В.Гобеджишвили, И.Г.Келасов // Материалы XIX итоговой научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием, Ставрополь, – 2011. – 83-84 с.
62. Гусейнзаде, М.Г. Оценка качества жизни больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Терапевтический архив, – 2006. № 2, – с. 38-42.
63. Дзеранов, Н.К. Качества жизни пожилых больных нефролитиазом / Н.К.Дзеранов, К.А.Байбарин, А.В.Казаченко // Урология, – 2006. № 1, – с. 7-11.
64. Доброхотова, Ю.Э. Кесарево сечение: прошлое и будущее / Ю.Э.Доброхотова, П.А.Кузнецов, Ю.В.Копылова [и др.] // Гинекология, – 2015. №3, – с. 64-66.
65. Дронова, В.Л. Спаечная болезнь органов малого таза и брюшной полости литературный обзор научных работ / В.Л.Дронова, Е.В.Луценко, Р.С.Теслюк [и др.] // Репродуктивная эндокринология, Июнь, – 2014. 22 №3 (17), – с. 22-28.
66. Жаркин, Н.А. Интраоперационная остановка и профилактика акушерских кровотечений / Н.А.Жаркин, Ю.В.Булавская, Ф.Н.Жаркин // Российский вестник акушера-гинеколога, – 2014. № 4, – с. 100-103.
67. Железная, А.А. Современные представления о кесаревом сечении (лекция для врачей-интернов) // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2014. т. 19, № 4, – с. 55-69.

68. Жилка, Н. Стан репродуктивного здоров'я / Н.Жилка, Т.Іркіна, В.Тешенко // Україні, К., – 2011. – 68 с.
69. Канес, Е.Б. Запланированная перевязка магистральных сосудов при высоком риске массивных акушерских кровотечений / Е.Б.Канес, Н.В.Зубенко, В.Б.Зубенко // Мать и дитя: Материалы X юбилейного Всерос. науч. форума. М., – 2009. – 83 с.
70. Керимова, Л.Р. Гусейнова Анализ показаний кесарево сечения в современном акушерстве. / Л.Р.Керимова, Н.М.Камиллова, И.А.Султанова [и др.] // Azərbaycan Tibb Jurnalı. – 2006. № 4, – с. 168-170.
71. Киселев, Е.Н. Качество жизни при раке предстательной железы // Урология, – 2006. № 3, – с. 88-92.
72. Ковалев, К.А. Качество жизни больных с механической желтухой при дистальном блоке холедоха злокачественной этиологии / К.А.Ковалев, Д.Э.Здзитовецкий // Электронный научный журнал «Современные проблемы науки и образования» – 2015. № 3, – с. 7.
73. Краснопольский, В.И. Реальные пути снижения частоты кесарева сечения в условиях современного взгляда на перинатальную смертность, материалы 9 Всерос. науч. форума «Мать и дитя», Москва, 2-5 октября 2008г. / В.И.Краснопольский, Л.С.Логутова // Акуш. и гин., – 2008. № 3, – с. 15-20.
74. Краснопольский, В.И. Альтернативное родоразрешение беременных с оперированной маткой / В.И.Краснопольский, Л.С.Логутова, Н.Д.Гаспарян [и др.] // Журнал акушерства и женских болезней. – 2003. т. Lii, в. 1, – с. 21-25.
75. Краснопольский, В.И. Место абдоминального и влагалищного оперативного родоразрешения в современном акушерстве. Реальность и перспективы / В.И.Краснопольский, Л.С.Логутова, В.А.Петрухин [и др.] // Акуш. и гин., – 2012. № 1, – с. 4-8.
76. Курцер, М.А. Гипотонические послеродовые кровотечения. Использование перевязки внутренних подвздошных и эмболизации маточных артерий в раннем послеродовом периоде / М.А.Курцер, И.Ю.Бреслав, Ю.Ю.Кутакова

- // Акуш. и гин., – 2012. № 7, – с. 36-41.
77. Курцер, М.А. Опыт использования временной баллонной окклюзии общих подвздошных артерий при органосохраняющих операциях у пациенток с вращением плаценты / М.А.Курцер, И.Ю.Бреслав, О.А.Латышкевич // Акуш. и гин., – 2013. № 7, – с. 80-84.
78. Курцер, М.А. Истинное вращение плаценты (placenta accreta). Консервативная терапия / М.А.Курцер, И.Ю.Бреслав, М.В.Лукашина [и др.] // Акуш. и гин., – 2011. № 4, – с. 118-122.
79. Лысяков Никита Михайлович. Влияние интраоперационной гепаринотерапии на процесс внутрибрюшного спайкообразования при хирургических вмешательствах на кишечнике. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. САРАНСК, 2016
80. Логутова, Л.С. Экстрагенитальная патология и беременность // М., Изд: MedBooks, – 2012. – 534с.
81. Магалов, И.Ш. Анализ особенностей спаечного процесса у гинекологических пациенток с кесаревым сечением в анамнезе / И.Ш.Магалов, А.А.Азим // Хирургия. Восточная Европа, – 2016. т, 5 н, 4, – с. 495-503.
82. Магалов, И.Ш. Оценка и сравнение качества жизни у женщин в зависимости от метода родоразрешения / И.Ш.Магалов, А.А.Азим // Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri, – 2017. с, 4 № 3, – с. 37-42.
83. Магалов, И.Ш. Спаечный процесс после кесарева сечения как возможный фактор риска внематочной беременности / И.Ш.Магалов, А.А.Азим // Sağlamlıq, – 2017. № 2, – с. 159-162.
84. Магалов, И.Ш. Частота встречаемости и характер спаечного процесса после операции кесарева сечения / И.Ш.Магалов, А.А.Азим // Azərbaycan Tibb Jurnalı, – 2017. № 3, – с. 35-38.
85. Мамиев, В.О. Влияние транексама на величину кровопотери у женщин в родах и раннем послеродовом периоде / В.О.Мамиев, С.П.Синчихин, Е.Н.Гужвина [и др.] // Уральский мед. Журн., – 2012. т. 101, № 9, – с. 73-77.

86. Мамиев, О.Б. Клинические и прогностические критерии нормальной и нарушенной адаптации к родовому стрессу у матери и плода: автореф. // дис... д-ра мед. наук, Казань, – 2006. – 51с.
87. Маншетов, В.В. Комплексное лечение спаечной болезни брюшной полости с применением эндовидеохирургии: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук // Алтайский государственный медицинский университет. Барнаул, – 2012.
88. Минаева, Е.А. Интраоперационный метод лечения и профилактики спаечной болезни малого таза у пациенток с трубноперитонеальным бесплодием. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. // Волгоград, – 2014.
89. Михин, И.В. Опыт применения барьерных средств в гинекологии при спаечной болезни малого таза / И.В.Михин, Л.В.Ткаченко, Е.А.Минаева // Материалы XI съезда хирургов российской федерации. Волгоград, – 2011. – 235-236 с.
90. Мусаева, О.Х. Акушерские и перинатальные аспекты тазового предлежания плода в зависимости от тактики ведения беременности и родов / О.Х.Мусаева, К.О.Мусаева, Ш.Ш.Раджабова // Рос. вестн. Акушерагинеколога, – 2010. № 4, – с. 32-34.
91. Мясоедова, Н.А. Оценка качества жизни при различных сердечно сосудистых заболеваниях / Н.А.Мясоедова, Э.Б.Тхостова, Ю.Б.Белоусов // Качественная клиническая практика, – 2002. № 1, – с. 53-57.
92. Наминов, В.Л. Лазерная терапия в комплексе ранней реабилитации больных спаечной болезнью / в.л.наминов, о.я.кочергин // вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры, – 2013. т. 90, № 4, – с. 15-17.
93. Новик, А.А. Оценка качества жизни в медицине / А.А.Новик, С.А.Матвеев, Т.И.Ионова // Клини. Медицина, – 2000. № 2, – с. 10-13.
94. Орлова, В.С. Абдоминальное родоразрешение как медико-социальная проблема современного акушерства / В.С.Орлова, И.В.Калашникова,

- Е.В.Булгакова [и др.] // Журнал акушерства Женских болезней том LXII выпуск, – 2013. № 4, – с. 6-14.
95. Орлова, В.С. Современная практика операции кесарево сечение за рубежом / В.С.Орлова, И.В.Калашникова, Е.В.Булгакова [и др.] // Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация, – 2013. № 18, в 23, – с. 12-18.
96. Остроумова, О.Д. Влияние гипотензивной терапии на КЖ / О.Д.Остроумова, В.И.Мамаев, Ю.Е.Абакумов [и др.] // Кардиология, – 2003. № 3, – с. 99-102.
97. Перова, Е.И. Беременность на фоне тревожнодепрессивных состояний / Е.И.Перова, Н.Н.Стеняева, И.А.Аполихина // Акуш. и гин., – 2013. № 7, – с. 1417.
98. Пырегов, А.В. Интенсивная терапия при тяжелой преэклампсии / А.В.Пырегов, А.В.Лидин, Ю.Р.Мухамеджанова [и др.] // Вестн. анестезиол. и реаниматол, – 2009. т. 6, № 3, – с. 37-42.
99. Поройский, С.В. Экспериментальное, морфологическое и клиническое обоснование патогенеза, диагностики и профилактики послеоперационного спайкообразования: Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Волгоградский государственный медицинский университет. Волгоград, – 2012.
100. Пустотина, О.А. Прегравидарная подготовка женщин с невынашиванием беременности в анамнезе / О.А.Пустотина, А.Э.Ахмедова // Мед. Совет., – 2016. № 04, – с. 130-135.
101. Радзинский, В.Е. Акушерская агрессия v.2.0 // М.: Изд-во журн. Status Praesens, – 2017. – 688 с.
102. Ратушняк, С.С. Национальные системы аудита случаев материнской смерти – международные рекомендации и опыт развитых стран / С.С.Ратушняк, М.П.Шувалова // Акуш. и гин., – 2013. № 8, – с. 81-86.
103. Речкина, О.А. Факторы риска раннего послеродового гипотонического кровотечения / О.А.Речкина, Е.В.Татарникова // Материалы IV съезда акушеровгинекологов России, М., – 2008. – 219-220 с.

104. Рымашевский, А.Н. Оптимизация родоразрешения беременных с миомой матки / А.Н.Рымашевский, В.И.Нечаюк, Л.А.Терехина [и др.] // Рос. вестн. Акушерагинеколога, – 2011. № 3, – с. 49-51.
105. Рогожина, И.Е. Современное представление о механизмах маточных кровотечений при некоторых urgentных состояниях в акушерско-гинекологической клинике // Саратов. науч.- мед. Журн., – 2011. т. 7, № 1, – с. 59-65.
106. Савельева, Г.М. Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве // Акушерство и гинекология, – 2008. № 3, – с. 10-14.
107. Савельева, Г.М. Материнская смертность и пути её снижения / Г.М.Савельева, М.А.Курцер, Р.И.Шалина // Акуш. и гин., – 2009. № 3, – с. 11-15.
108. Савельева, Г.М. Роль кесарева сечения в снижении перинатальной смертности и заболеваемости доношенных детей / Г.М.Савельева, О.А.Трофимова // Акушерство и гинекология, – 2008. № 4, – с. 20-23.
109. Сарбасова, А.Е. Оптимизация методов снижения кровопотери при операции кесарева сечения // Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Астрахань, – 2018.
110. Серов, В.Н. Кесарево сечение в системе перинатального акушерства // Русский медицинский журнал, – 2004. т. 12, № 1, – с. 3-5.
111. Серов, В.Н. Профилактика материнской смертности // Акуш. и гин., – 2011. № 7-1, – с. 4-10.
112. Синчихин, С.П. Социально-медицинские аспекты ювениальной беременности (обзор литературы) / С.П.инчихин, В.Ф.Коколина, О.Б.Мамиев [и др.] // Репродуктивное здоровье детей и подростков, – 2008. № 5, – с. 14-22.
113. Соколова, М.Ю. Экстрагенитальная патология у беременных: Рук. для врачей // М., МИА, – 2011. – 336 с.
114. Сопуев, А.А. Оценка эффективности различных вариантов моделирования спаечного процесса брюшной полости / А.А.Сопуев, Н.Н.Маматов, К.Е.Овчаренко [и др.] // Актуальные проблемы гуманитарных и естествен-

ных наук, – 2011. № 3, – с. 327-332.

115. Сухих, Г.Т. Профилактика и терапия массивной кровопотери в акушерстве (медицинская технология) – Москва, ФГУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. Акад / Г.Т.Сухих, В.Н.Серов, Г.М.Савельева [и др.] // В.И. Кулакова Минздравсоцразвития РФ, – 2010. – 21 с.
116. Тетруашвили, Н.К. Использование цитрата магния позволяет осуществлять профилактику преждевременных родов у беременных с высоким риском невынашивания / Н.К.Тетруашвили, О.А.Громова, В.Н.Серов // Рос. мед. Журн., – 2012. № 17, – с. 846-852.
117. Тотчиев, Г.Ф. Спаечная болезнь: физиологические аспекты, механизмы предупреждения // Эффективная фармакотерапия. Акушерство и Гинекология, – 2013. № 3 (28), – с. 18-20.
118. Трубина, О.М. Оценка качества жизни пациентов после операции лазер / О.М.Трубина, Д.А.Илюхин // Практическая медицина. ‘6 (98) ноябрь, – 2016. – 191-193 с.
119. Фаррахов, А.З. Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода. Клинические рекомендации (протокол). – 2014. – 44 с.
120. Федорова, Т.А. Инфузионно-трансфузионное обеспечение при операции кесарева сечения у беременных с вращением плаценты / Т.А.Федорова, Р.Г.Шмаков, О.В.Рогачевский [и др.] // Акуш. и гин., – 2017. № 12, – с. 38-44.
121. Филенко, Б.П. Профилактика и лечение спаечной болезни / Б.П.Филенко, С.М.Лазарев // Вестник хирургии им. Грекова, – 2012. т. 171, № 1, – с. 70-74.
122. Филенко, Б.П. Этиопатогенез спайкообразования / Б.П.Филенко, С.М.Лазарев // Вестник хирургии им. Грекова, – 2009. т. 168, № 3, – с. 116-118.
123. Фролов, М.А. Влияние парентерального применения цитоколина на зри-

- тельные функции и качество жизни больных с первичной открыто угольной глаукомой / М.А.Фролов, П.А.Гончар, В.И.Барашков // Вестник офтальмологии, – 2011. № 5, – с. 18-21.
124. Цаллагова, Е.В. Качество жизни женщин с ожирением и нарушениями репродуктивной функции / Е.В.Цаллагова, В.Н.Прилепская // Акушерство и гинекология, – 2009. № 6, – с. 60-64.
125. Цхай, В.Б. Эффективность методов рентгеноэндоваскулярной окклюзии артериальных сосудов в снижении интраоперационной кровопотери у беременных с предлежанием плаценты / В.Б.Цхай, П.К.Яметов, Н.В.Брежнева [и др.] // Акуш. и гин., – 2015. № 10, – с. 5-10.
126. Чекмазов, И.А. Спаечная болезнь брюшины // Москва, – 2008. – 160 с.
127. Шифман, Е.М. Послеродовое кровотечение (профилактика, лечение, алгоритм ведения) / Е.М.Шифман, О.Л.Полянчикова, О.Р.Баев [и др.] // Акуш. и гин., – 2011. т. 4, – с. 31-34.
128. Шмаков, Р.Г. Принципы диагностики и профилактики гнойно-воспалительных и тромбоземболических осложнений у родильниц, основанные на доказательной медицине (результаты внедрения новых протоколов) / Р.Г.Шмаков, Г.Н.Каримова, Е.С.Полушкина [и др.] // Акуш. и гин., – 2014. № 6, – с. 47-52.
129. Шувалова, М.П. Социально-экономические детерминанты ранних неонатальных потерь в Российской Федерации / М.П.Шувалова, Т.В.Письменская // Акуш. и гин., – 2015. № 7, – с. 68-73.
130. Юрасова, Е.А. Перинатальные потери, резервы снижения: Автореф. дис. ... д-ра мед. Наук // Челябинск, – 2009. – 47 с.
131. Absil, G. Determinants of high and low rates of Caesarean deliveries in Belgium / G.Absil, A.Van Parys, S.Bednarek [et al.] // Recommendations to avoid unnecessary Caesarean sections. A report of the college mother and new born. P. 11
132. AbuSham, A. Cesarean Section Scar Characteristics as a Preoperative Predictor of Intra-Abdominal Adhesions / A.AbuSham, A.Bahar, M.Al-Shahrani [et al.] // Med. J. Cairo Univ., – 2015. 83 (1), – p. 167-171.

133. Allen, V.M. Contribution of select maternal groups to temporal trends in rates of caesarean section / V.M.Allen, T.F.Baskett, C.M.O'Connell [et al] // J. Obstet. Gynaecol. Can., – 2010. 32 (7), – p. 633-641.
134. Al-Zirqi, I. Prevalence and risk factors of severe obstetric haemorrhage / I.Al-Zirqi, S.Vangen, L.Forsen [et al.] // BJOG., – 2008. 115 (10), – p. 1265-1272.
135. Ananth, C.V. Trends in cesarean delivery for pregnancy and association with perinatal mortality / C.V.Ananth, A.M.Vintzileos // Am. J. Obstet. Gynecol., – 2011. 204 (6), – p. 505-513.
136. Avital, Sh. Preventing intra-abdominal adhesions with polylactic acid film: an animal study / S.Avital, T.Bollinger, J.Wilkinson [et al.] // Dis. Colon Rectum, – 2005. 48 (1), – p. 153-157.
137. Awonuga, A. Postoperative adhesion development following cesarean and open intra-abdominal gynecological operations: a review / A.Awonuga, N.Fletcher, G.Saed [et al.] // Reproductive Sciences, – 2011. 18 (12), – p. 1166-1185.
138. Azim A.A. Adhesion formation after caesarean section // Müasir ginekologiya və perinatologiyanın aktual məsələləri, – 2019. cild 6 (4), – s. 33-37.
139. Badakhsh, M.H. Rise in cesarean section rate over a 30-year period in a public hospital in Tehran / M.H.Badakhsh, M.Seifoddin, N.Khodakarami [et al.] // Arch. Iran. Med., – 2012. 15 (1), – p. 4-7.
140. Barmparas, G. The incidence and risk factors of post-laparotomy adhesive small bowel obstruction / G.Barmparas, B.Branco, B.Schnüriger [et al.] // J. Gastrointest Surg, – 2010. 14 (10), – p. 1619-1628.
141. Bell, S. The use of fibrinogen concentrate to correct hypofibrinogenaemia rapidly during obstetric hemorrhage / S.Bell, R.Rayment, P.Collins [et al.] // Int. J. Obstet. Anesth., – 2010. 19 (2), – p. 218-223.
142. Berghella, V. Evidence-based surgery for cesarean delivery / V.Berghella, J.Baxter, S.Chauhan [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol., – 2005. 193 (5), – p. 1607.
143. Betrán, A. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates / A.Betrán, M.Merialdi, J.Lauer [et al.] // Paediatric and Perinatal Ep-

- idemiology, – 2007. 21 (2), – p. 98-113.
144. Blumenfeld, Y. Single- versus double-layer hysterotomy closure at primary caesarean delivery and bladder adhesions / Y.Blumenfeld, A.Caughey, Y.El-Sayed [et al.] // BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, – 2010. 117 (6), – p. 690-694.
 145. Bolla, D. Technical aspects of the cesarean section / D.Bolla, A.Schöning, G.Drack [et al.] // Gynecol. Surg., – 2010. 7, – p. 127-132.
 146. Broek, R. Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and met-analysis / R.Broek, Y.Issa, E.Santbrink [et al.] // BMJ, – 2013. 347, – p. 1-15.
 147. Catena, F. P.O.P.A. Study: prevention of postoperative abdominal adhesions by icodextrin 4% solution after laparotomy for adhesive small bowel obstruction. A prospective randomized controlled trial / F.Catena, L.Ansaloni, S.Saverio [et al.] // Journal of gastrointestinal surgery, – 2012. 16 (2), – p. 382-388.
 148. Chai, V. Uterine compression sutures for management of severe postpartum haemorrhage: five year audit / V.Chai, W.To // Hong Kong Med. J. – 2014. 20 (2), – p. 113-120.
 149. Chapa, H. Peritoneal adhesion prevention at cesarean section: an analysis of the effectiveness of an absorbable adhesion barrier / H.Chapa, G.Venegas, C.Vanduyne [et al.] // J. Reprod. Med., – 2011. 56 (3-4), – p. 103-109.
 150. Chhabra, S. Trends in maternal mortality due to haemorrhage: two decades of India rural observations / S.Chhabra, R.Sirohi // J. Obstet. Gynecol., – 2004. 24 (1), – p. 40-43.
 151. Choudhury Ch. Cesarean Births: The Indian Scenario. P. 18
 152. Coutinho, I. Uterine exteriorization compared with in situ repair at cesarean delivery: a randomized controlled trial / I.Coutinho, M.Ramos de Amorim, L.Katz [et al.] // Obstet. Gynecol., – 2008. 111 (3), – p. 639-647.
 153. 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.

154. Doshi, H. Cesarean section – changing trends - a National survey / H.Doshi, J.Tripathi, S.Maheshwari [et al.] // J. Obstet. Gynecol. India, – 2009. 59 (2), – p. 140-144.
155. Doumouchtsis, S. Systematic review of conservative management of postpartum hemorrhage: what to do when medical treatment fails / S.Doumouchtsis, A.Papageorghiou, S.Arulkumaran [et al.] // Obstet. Gynecol. Surv., – 2007. 62 (8), – p. 540-547.
156. El-Shawarby, S. Uterine adherence to anterior abdominal wall after caesarean section / S.El-Shawarby, R.Salim, S.Lavery [et al.] // BJOG, – 2011 118 (9), – p. 1133-1135.
157. Epstein, R. A comparison of maternal outcomes in immediate hysterectomy versus conservative management for placenta accrete / R.Epstein, D.Haas, T.Zollinger [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol., 2009, Suppl. to December.
158. Esposito, A.J. is an early mediator of peritoneal fibrinolytic pathway genes and promotes intra-abdominal adhesion formation / A.J.Esposito P.Substance // Journal of Surgical Research, – 2013. 181 (1), – p. 25-31.
159. Farine, D. Classification of Caesarean Sections in Canada: The Modified Robson Criteria / D.Farine, D.Shepherd // J. Obstet. Gynaecol. Can, – 2012. 34 (10), – p. 976–979.
160. Fortelny, R. Adverse effects of polyvinylidene fluoride-coated polypropylene mesh used for laparoscopic intraperitoneal onlay repair of incisional hernia / R.Fortelny, K.Glaser, A.Petter-Puchner [et al.] // British Journal Of Surgery, – 2010. 97 (7), – c. 1140-1145.
161. Fushiki, H. Efficacy of Seprafilm as an adhesion prevention barrier in cesarean sections / H.Fushiki, T.Ikoma, H.Kobayashi [et al.] // Obstet. Gynecol. Treatment, – 2005. 91, – p. 557-561.
162. Gainsbury, M.L. Key regulators of adhesiogenesis, including vascular endothelial growth factor (VEGF) and transforming growth factor- β 1 (TGF- β 1), are reduced by the antioxidant N-acetyl-L-cysteine (NAC) in a rat model of intraabdominal adhesions // Journal of Surgical Research, – 2010. 158 (2), – p.

163. Gibbons, L. The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage / L.Gibbons, J.Belizán, J.Lauer [et al.] // World Health Report Background Paper, – 2010. 30, – p. 31.
164. González-Quintero, V. Preventing Adhesions in Obstetric and Gynecologic Surgical Procedures / V.González-Quintero, F.Cruz-Pachano // Rev. Obstet. Gynecol., – 2009 2 (1), – p. 38-45.
165. Grafen, F.C. Management of acute small bowel obstruction from intestinal adhesions: indications for laparoscopic surgery in a community teaching hospital. / F.C.Grafen, V.Neuhaus, O.Schöb [et al.] // Langenbeck's Archives Of Surgery, – 2010. 395 (1), – c. 57-63.
166. Gungor, B. Comparative evaluation of adhesions to intraperitoneally placed fixation materials: a laparoscopic study in rats. / B.Gungor, Z.Malazgirt, K.Topgül [et al.] // Indian Journal of Surgery. – 2010. 72 (6), – c. 475-480.
167. Gurol-Urganci, I. Impact of Caesarean section on subsequent fertility: a systematic review and meta-analysis / I.Gurol-Urganci, S.Bou-Antoun, C.Lim [et al.] // Human Reproduction, – 2013. 28 (7), – p. 1943-1952.
168. Hamel, K.J. Incidence of adhesions at repeat cesarean delivery / Am. J. Obstet. Gynecol., – 2007. 196 (5), – p. 31-32.
169. Healy, D. Prevalence and risk factors for obstetric haemorrhage in 6730 singleton births after assisted reproductive technology in Victoria Australia / D.Healy, S.Breheeny, J.Halliday [et al.] // Hum. Reprod., – 2010. 25 (1), – p. 265-274.
170. Hofmeyr, G. Techniques for cesarean section / G.Hofmeyr, M.Mathai, A.Shah [et al.] // Cochrane Databases Sys. Rev., – 2007. 24 (1), – CD004453.
171. Holland, T. Reproducibility of assessment of severity of pelvic endometriosis using transvaginal ultrasound / T.Holland, W.Hoo, D.Mavrellos [et al.] // Ultrasound Obstet. Gynecol, – 2013. 41 (2), – p. 210-215.
172. Hudelist, G. J. Uterine leading sign: a simple sonographic predictor for presence of deep infiltrating endometriosis of the rectum / G.Hudelist, N.Fritzer,

- S.Staettner [et al.] // *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, – 2013. 41 (6), – p. 692-695.
173. Hudic, I. The Misgav-Ladach method of cesarean section: a step forward in operative technique in obstetrics / I.Hudic, E.Bujold, Z.Fatus [et al.] // *Arch Gynecol Obstet. Obstetrical & Gynecological Survey*, – 2013. 68 (3), – p. 182-184.
174. Ignjatovic, D. Intra-abdominal administration of bevacizumab diminishes intra-peritoneal adhesions / D.Ignjatovic, M.Pettersen, J.Nesgaard [et al.] // *The American Journal of Surgery*, – 2010. 200 (2), – p. 270-275.
175. Ishikawa, G. Countermeasure for obstetric hemorrhage / Masui, – 2010. 59 (3), – p. 347-356.
176. Kaplanoglu, M. Effect of Multiple Repeat Cesarean Sections on Maternal Morbidity: Data from Southeast Turkey / M.Kaplanoglu, M.Bulbul, D.Kaplanoglu [et al.] // *Med. Sci. Monit.*, – 2015. 21, – p. 1447-1453.
177. 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.
178. Lauder, C. Abdominal Adhesion Prevention: Still a Sticky Subject? / C.Lauder, G.Garcea, A.Strickland [et al.] // *Dig. Surg.*, – 2010 27 (5), – p. 347-358.
179. Levin, D. Dense adhesions between the uterus and anterior abdominal wall: a unique complication of Cesarean delivery / D.Levin, T.Tulandi // *Gynecol Surg.*, – 2011. 8, – p. 415-416.
180. Liakakos, T. Peritoneal Adhesions: Etiology, Pathophysiology, and Clinical Significance / T.Liakakos, N.Thomakos, P.Fine [et al.] // *Dig. Surg.*, – 2001. 18 (4), – p. 260-273.
181. Liang, J. Analysis on maternal mortality in China, 2000-2005 / J.Liang, Y.Wang, J.Zhu [et al.] // *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, – 2009. 30 (3), – p. 257-260.
182. Lim, S, Safety of total laparoscopic hysterectomy in patients with prior cesarean section / S.Lim, S.Lee, J.Choi [et al.] // *J. Obstet. Gynaecol. Res.*, – 2017. 43 (1), p. 196-201.
183. Lumbiganon, P. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO

- global survey on maternal and perinatal health 2007-2008 / P.Lumbiganon, M.Laopaiboon, A.Gulmezoglu [et al.] // *Lancet*, – 2010. 375 (9713), – p. 490-499.
184. Lyell, D. Rectus muscle and visceral peritoneum closure at cesarean delivery and intraabdominal adhesions / D.Lyell, A.Caughey, E.Hu [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2012. 206 (6), – p. 515.
185. 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.
186. Magann, E. Intra-operative haemorrhage by blunt versus sharp expansion of the uterine incision at cesarean delivery: a randomized clinical trial / E.Magann, S.Chauhan, L.Bufkin [et al.] // *BJOG*, – 2002. 109 (4), – p. 448.
187. Mahawar, K. Sleeve gastrectomy and gastro-oesophageal reflux disease: a complex relationship obesity. / K.Mahawar, N.Jennings, S.Balupuri [et al.] // *Surgery*, – 2013. 23 (7), – c. 987-991.
188. Malvasi, A. Effects of visceral peritoneal closure on scar formation at cesarean delivery / A.Malvasi, A.Tinelli, D.Farine [et al.] // *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, – 2009. 105 (2), – p. 131-135.
189. Marana, R. Correlation between the American Fertility Society classifications of adnexal adhesions and distal tubal occlusion and reproductive outcome in tubal surgery / R.Marana, M.Rizzi, L.Muzii [et al.] // *Fertil. Steril.*, – 1995. 64 (5), – p. 924-929.
190. Mathai, M. Abdominal surgical incisions for cesarean section / M.Mathai, G.Hofmeyr // *Cochrane Databases Sys. Rev.*, – 2007 (1), – CD004453.
191. Menzies, D. Intestinal obstruction from adhesions – how big is the problem? / D.Menzies, H.Ellis // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.*, – 1990. 72 (1), – p. 60-63.
192. Montufar-Rueda, C. Severe postpartum hemorrhage from uterine atony: a multicentric study / C.Montufar-Rueda, L.Rodriguez, J.Jarquín [et al.] // *J. Pregnancy*, – 2013. – p. 1-6.
193. Morales, K.J. Postcesarean delivery adhesions associated with delayed delivery

- of infant / K.J.Morales, M.C.Gordon, G.W.Bates [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2007. 196 (5), – p. 461-466.
194. Moro, F. Prevalence of pelvic adhesions on ultrasound examination in women with a history of Cesarean section / F.Moro, D.Mavrelos, K.Pateman [et al.] // *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, – 2015. 45 (2), – p. 223-228.
 195. Mousa, H. Treatment for primary postpartum haemorrhage / H.Mousa, Z.Alfirevic // *Cochrane Library*, 2009, Issue 1
 196. Mukherjee, S.N. Rising cesarean section rate / *J. of Obstet. Gynecol. of India.*, – 2006. 56, – p. 298-300.
 197. Murphy, C. Severe maternal morbidity for 2004-2005 in the three Dublin maternity hospitals / C.Murphy, K.Murad, R.Deane [et al.] // *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, – 2009. 143 (1), – p. 34-37.
 198. Nafisi, S. Influence of uterine exteriorization versus in situ repair on post-Cesarean maternal pain: a randomized trial / *Int. J. Obstet. Anesth.*, – 2007. 16 (2), – p. 135-8.
 199. Nagi, J. Reproductive outcomes of women with a previous history of Caesarean scar ectopic pregnancies / J.Nagi, S.Helmy, D.Ofili-Yebovi [et al.] // *Human Reproduction*, – 2007. 22 (7), – p. 2012-2015.
 200. Nisenblat, V. Maternal complications associated with multiple cesarean deliveries / V.Nisenblat, S.Barak, O.Griness [et al.] // *Obstet. Gynecol.*, – 2006. 108 (1), – p. 21-26.
 201. O’Neill, S. Cesarean Section and Rate of Subsequent Stillbirth, Miscarriage, and Ectopic Pregnancy: A Danish Register-Based Cohort Study / S.O’Neill, E.Agerbo, L.Kenny [et al.] // *PLoS Med.*, – 2014. 11 (7), – p. 1-14.
 202. O’Neill, S. Cesarean section and subsequent ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis / S.O’Neill, A.Khashan, L.Kenny [et al.] // *BJOG*, – 2013. 120 (6), – p. 671-680.
 203. Özcan, S. Multiple repeat cesarean delivery is associated with increased maternal morbidity irrespective of placenta accreta / S.Özcan, R.Karayalçin, K.Pektas [et al.] // *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*,

- 2015. 19 (11), – p. 1959-1963.
204. Parant, O. Technical aspects of elective repeat caesarean delivery / J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. (Paris), – 2012. 41 (8), – p. 822-823.
205. Patel, P. Intraoperative Complications During Gynecologic Laparoscopy: Does Previous Surgery Matter? / P.Patel, A.Nick, M.Frumovitz [et al.] // J. Minim Invasive Surg. Sci., – 2014. 3 (2), – p. 1-5.
206. Patterson, L. Maternal and perinatal morbidity associated with classic and inverted Tcesarean incisions / L.Patterson, C.O’Connell, T.Baskett [et al.] // Obstet. Gynecol., – 2002 100 (4), – p. 633-637.
207. Poole J. Adhesions following cesarean delivery: a review of their occurrence, consequences and preventative management using adhesion barriers // Women's Health, – 2013. 9 (5), – p. 467-477.
208. Quinones, J. Clinical evaluation during postpartum hemorrhage / J.Quinones, J.Uxer, J.Gogle [et al.] // Clin. Obstet. Gynecol., – 2010. 53 (1), – p. 157-164.
209. Rajab, T. Practical implications of postoperative adhesions for preoperative consent and operative technique / T.Rajab, K.Kimonis, E.Ali [et al.] // International Journal of Surgery, – 2013. 11 (9), – p. 753-756.
210. 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.
211. Rodgers, S. Imaging after Cesarean Delivery: Acute and Chronic Complications / S.Rodgers, C.Kirby, R.Smith [et al.] // Radio Graphics, – 2012. 32 (6), – p. 1693-1712.
212. Rossouw, J. Time between skin incision and delivery during cesarean / J.Rossouw, D.Hall, J.Harvey [et al.] // Int. J. Gynaecol. Obstet., – 2013 121 (1), – p. 82-85.
213. Rozen, G. A new perspective on VBAC: A retrospective cohort study / G.Rozen, A.Ugoni, P.Sheehan [et al.] // Women and Birth, – 2011 24 (1), – p. 3-9.
214. Salim, R. Abdominal scar characteristics as a predictor of intra-abdominal adhe-

- sions at repeat cesarean delivery / R.Salim, Y.Kadan, Z.Nachum [et al.] // *Fertil Steril*, – 2008. 90 (6), – p. 2324-2327.
215. Santos, A. A randomized, double-blind, and placebo –controlled study with tranexamic acid of bleeding and fibrinolytic activity after primary coronary artery bypass grafting / A.Santos, R.Kalil, C.Bauemann [et al.] // *Braz. J. Med. Biol. Res.*, – 2006. 39 (1), – p. 63-69.
216. Schneider, F. Bone marrow mesenchymal stem cells stabilize already-formed aortic aneurysms more efficiently than vascular smooth muscle cells in a rat model. / F.Schneider, F.Saucy, R.De Blic [et al.] // *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, – 2013. 45 (6), – c. 666-672.
217. Shah, M. Surgical intervention in the management of the management of postpartum hemorrahe / M.Shah, J.Wright // *Semin. Perinatol.*, – 2009. 33 (2), – p. 109-115.
218. 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.
219. Shirish, S. History of caesarean in Section / S.Shirish, P.Kurush // *J. Obstet. Gynecol. India*, – 2009. 59 (5), – p. 413-423.
220. Şimşek, Y. Analysis of ectopic pregnancies admitted to emergency department / Y.Şimşek, M.Oguzhan // *Turkish Journal of Emergency Medicine*, – 2015 15 (4), – p. 151-154.
221. Smith, G.C. The Effect of Delaying Childbirth on Primary Cesarean Section Rates / G.C.Smith, Y.Cordeaux, I.R.White [et al.] // *PLoS Medicine*, – 2008. 5 (7), – p. 1123-1132.
222. Stovall, T.G. Predictors of pelvic adhesions / T.G.Stovall, R.F.Elder, F.W.Ling [et al.] // *J. Reprod. Med.*, – 1989 34 (5), – p. 345-348.
223. Tarney, C. Bladder Injury During Cesarean Delivery / *Current Women’s Health Reviews*, – 2013. 9 (2), – p. 70-76.
224. Timor-Tritsch, I. The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy / I.Timor-Tritsch, A.Monteagudo, R.Santos [et al.] // *Am. J. Obstet. Gy-*

- necol., – 2012. 207 (1), – p. 44.
225. Tingstedt, B. Prevention of Abdominal Adhesions – Present State and What's beyond the Horizon? / B.Tingstedt, K.Isaksson, E.Andersson [et al.] // Eur. Surg. Res., – 2007. 39 (5), – p. 259-268.
226. 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.
227. Tulandi, T. Adhesion formation and morbidity after repeat cesarean delivery / T.Tulandi, M.Agdi, A.Zarei [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol., 201:56.e.1–56.e.16
228. Tulandi, T. Clinical relevance of intra-abdominal adhesions in cesarean delivery / T.Tulandi, B.Al-Sannan, G.Akbar [et al.] // Gynecol. Surg., – 2011. 8, – p. 399-403.
229. Tulandi, T. Prospective study of intraabdominal adhesions among women of different races with or without keloids / T.Tulandi, B.Al-Sannan, G.Akbar [et al.] // Am. J. Obstet. Gynecol., – 2011. 204 (2), – p. 132.
230. Tulandi, T. Classification of intra-abdominal adhesions after cesarean delivery / T.Tulandi, D.Lyell // Gynecol. Surg., – 2013. 10 (1), – p. 25-29.
231. Tütüncü, L. Does Previous Cesarean Delivery Increase the Risk of Ectopic Pregnancy? / L.Tütüncü, E.Müngen, M.Muhcu [et al.] // Perinatal. Journal, – 2005. 13 (2), – p. 105-109.
232. Wallin, G. Modified Joel-Cohen technique for cesarean delivery / G.Wallin, O.Fall // Br. J. Obstet. Gynaecol., – 1999. 106 (3), – p. 221-22
233. Walsh, C.A. Evidence-based cesarean technique / Curr. Opin. Obstet. Gynecol., – 2010. 22 (2), – p. 11.
234. Wang, C.B. Cesarean scar defect: correlation between Cesarean section number, defect size, clinical symptoms and uterine position / C.B.Wang, W.W.Chiu, C.Y.Lee [et al.] // Ultrasound Obstet Gynecol., – 2009. 34 (1), – p. 85-89.
235. Whang, S.H. In search of the best peritoneal adhesion model: comparison of different techniques in a rat model [Text] // Journal of Surgical Research, – 2011.

167 (2), – p. 245-250.

236. Wu, S. Abnormal placentation: twenty-year analysis / S.Wu, M.Kocherginsky, J.Hibbard [et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.*, – 2005. 192 (5), – p. 1458-1461.
237. Zahumenský, J. Adhesive Bowel Strangulation after Caesarean Section, the Rare Puerperal Complication / J.Zahumenský, B.Zmrhalová, O.Šottner [et al.] // *Prague Medical Report*, – 2010. 111 (1), – p. 65-68.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Ф. И.О. (пациентки)

Предварительный диагноз:

Клинический диагноз:

Заключительный диагноз:

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

Ф. И.О	Дата и год рождения	Адрес
Место работы, должность	Дата поступления	Дата выписки

Особенности анамнеза

Status praesens

Рост	Вес	Особенности опорно-двигательного аппарата

Наружная пельвиометрия Количественная информация об оперативном вмешательстве

Distancia spinarum	
distancia cristarum	
distancia trochanterica	
conjquets externa	
прямой размер выхода таза	
поперечный размер выхода таза	
высота лона	
лонный угол	
индекс Соловьева.	

Длительность операции	
Время извлечения плода (с момента начала операции)	
Оценка плода по шкале Апгар	
Величина внутриоперационной кровопотери	

Качественная информация об оперативном вмешательстве

Способ анестезии

Особенности оперативного вмешательства в связи с наличием спаек

Трудности при извлечении плода

Дополнительные технические действия в связи со спаечным процессом

ОЦЕНКА ПРЕНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В БАЛЛАХ

Группа	№/№ п/п	ФАКТОРЫ РИСКА	Оценка в баллах
1	2	3	4
I СОЦИАЛЬНО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ			
	1	Возраст матери До 20 лет 30 - 34 года 35-39 лет 40 лет и более	2 2 3 4
	2	Возраст отца 40 лет и более	2
	3	Профессиональные вредности: У матери У отца	3 3
	4	Вредные привычки Мать: курение 1 пачки сигарет в день злоупотребление алкоголем Отец: злоупотребление алкоголем	1 2 2
	5	Эмоциональная нагрузка	1
	6	Рост и весовые показатели матери: Рост 150 см. и менее Вес на 25% выше нормы	2 2
		СУММА БАЛЛОВ	
II АКУШЕРСКО - ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ			
	1	Паритет (которые роды) 4-7 8 и более	1 2
	2	Аборты перед первыми настоящими родами 1 2 3 и более	2 3 4
	3	Аборты перед повторными родами или после последних родов 3 и более	2
	4	Преждевременные роды 1 2 и большее	2 3
	5	Мертворождение 1 2 и более	3 3
	6	Смерть в неонатальном периоде 1 2 и более	2 7
	7	Аномалии развития у детей	3
	8	Неврологические нарушения	2
	9	Вес доношенных детей до 2500 и 4000г и более	2
	10	Бесплодие: 2-4 года 5 лет и более	2 4
	11	Рубец на матке после операции	3
	12	Опухоли матки и яичников	3
	13	Истмико-цервикальная недостаточность	2
	14	Пороки развития матки	3
		СУММА БАЛЛОВ	
III ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МАТЕРИ			
	1	Сердечно-сосудистые: А) пороки сердца без нарушения кровообращения Б) пороки сердца с нарушением кровообращения В) гипертоническая болезнь I-II-III степени Г) вегето-сосудистая дистония	3 10 2-8-12 2
	2	Заболевания почек: А) до беременности Б) обострение заболевания при беременности В) заболевание надпочечников	2 7 7
	3	Эндокринопатии: А) диабет Б) диабет родных В) заболевания щитовидной железы	10 1

		товидной железы	7
4		Анемия Нв (г/процентов) 9-10-11	4-2-1
5		Коагулопатии	2
6		Миопия и другие заболевания глаз	2
7		Хронические специфические инфекции (туберкулез, бруцеллез, сифилис, токсоплазмоз и др.)	3
8		Острые инфекции при беременности	2
		СУММА БАЛЛОВ	
IV ОСЛОЖНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ			
	1	Выраженный ранний токсикоз	2
	2	Поздний токсикоз: А) водянка Б) нефропатия I-II-III степени В) эклампсия Г) преэклампсия	2 3-5-10 12 11
	3	Кровотечение в I и II половине беременности	3 - 5
	4	РН и АВО изосенсибилизации	5-10
	5	Многоводие	4
	6	Маловодие	3
	7	Тазовое предлежание плода	3
	8	Многплодие	3
	9	Переношенная беременность	3
	10	Неправильное положение плода (поперечное, косое)	3
		СУММА БАЛЛОВ	
V ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПЛОДА			
	1	Гипотрофия плода	10
	2	Гипоксия плода	4
	3	Содержание эстриола в суточной моче 4,9 мг/сут. в 30 недель	3-4
	4	Изменение вод при амниоскопии	8
		СУММА БАЛЛОВ	

По сумме баллов беременные относятся к группе:

НИЗКОГО РИСКА - до 4 баллов

СРЕДНЕГО РИСКА - 5 - 9 баллов

ВЫСОКОГО РИСКА - 10 баллов и выше

Согласно общепринятой классификации, выделяют четыре степени спаечного процесса в малом тазу:

- I степень - единичные нежные прозрачные бессосудистые спайки;
- II степень - единичные сосудистые спайки, часто нарушающие расположение труб относительно яичников, треть которых прикрыта спайками;
- III степень - множественные грубые сосудистые спайки, нарушающие расположение органов малого таза, при этом просматривается у яичников;
- IV степень - область малого таза не визуализируется из-за обширного спаечного процесса.

ИНДЕКС ПЕРИТОНЕАЛЬНЫХ СПАЕК



Область	Степень спаек	Оценка степени спаек
A Правый верхний	_____	0 нет спаек
B Эпигастрий	_____	1 тонкие спайки, тупая диссекция
C Левый верхний	_____	2 сильные спайки, диссекция острым методом
D Левый бок	_____	3 очень прочные васкуляризированные спайки
E Левый нижний	_____	диссекция острым методом, повреждение
F Таз	_____	вряд ли можно предотвратить
G Правый нижний	_____	
H Правый бок	_____	
I Центральное	_____	
L Кишечник к кишечнику	_____	

РАI

Peritoneal adhesion index- индекс перитонеальных спаек

Классификация интра-абдоминальных спаек после кесарева сечения по Т.Туланди

Спайки	консистенция спаек	<3см	3-6см	>6см
Между маткой и мочевым пузырем	Тонкие	1	2	4
	Плотные	4	8	16
Между маткой и брюшной фасцией	Тонкие	1	2	4
	Плотные	4	8	16
Между маткой и сальником	Тонкие	1	2	4
	Плотные	4	8	16
Между сальником и брюшной фасцией	Тонкие		2	
	Плотные			8
Спайки в других структуре органов малого таза, которые препятствуют рождению	Тонкие			4
	Плотные			8
Итого				

SORGU VƏRƏQİ – SF-36

S.A.A. _____ Doldurma tarixi _____

Müalicədən əvvəl _____ Müalicədən sonra _____ (müddət)

1. Siz ümumiyyətlə öz sağlamlığınızı necə qiymətləndirirsiniz (bir qiyməti dairəyə alın)

- Əla 1
 Çox yaxşı 2
 Yaxşı 3
 Kafi 4
 Qeyri-kafi 5

2. Siz hal-hazırda öz sağlamlığınızı bir əvvəlki ilə müqayisədə necə qiymətləndirirsiniz (bir qiyməti dairəyə alın)

- Bir il əvvələ nəzərən, xeyli yaxşı..... 1
 Bir il əvvələ nəzərən, bir qədər yaxşı..... 2
 Bir il əvvələ nəzərən, dəyişməyib 3
 Bir il əvvələ nəzərən, bir qədər pis 4
 Bir il əvvələ nəzərən, olduqca pis 5

3. Aşağıdakı sullar, Sizin adi gün ərzində rastlaşa biləcəyiniz fiziki yükə aiddir. Sizin, hazırkı sağlamlıq durumunuz aşağıda sadalanan fiziki yükü yerinə yetirməkdə Sizi məhdudlaşdırırmı ? Əgər bu belədirsə, o zaman hansı dərəcədə ? (hər bir sətirdə bir qiyməti dairəyə alın)

	Bəli, xeyli məhdudlaşdırır	Bəli, bir qədər məhdudlaşdırır	Xeyr, tamamilə məhdudlaşdırmır
A. Qaçış, ağırlığın qaldırılması, güc idman növləri ilə məşğul olmaq kimi ağır fiziki yüklər.	1	2	3
B. Masanı çəkmək, tozsoranla iş görmək, göbələk və ya giləmeyvə yığmaq kimi orta fiziki yüklər.	1	2	3
C. Ərzaq olan çantanı qaldırmaq və ya daşımaq.	1	2	3
D. Pilləkənlə bir neçə mərtəbə arası piyada çıxmaq.	1	2	3
E. Pilləkənlə bir mərtəbə arası piyada çıxmaq.	1	2	3
F. Əyilmək, diz üstə oturmaq, çömələrk oturmaq.	1	2	3
G. Bir kilometrədən artıq məsafəni piyada getmək.	1	2	3
H. Bir neçə məhəllə məsafəni piyada getmək.	1	2	3
I. Bir məhəllə məsafəni piyada getmək.	1	2	3
J. Müstəqil olaraq yuyunmaq, geyinmək.	1	2	3

4. Son 4 həftə ərzində olub ki, Sizin fiziki vəziyyətiniz Sizin işinizdə və ya digər adi gündəlik fəaliyyətinizdə çətinlik yaradıb, və bu səbəbdən:

(hər bir sətirdə bir qiyməti dairəyə alın)

	Bəli	Xeyr
A. İşinizə və ya digər fəaliyyətinizə sərf etdiyiniz zamanı azaltmalı olmusunuz.	1	2
B. İstədiyinizdən daha az iş görmüsünüz.	1	2
C. Sizin hər hansı bir müəyyən işinizin və ya digər fəaliyyətinizin yerinə yetirilməsində məhdudiyətiniz olub.	1	2
D. Öz işinizin və ya digər fəaliyyətinizin yerinə yetirilməsində çətinliklər olmuşdur (məsələn, onlar əlavə güc tələb etmişdir).	1	2

5. Son 4 həftə ərzində olub ki, Sizin emosional vəziyyətiniz Sizin işinizdə və ya digər adi gündəlik fəaliyyətinizdə çətinlik yaradıb, və bu səbəbdən:

(hər bir sətirdə bir qiyməti dairəyə alın)

	Bəli	Xeyr
A. İşinizə və ya digər fəaliyyətinizə sərf etdiyiniz zamanı azaltmalı olmusunuz.	1	2
B. İstədiyinizdən daha az iş görmüsünüz.	1	2
C. Öz işinizi və ya digər fəaliyyətinizi adəti üzrə olduğu kimi səliqə ilə yerinə yetirməmişiniz	1	2

6. Son 4 həftə ərzində, Sizin fiziki və emosional vəziyyətiniz Sizə ailə, dostlar, qonşular ilə və ya kollektivdə vaxt keçirməyinizə nə dərəcədə mane olmuşdur ?

(bir qiyməti dairəyə alın)

- Heç mane olmamışdır 1
 Bir qədər 2
 Orta dərəcədə 3
 Çox 4
 Olduqca çox 5

7. Son 4 həftə ərzində, Siz nə dərəcədə güclü fiziki ağrı hiss etmişiniz ?

(bir qiyməti dairəyə alın)

- Heç hiss etməmişəm 1
 Çox zəif 2
 Zəif 3
 Orta 4
 Güclü 5
 Çox güclü 6

8. Son 4 həftə ərzində, ağrı hissi Sizə normal iş fəaliyyətinizlə məşğul olmağa nə dərəcədə mane olmuşdur (evdə və ya evdən kənar işdə) ?

(bir qiyməti dairəyə alın)

- Heç mane olmamışdır 1

Bir qədər.....	2
Orta.....	3
Çox	4
Olduqca çox	5

9. Aşağıdakı suallar, son 4 həftə ərzində Sizin özünüzü necə hiss etməyinizə və əhvalınızın necə olmasına aiddir. Hər bir suala Sizin hisslərinizə daha çox uyğun olan bir cavabı göstərin.

(hər bir sətirdə bir qiyməti dairəyə alın)

	Hər zaman	Çox vaxt	Tez-tez	Bəzən	Az-az	Heç vaxt
A. Siz özünüzü qumrah hiss etmisiniz ?	1	2	3	4	5	6
B. Siz çox əsəbiləşirdiniz ?	1	2	3	4	5	6
C. Siz özünüzü elə məyus hiss edirdiniz ki, heç nə Sizi ruhlandırmırdı ?	1	2	3	4	5	6
D. Siz özünüzü sakit və dinc hiss edirdiniz ?	1	2	3	4	5	6
E. Siz özünüzü çox güclü və enerjili hiss edirdiniz ?	1	2	3	4	5	6
F. Siz özünüzü ruhdan düşmüş və qəmgin hiss edirdiniz ?	1	2	3	4	5	6
G. Siz özünüzü üzülmüş hiss edirdiniz ?	1	2	3	4	5	6
H. Siz özünüzü xoşbəxt hiss edirdiniz ?	1	2	3	4	5	6
I. Siz özünüzü yorgun hiss edirdiniz ?	1	2	3	4	5	6

10. Son 4 həftə ərzində, Sizin fiziki və emosional vəziyyətiniz Sizə insanlarla aktiv ünsiyyət saxlamaqda nə dərəcədə mane olmuşdur (məsələn, dostlara, qohumlara baş çəkmək və s.) ?

(bir qiyməti dairəyə alın)

Hər zaman	1
Çox vaxt	2
Bəzən.....	3
Az-az.....	4
Heç vaxt.....	5

11. Aşağıda göstərilən təsdiqlərin Sizə aid edilməsini nə dərəcədə Düz və ya Səhv sayırsınız ?

(hər bir sətirdə bir qiyməti dairəyə alın)

	Dəqiq doğrudur	Əsasən doğrudur	Bilmirəm	Əsasən doğru deyil	Dəqiq doğru deyil
A. Mənə elə gəlir ki, başqalarına nəzərən mən xəstəliklərə daha çox meyliyəm	1	2	3	4	5
B. Mənim sağlamlığım heç də, mənim tanışlarımdan bir çoxundan pis deyil	1	2	3	4	5
C. Mən gözləyirəm ki, mənim sağlamlığım pisləşəcək	1	2	3	4	5
D. Mənim sağlamlığım əla vəziyyətdədir	1	2	3	4	5

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

КЖ – качество жизни

КС – кесарево сечение

РР – родоразрешение

СП – спаечный процесс