

УДК 616.381-002.

*Касимова Сахибахон Абдувасилевна
Кодиров Шавкат Номонович, доцент.,
Ирискулов Бахтиёр Уктамович, д.м.н, профессор
Кафедра общей хирургии
Кафедра нормальной и патологической физиологии
Андижон давлат тиббиёт институти
Тошкент тиббиёт академияси*

**ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ
КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ
ПЕРИТОНИТОМ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

Резюме: Акушерский перитонит – одно из наиболее грозных осложнений послеродового периода и особенно после операции кесарево сечение.

Важная роль матки в качестве входных ворот инфекции определяется наличием в ней сгустков крови и остатков плодного яйца, являющихся прекрасной средой для роста микроорганизмов.

После кесарева сечения высок риск развития гнойно-септических осложнений с формированием несостоятельности рубца на матке, который в раннем послеоперационном периоде является причиной развития эндометрита и перитонита

Данная статья дает представление о патофизиологических основах лечения больных с осложнениями перитонита после кесарева сечения.

Ключевые слова: перитонит, кесарева сечения, осложнения, патофизиологическая обоснования.

*Kasimova Sahibahon Abduvasilevna
Kodirov Shavkat Nomonovich, Associate Professor,
Iriskulov Bakhtiyor Uktamovich, MD, Professor
Department of General Surgery*

Department of Normal and Pathological Physiology

Andijon davlat tibbiyot instituti

Toshkent tibbiyot akademiyasi

**PATHOPHYSIOLOGICAL JUSTIFICATION OF COMPLEX
TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATIONS OF
PERITONITIS AFTER CESAREAN SECTION**

Resume: Obstetric peritonitis is one of the most threatening complications of the postpartum period and especially after cesarean section surgery.

The important role of the uterus as the entrance gate of infection is determined by the presence of blood clots and remnants of the fetal egg in it, which are an excellent environment for the growth of microorganisms.

After cesarean section, there is a high risk of developing purulent-septic complications with the formation of an incompetent scar on the uterus, which in the early postoperative period is the cause of endometritis and peritonitis

This article gives an idea of the pathophysiological basis of treatment of patients with complications of peritonitis after cesarean section.

Key words: peritonitis, cesarean section, complications, pathophysiolygetic substantiation.

Актуальность. Многочисленными исследованиями установлено, что рост инфекционных осложнений в акушерстве в значительной мере обусловлен увеличением частоты кесарева сечения [3,8]. Увеличение частоты абдоминального родоразрешения объясняют ростом тяжелой экстрагенитальной и акушерской патологии, высокой частотой повторных операций, увеличением возраста первородящих в сочетании с другими факторами акушерского и гинекологического анамнеза [4,7].

За последние годы в России частота кесарева сечения возросла в 3–3,5 раза [1,5], причем рассчитывать на снижение этого показателя в ближайшем будущем не приходится. При проведении этой операции

нельзя не учитывать возрастающий риск гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде, как несостоятельность швов на матке.

В настоящее время структура показаний к операции кесарева сечения значительно изменилась. На первый план выходят относительные показания, которые в большой степени учитывают интересы плода [2,6]. В последние годы в России показаниями для кесарева сечения наиболее часто являются возраст первородящей старше 30 лет в сочетании с различной акушерской патологией.

По данным зарубежных исследователей, в структуре показаний к абдоминальному родоразрешению, рубец на матке составляет 15–38 %, гестоз 16 %, слабость родовой деятельности 13,4–42 %, дистресс плода 10–19 %; т.е. интересы плода являются ведущими почти в 80 % всех случаев оперативного родоразрешения.

Расширение показаний к кесареву сечению со стороны плода являются одним из наиболее важных моментов, определяющих рост частоты кесарева сечения в современном акушерстве. В то же время по литературным данным выделено малое число критериев или особенностей течения послеоперационного периода у больных с несостоятельностью швов на матке после кесарева сечения.

Ведущее место среди причин акушерского перитонита принадлежит интоксикации, обусловленной бактериальными токсинами, тканевыми протеазами, биогенными аминами (гистамин, серотонин, кинин), гиповолемии и парезу желудочно-кишечного тракта [7]. В процессе токсического поражения клеток организма активное участие принимают продукты метаболизма арахидиновой кислоты: тромбоксан, простагландин и простагландин, которые выделяясь в сыворотку крови и легочную лимфу, вызывают гемодинамические и вентиляционные нарушения. Особое место в патогенезе акушерского перитонита занимает парез кишечника. Перерастяжение кишечных петель жидкостью и газами

приводит к нарушению двигательной, секреторной, всасывательной функции кишечника, расстройству промежуточного обмена и обезвоживанию. Давление в просвете кишечника повышается, возникает его перерастяжение, ишемия стенки, прогрессирует парез. В терминальной стадии важное значение приобретает угнетение симпатических и парасимпатических нервных импульсов, нарушающее функцию жизненно важных органов [4]. Диагностику акушерского перитонита проводят на основе анализа анамнестических, клинических, лабораторных данных, а также по результатам УЗИ, рентгенологического исследования, лапароскопии и компьютерной томографии (КТ).

Основой диагностики является динамическое наблюдение в сочетании с активным ведением послеоперационного периода. Если на 3-е сутки после кесарева сечения на фоне адекватной инфузионной и антибактериальной терапии сохраняется или прогрессирует тахикардия, одышка и парез кишечника, следует исключить перитонит [3,8]. Лечение перитонита – это релапаротомия, ревизия брюшной полости и экстирпация матки с трубами.

Цель исследования. Улучшение результатов лечения акушерского перитонита после кесарева сечения на основании своевременной диагностики и органосохраняющего хирургического лечения с сохранением репродуктивной функции.

Материалы и методы исследования. Для выполнения поставленной перед нами задачи мы отобрали в общей сложности 100 пациентов с осложнениями перитонита после разреза и провели у них обследования

Результаты исследования. К факторам риска акушерского перитонита относятся: анемия, угроза прерывания беременности во II и III триместрах, осложнения со стороны мочевыделительной системы, ОРВИ во время беременности, экстренность родоразрешения, интраоперационная

кровопотеря более 1% от массы тела, ушивание разреза на матке однорядным швом, хориоамнионит в родах.

Оптимальный алгоритм обследования родильниц с акушерским перитонитом помимо традиционного клинико-лабораторного обследования включает определение диагностических критериев синдрома системной воспалительной реакции и сепсиса, оценку степени тяжести на основе интегральных шкал органических дисфункций, определение прокальцитонина и расчет лейкоцитарного индекса интоксикации.

Определение уровня прокальцитонина в сыворотке крови является важным диагностическим тестом, позволяющим в течение 30 минут оценить степень тяжести воспалительного процесса бактериальной этиологии, подтвердить или опровергнуть развитие синдрома системной воспалительной реакции или сепсиса.

При отсутствии органических дисфункций, подтвержденных интегральными шкалами, и уровне прокальцитонина менее 2 нг/мл у родильниц с несостоятельностью швов на матке и акушерским перитонитом возможно проведение реконструктивных операций.

У 52% родильниц клиническая картина перитонита после кесарева сечения характеризуется формированием «стертых» форм заболевания без пареза кишечника и симптомов раздражения брюшины и только у 48% родильниц развилась классическая форма акушерского перитонита.

При отсутствии у родильницы сепсиса органосохраняющее лечение акушерского перитонита на фоне несостоятельности швов на матке возможно даже в условиях распространенного гнойно-фибринозного перитонита, что позволяет сохранить матку и после проведения реабилитационных мероприятий и репродуктивную функцию.

Вывод. Определены новые клинические и лабораторные критерии оценки степени тяжести родильниц с акушерским перитонитом, которые позволяют своевременно начать патогенетически обоснованную терапию,

сократить время необходимой предоперационной подготовки, определить объем оперативного вмешательства.

Разработана и внедрена в практическую деятельность методика лечения больных с акушерским перитонитом, включающая акушерский этап операции (санация матки с последующим наложением вторичных швов), хирургический этап операции (санация и дренирование брюшной полости) и последующую интенсивную терапию в условиях реанимационного отделения.

Предложенная лечебная тактика рекомендована к внедрению в крупные многопрофильные стационары. На большом количестве наблюдений доказана её эффективность, что позволило сохранить репродуктивную функцию женщинам с тяжелыми послеродовыми гнойно-септическими осложнениями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамченко В.В. Гнойно-септическая инфекция в акушерстве и гинекологии / В.В. Абрамченко. - СПб.: Спец. Литература, 2005. - 459 с.

2. Вдовиченко Ю.П., В.И. Бойко, Вдовиченко С.Ю. Перитонит после кесарева сечения: дискуссионный вопросы // Мистецтво лшувания. — 2008. - № 8. - С. 37-39.

3. Логутова Л.С., Титченко Л.И., Новикова С.В. и др. Возможности использования новых ультразвуковых технологий в диагностике послеродовых осложнений // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2007. - №5. - С. 24—30.

4. Мешалкина И.В., Орджоникидзе Н.В., Федорова Т.А. Применение плазмафереза в составе комплексной терапии послеродового эндометрита // Акушерство и гинекология. - 2010. - № 4. - С. 45-49.

5. Суковатых Б.С., Блинков Ю.Ю., Иванов П.А., Миляев Е.М. Показания, противопоказания и технология видеоэндоскопических

санаций брюшной полости при распространенном гнойном перитоните // Хирургия. - 2012. — №5.-С. 18-23.

6.Charles E., Kathryn P. et al. Surveillance of maternal peripartum complications following cesarean section, New Jersey 1997-2005 / Division of family health services New Jersey of health and senior services. - N.J., 2009. -16 p.

7.Peled Y., Melamed N., Chen R., Pardo J. et al. The effect of time of day on outcome of unscheduled cesarean deliveries // J Matern Fetal Neonatal Med. -2011 Aug.-Vol. 24 (8).-P. 1051-1054.

8.Wheller A.P. Recent developments in the diagnosis and management of severe sepsis//Chest. - 2007. - Vol. 132 (6).-P. 1967-1976.