

тести таъчилии молишаки милк гузаштаанд. Аз шумораи умумии ташхисшудагон дар 739 ҳолат натиҷаи тести якум мусбӣ муайян карда шуд, аз ин шумора 484 ҳолат дар МД «Маркази ҷумҳуриявии пешгирӣ ва мубориза бар зидди ВНМО» тасдиқи худро ёфтаанд, ки 403 нафари онҳо якумин маротиба дарёфт шудаанд.

**Хулоса.** Ташхиси таъчилии ВНМО бо истифода аз молишаки милк дар байни гурӯҳҳои калидии аҳоли ба монанди шарикони алоқаи чинсӣ ва шарикони тазриқи шахсони бо ВНМО зиндагикунанда, самаранокии баланд ва дастрасии худро нишон дод. Мизочон бе ягон ҳарос барои гузаштани таш-

хис розигии худро додаанд. Ҳассосияти баланд ва ҳосияти тестҳо шумораи мизочонро бо натиҷаҳои «мусбии бардурӯғ» ва «манфии бардурӯғ» коҳиш медиҳад. Осонии истифода, беҳатарӣ ва тартиби санҷиши бедард боиси он гардид, ки ин усул дар як муддати кӯтоҳ ҳам дар муассисаҳои давлатӣ ва ҳам дар байни ташкилотҳои ҷамъиятӣ, ки дар самти пешгирии сирояти ВНМО кор мекунанд, бомуваффақият ҷорӣ карда шуд.

**Калимаҳои калидӣ:** тестҳои таъчилии молишаки милк, самаранокии тестҳои таъчилӣ, Тоҷикистон.

УДК: 616-089-059:618.1-089

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-80-89

Г.К. Раджабова<sup>1</sup>, Г.Н. Ашурова<sup>2</sup>, Ф.И. Махмадов<sup>2</sup>

## ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ ПАТОЛОГИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И ГЕНИТАЛИЙ

<sup>1</sup>ГУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

<sup>2</sup>Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

**Махмадов Фарух Исроилович** – д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Тел.: +(992)900754490; Email: fmahmadov@mail.ru

**Цель исследования.** Оценить роль видеолaparоскопии в диагностике и лечении неотложных патологий органов брюшной полости и гениталий.

**Материал и методы.** Исследование основано на анализе лечения 240 женщин с острыми патологиями органов брюшной полости и гениталий, поступивших в период с 2012 по 2020 годы. По частоте сочетания острых патологий органов брюшной полости и гениталий, преобладали острый аппендицит и различные осложненные формы кисты правого яичника, что составило 33,3% (n=80) пациенток. Наряду с этим встречались такие сочетания, как острый калькулезный холецистит + миома матки – 20,0%, острый калькулезный холецистит + киста яичника – 18,3%, осложненные формы миомы матки + грыжи передней брюшной стенки – 13,7%, осложненные формы кисты яичника + грыжи передней брюшной стенки – 7,9%, осложненные формы кисты яичника + спаечная болезнь – 6,7%.

**Результаты исследования и их обсуждение.** В определенных случаях (19,2%), видеолaparоскопия первично оказалась диагностической, а в остальных 80,8% – целенаправленно произведена с целью хирургической коррекции. Послеоперационные осложнения у женщин основной и группы сравнения составили 7,5% и 13,3% соответственно. Послеоперационных койко-дней составило 4,8±1,7.

**Заключение.** Видеолaparоскопия является важным способом определения диагностической тактики, что вполне можно трансформировать в лечебную.

**Ключевые слова.** Неотложные патологии органов брюшной полости и гениталий, лапароскопические вмешательства, лапароскопические симультанные операции.

G.K. Radzhabova<sup>1</sup>, G.N. Ashurova<sup>2</sup>, F.I. Makhmadov<sup>2</sup>

## DIAGNOSTIC AND SURGICAL TACTICS FOR EMERGENCY PATHOLOGIES OF THE ABDOMINAL AND GENITAL ORGANS

<sup>1</sup>State Institution “Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan”

<sup>2</sup>Avicenna Tajik State Medical University

**Mahmadov Farukh Isroilovich** - Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Surgical Diseases No. 1, Avicenna TSMU Abuali ibn Sino; Tel.: +(992)900754490; Email: fmahmadov@mail.ru

**Aim.** To evaluate the role of video laparoscopy in the diagnosis and treatment of concomitant urgent pathologies of the abdominal organs and genitals.

**Material and methods.** The study is based on an analysis of the treatment of 240 women with combined acute pathologies of abdominal organs and genitalia, who were admitted for the period 2012 to 2020. According to the frequency of the combination of acute pathologies of abdominal organs and genitalia, acute appendicitis and various complicated forms of cysts of the right ovary prevailed, which amounted to 33.3% (n=80) of patients. Along with this, there were such combinations as acute calculous cholecystitis (ACC) + uterine fibroids - 20.0%, ACC + ovarian cyst - 18.3%, complicated forms of uterine fibroids + hernia of the anterior abdominal wall - 13.7%, complicated forms of ovarian cyst + hernia of the anterior abdominal wall - 7.9%, complicated forms of ovarian cyst + adhesive disease - 6.7%.

**Results.** In certain cases (19.2%), video laparoscopy initially turned out to be diagnostic, and in the remaining 80.8%, it was purposefully performed for surgical correction. Postoperative complications in women of the main and comparison groups were 7.5% and 13.3%, respectively. Postoperative bed-day continued  $4.8 \pm 1.7$ .

**Conclusion.** Videolaparoscopy is an important way to determine diagnostic tactics, which can be easily transformed into a therapeutic one.

**Keywords.** Urgent combined pathologies of the abdominal cavity and genital organs, laparoscopic interventions, laparoscopic simultaneous operations.

**Актуальность.** Неотложные патологии органов брюшной полости (НСП ОБП) и гениталий до сих пор составляет актуальную патологию, требующую дискуссий в структуре гинекологической заболеваемости [1-3], и по статистике, не имеет тенденции к снижению.

Актуальность НСП ОБП и гениталий заключается еще в том, что их последствия зачастую приводят к необратимым патологическим процессам, негативно влияющее на репродуктивную функцию женщин [4, 5]. Вместе с тем, при данной сочетанной патологии отсутствуют отчетливые характерные особенности клинических проявлений и динамики течения, что закономерно усложняют раннюю диагностику и диффдиагностику, что часто заставляет хирургов или гинекологов оперировать этих женщин на стадии того или иного тяжелого осложнения [6, 8, 9]. Подобные случаи из-за гнойного очага, массивного спаечного процесса, порой заканчиваются различными интра- и послеоперационными осложнениями, и не позволяют выполнять радикальные операции. Однако несмотря на изобилие научных публикаций, касательно данной проблемы, несомненно, многие её аспекты продолжают оставаться нерешенными [2, 7, 9].

Применяемая на сегодняшний день как диагностическую, так и хирургическую тактика введения женщин с НСП ОБП и гениталий, нередко оказывается неадекватной, т.к. частота диагностических ошибок на госпитальном уровне достигает 37,2%, а еще в 31,9% случаев диагноз оказывается неполноценным, в том числе и определение степени тяжести доминирующего органа, что сказывается

на объеме предоперационных мероприятий [9, 10]. Сложившаяся ситуация подтверждает необходимость дальнейшего изучения диагностической и хирургической тактик введения при неотложных патологиях органов брюшной полости и гениталий.

**Цель исследования.** Оценить роль видеолaparоскопии в диагностике и лечении сочетанных неотложных патологиях органов брюшной полости и гениталий.

**Материал и методы исследования.** Настоящее исследование выполнялось среди 240 женщин с острыми патологиями ОБП и гениталий, поступивших в ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» и в ГУ Медицинский комплекс «Истиклол» и Родильный дом №2 г. Душанбе, являющихся клиническими базами кафедры хирургических болезней №1 и акушерства и гинекологии №2 ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино в период с 2012 по 2020 годы. Следует отметить, что более 87,0% женщин с сочетанными ОП ОБП и гениталий составили пациентки детородного возраста. Женщины старших возрастных категорий (старше 50 лет) - 12,5%.

По частоте ОП ОБП и гениталий, преобладали острый аппендицит и различные осложненные формы кисты правого яичника (ОФКЯ), что составило 33,3% (n=80) пациенток. Наряду с этим встречались такие сочетания, как острый калькулезный холецистит (ОКХ) + миома матки (ММ) – 48 (20,0%), ОКХ + киста яичника – 44 (18,3%), осложненные формы миомы матки + грыжи передней брюшной стенки (ПБС) – 33 (13,7%),

осложненные формы кисты яичника + грыжи ПБС – 19 (7,9%), осложненные формы кисты яичника + спаечная болезнь (СБ) – 16 (6,7%).

Такие факторы как продолжительность операции, промежуток времени от начала заболевания до операции и правильный выбор способа вмешательства, которые, по сути, являются определяющими, мы отнесли к значимым предикторам исхода заболевания у женщин с НП ОБП и гениталий.

До проведения операций и выбора тактики хирургического лечения у 40 женщин с миомой тела матки и ее осложненных форм (n=15) тщательно изучали репродуктивный анамнез, что, по сути, и определяло объем проводимого вмешательства, включая органосохраняющие и органудаляющие.

С учетом той или иной НП ОБП и гениталий, характера их осложнений и доминирующего органа, были проведены разные виды хирургических вмешательств. В том числе женщинам основной группы (n=120) оперативные вмешательства, касательно коррекции неотложных сочетанных патологий органов брюшной полости и гениталий, произведены малоинвазивным способом, с применением лапароскопической технологией. А женщинам контрольной группы (n=120) – традиционные, открытые операции.

Этапность операции зависела от доминирующего органа и решалась совместным консилиумом акушер-гинекологов и хирургов.

С целью диагностики НП ОБП и гениталий были применены УЗ-исследование, МРТ и лапароскопия.

Статистический анализ полученных результатов выполнялся с помощью программы «Statistica 10.0» for Windows (StatSoft® Inc, США). Нормальность распределения выборки оценивалась по критериям Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Количественные значения описаны в виде среднего значения (M) и стандартной ошибки (m), качественные значения описаны в виде процентных отношений (%). При парном сравнении двух независимых количественных групп использовался U-критерий Манна-Уитни, для зависимых групп использовался T-критерий Вилкоксона. При сравнении качественных групп использовался критерий  $\chi^2$ , в том числе с поправкой Йетса (при  $n < 10$ ) и по точному критерию Фишера при ( $n < 5$ ).

#### **Результаты исследования и их обсуждение.**

Подготовка женщин с патологиями органов гениталий требует расширения стандартов предоперационного обследования на предмет диагностики сочетанных экстрагенитальных заболеваний, нуж-

дающихся в хирургической коррекции. Вместе с тем правильный индивидуальный подбор больных с сочетанной патологией, адекватная предоперационная подготовка женщин, индивидуализированный выбор метода и объема операции, более того с увеличением объема операции, не оказывает влияния на частоту послеоперационных осложнений, ведет к значительной экономии финансовых средств как на госпитальном, так и на амбулаторном этапе.

Показанием к лапароскопическим симулированным вмешательствам вставили на основании степени операционно-анестезиологического риска по ASA. В основном оперированные женщины относились к I и II степени операционно-анестезиологического риска (89,2%). Среди обследованных женщин основной группы сопутствующие соматические заболевания имело место у 69 (57,5%).

Группа авторов [1, 3] утверждают, что длительный карбоксиперитонеум во время симулированной лапароскопической операций при хирургических и гинекологических патологиях, не оказывает существенного влияния на показатели гемодинамики в послеоперационном периоде, что расширяет возможности проведения указанных симулированных вмешательств.

Наиболее приемлемым, по нашему мнению, является тактика ведения женщин с НСП ОБП и гениталий, основанное на своевременную диагностику и патогенетически обоснованную коррекцию неотложного доминирующего органа. Патогенетическая обоснованность в данной тактике обусловлена уменьшением выраженности синдрома воспалительного ответа, полиорганной недостаточности и предупреждением развития инфекционных осложнений, что достигается за счет последовательной коррекции опасных для жизни осложнений патологий (кровотечение, перитонит), очагов эндотоксикоза и снижения уровня токсинов в крови.

Однозначно, в определенных случаях (19,2%), видеолапароскопия первично оказалось диагностическим, а в остальных 80,8% случаях – лечебным (рис. 1).

Следует отметить, что у женщин с НСП ОБП и гениталий видеолапароскопия, как малоинвазивный метод, безусловно в 100% случаев является эффективным диагностическим мероприятием, которое практически во всех случаях позволяет трансформироваться – в лечебную.

Частой сочетанной патологией ОБП и гениталий явилась сочетание острого аппендицита

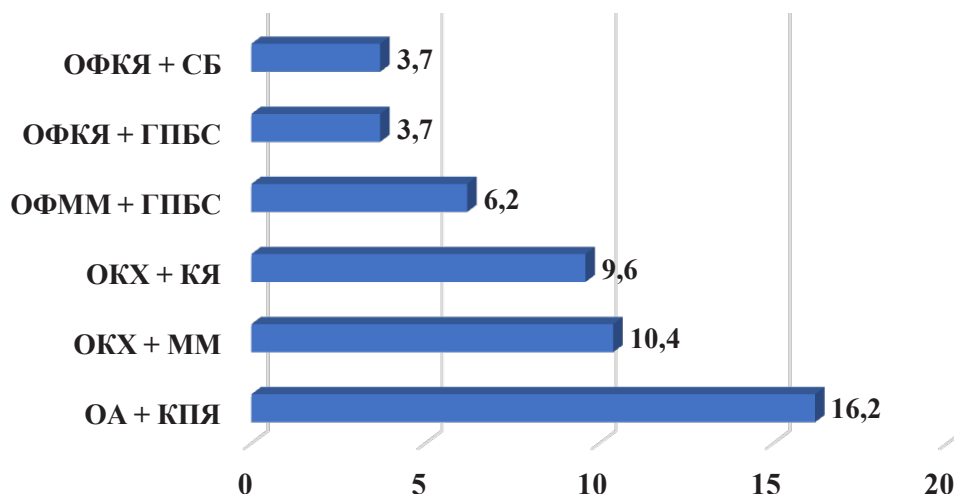


Рис. 1. Лапароскопическая находка у женщин основной группы с НСП ОБП и гениталий, в%

и кисты правого яичника, что встречалась у 39 (32,5%) женщин основной группы. При этом следует отметить, что в 31 (79,5%) наблюдений, киста правого яичника была диагностирована до операции, с помощью УЗ-сонографии, а в 8 (20,5%) наблюдений – диагностированы интраоперационно, при видеолaparоскопии.

Немаловажно, что одним из важных моментов, влияющих на состояние женщин при сочетании с патологиями ОБП, является внутреннее кровотечение. Данное осложнение было отмечено в 19 (15,8%) наблюдениях, осложненных форм кист яичника и миомы матки (при разрыве кисты яичников и кровотечениях из миоматозных узлов матки).

В связи с этим, мы сочли приемлемым учитывать у этой категории больных шоковый индекс (ШИ) Альговера, зависимость её величины от объема кровопотери. По результатам последнего в совокупности с проведенными лабораторными и инструментальными методами исследования, были выставлены показания к оперативным вмешательствам.

У 3 (15,8%) женщин с тяжелым геморрагическим шоком, госпитализированные с нестабильной гемодинамикой, применяли активную тактику введения, т.е. женщинам на операционном столе проведена катетеризация подключичной вены и начато применение противошоковых мероприятий, забор крови для проведения лабораторного анализа.

У женщин с объемом кровопотери более 1,0 литра (n=8) считали целесообразным изучить характер изменений показателей лактата крови и внутрибрюшного давления (ВБД) до проведения видеолaparоскопии и в послеоперационном периоде (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, при ВБД I степени (n=5) за 24 часа после операции показатели лактата крови и ВБД имели тенденцию к восстановлению, намного быстрее, по сравнению со 2-ой и 3-ей степени ВБД (показатели ВБД до операции составляли  $16,9 \pm 0,18$  мм рт.ст., показатели лактата крови составляли в среднем  $2,87 \pm 0,03$  ммоль/л, спустя 24 часа эти показатели составили соответственно  $11,24 \pm 0,61$  мм рт.ст. и  $2,90 \pm 0,07$  ммоль/л соответственно). В целом проведенные исследова-

Таблица 1

**Сравнительные показатели ВБД и лактата крови в динамике у женщин внутренними кровотечениями (n=8)**

| Показатели               | До операции     | Через 6 часов    | Через 12 часов   | Через 24 часа    | p      |
|--------------------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|--------|
| ВБД I степени (n=5)      |                 |                  |                  |                  |        |
| ВБД, мм рт.ст.           | $13,1 \pm 0,25$ | $10,32 \pm 0,21$ | $10,11 \pm 0,17$ | $9,68 \pm 0,32$  | <0,001 |
| Лактат крови, ммоль/л    | $1,5 \pm 0,03$  | $3,17 \pm 0,05$  | $2,12 \pm 0,03$  | $1,4 \pm 0,01$   | <0,001 |
| ВБД II-III степени (n=3) |                 |                  |                  |                  |        |
| ВБД, мм рт.ст.           | $16,9 \pm 0,18$ | $14,41 \pm 0,07$ | $13,85 \pm 0,24$ | $11,24 \pm 0,61$ | <0,001 |
| Лактат крови, ммоль/л    | $2,87 \pm 0,03$ | $3,73 \pm 0,04$  | $3,34 \pm 0,03$  | $2,90 \pm 0,07$  | <0,001 |

Примечание: p - статистическая значимость различия показателей в динамике (по критерию Фридмана)

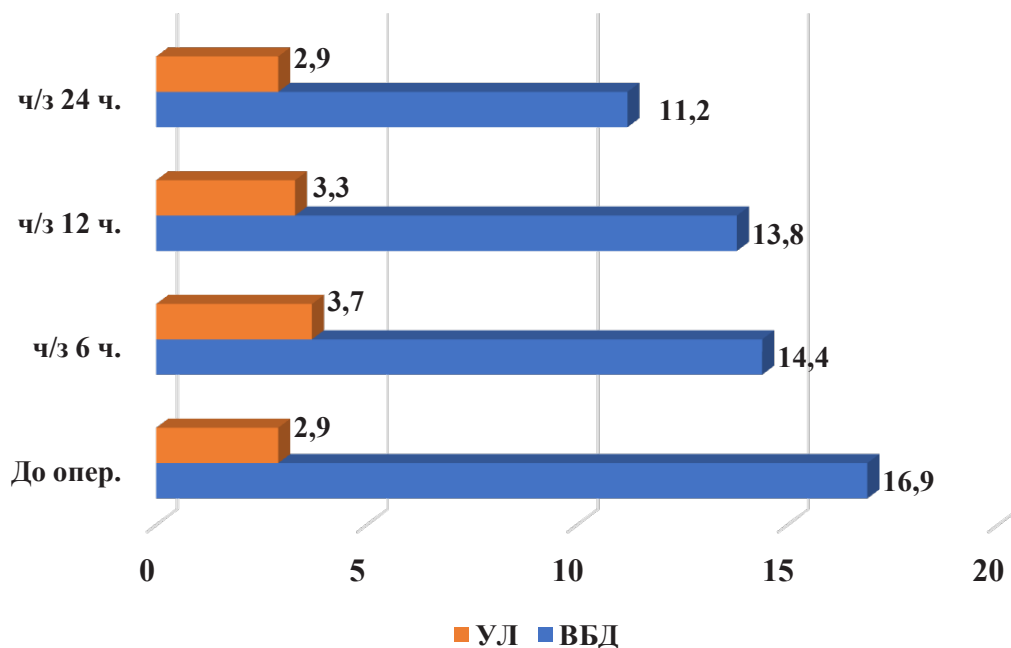


Рис. 2. Изменение показателей ВБД и лактата крови при I-ой степени ВБД  
Примечание: УЛ – уровень лактата, ммоль/л, ВБД – внутрибрюшное давление, мм рт.ст.

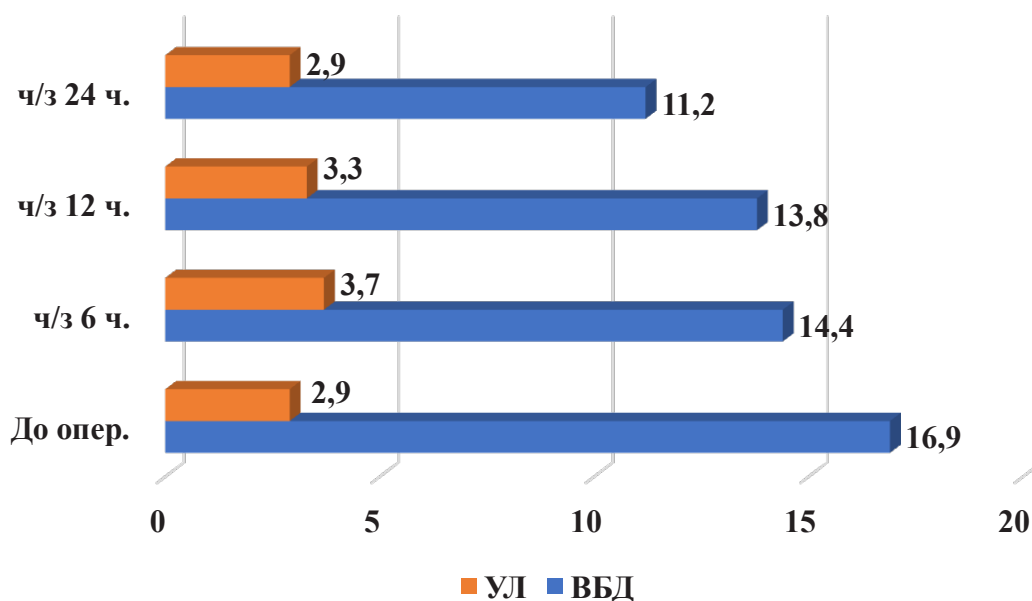


Рис. 3. Изменение показателей ВБД и лактата крови при II и III-ей степени ВБД

ния показателей ВБД и лактата крови у женщин с НСП ОБП и гениталий, осложненным внутренним кровотечением, разной степени показали определенную информативность уровня лактата крови (рис. 2).

Следует отметить, что у пациентов с I степенью ВБД для коррекции последнего также параллельно были применены консервативные мероприятия, как вставление назогастрального зонда, клизмы, перидуральная анестезия, применение миорелаксантов и антигипоксантов.

В 25 случаях острого калькулезного холецистита, у женщин выявлена миома матки, которые с анамнеза имели осложненные формы, как неоднократное маточное кровотечение. После проведения комплекса диагностических исследований и предоперационной подготовки вставлена показание к симультанной лапароскопической холецистэктомии, консервативной миомэктомии (n=3) и ампутации матки (n=22). Вмешательства произведены с применением 4 троакарных портов (рис. 4).



Рис. 4. Область лапаропортов при симультанной лапароскопической холецистэктомии и ампутации матки

У одной женщины при лапароскопии обнаружено массивный спаечный процесс малого таза (из анамнеза больная ранее перенесла тубэктомия справа). В связи с чем была произведена ЛХЭ + адгезиолизис + ампутация матки (рис. 5).

Диссекция и гемостаз при симультанных вмешательствах проведены технологией «LigaSure», что отличается минимальным изменением близлежащих тканей. Вместе с тем при работе технологии «LigaSure» не происходит образование дыма, что, следовательно, сокращает время симультанных операций. К дополнительным преимуществам можно отнести случаи, когда процесс диссекции или гемостаза проводится в непосредственной близости от камеры, за счёт образования мелкодисперсной взвеси, при биполярной электро-

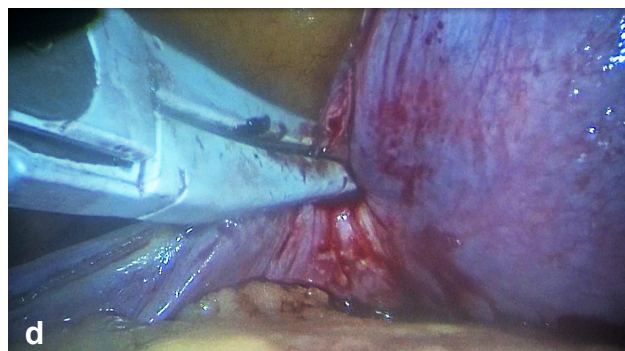
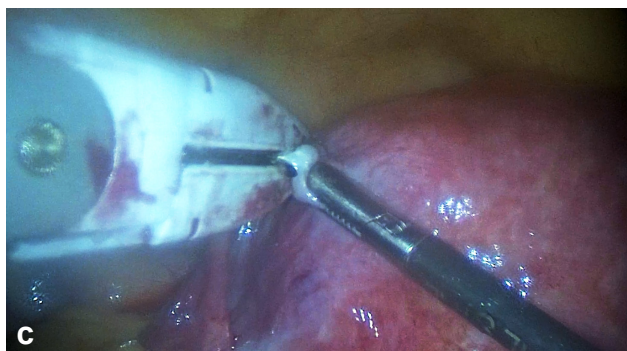
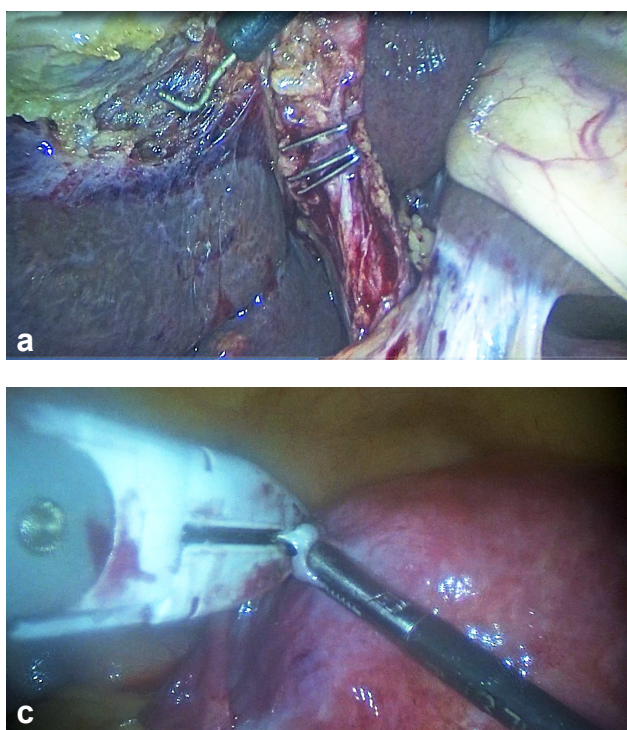


Рис. 5. Этапы симультанной ЛХЭ (а), адгезиолизиса малого таза (b) и лапароскопической ампутации матки с применением технологии «LigaSure» (с, d)

коагуляции условия обзора области воздействия периодически ухудшается. Последнее практически не встречается при применении технологии «Liga-Sure».

В 15 (12,5%) случаях в основной группе, женщины были госпитализированы с осложненными формами миомы матки (кровотечение у 5, перекрут и нагноение миоматозного узла у 10 женщин), сопутствующей вправимыми грыжами передней брюшной стенки (пупочная грыжа - у 9 женщин, послеоперационная грыжа - у 3 и паховая грыжа

- у 3). Учитывая изложенное, также были произведены лапароскопические органосохраняющие (консервативная миомэктомия - в 7 наблюдениях) и органудаляющие (ампутация матки - в 8 наблюдениях).

В одном случае (2,5%) у пациентки установлена картина ОКХ, сопутствующей миомой матки, у которой имеется переход миоматозного узла в шейку. С учетом стабильности гемодинамики, и раннее досконального обследования по поводу миомы матки, включая морфологическое исследова-

ние из биоптата матки, совместным консилиумом с гинекологом, из-за прорастания миоматозного узла в шеечный отдел матки, не исключали возможности экстирпации. Действительно во время лапароскопии установлена переход узла по передней стенке шейки матки, что решало тактику в пользу экстирпации.

У 9 (7,5%) женщин отмечались осложненные формы кисты яичника и спаечного процесса малого таза, т.е. наличие аднексальных спаек, что, в частности, являлись причинами вторичного бесплодия, у женщин детородного возраста. Следует отметить, что в целом у 66 (55,0%) женщин основной группы при лапароскопии имелась картина спаечного процесса разной степени. Однако последнее было наверняка связано с ранее перенесенными воспалительными процессами органов гениталий. С учетом изложенного в сравниваемых группах акцентировали лишь на 7,5% у которых имелись картина спаечной болезни малого таза III и IV степени.

Для оценки степени аднексальных спаек у данного контингента женщин, выявленных в ходе выполнения видео лапароскопии, применялась классификация r-AFS (1985). Согласно степени спаечного процесса малого таза, у 29 (43,9%) женщин установлено спаечный процесс I степени, у 28 (42,4%) - II, у 7 (10,6%) - III, и у 2 (3,1%) - IV степени спаечного процесса.

Во всех случаях было выполнено лапароскопический адгезиолизис с восстановлением нормальной анатомии внутренних половых органов.

В 38 (57,6%) случаях из 66, по показаниям проведено гистероскопия и хромокопия. При этом типичная эндоскопическая картина хронического эндометрита установлено у 16 (42,1%) женщин указанной группы. Зачастую определялась бледно-розовая, неравномерной толщины и окраски слизистая оболочка, а участки истончения эндометрия - с выраженным сосудистым рисунком. Соскоб был умеренным или скудным. В 31 (81,6%) наблюдениях были выявлены синехии, в виде нежных белесых волокон, идущих от одной стенки матки к другой. Преобладающей локализацией синехий (n=29) была область устья маточных труб.

При констатации вышеуказанных патологий гистероскопическими ножницами и щипцами производилось механическое разрушение синехий, с контрастированием маточных труб. В случае проходимости маточной трубы контраст полностью поступал в ее устье, создавая так называемый

эффект «воронки», слегка окрашивая данную зону матки.

Диагноз эндометрит во всех случаях выставлялся только при обнаружении микробиологической обсемененности материала, взятого из полости матки.

Между тем крайне необходимо при НСП ОБП и гениталий определении критериев способа операции, как на ОБП, так и гениталий, с учетом доминирующего органа (табл. 2).

Таблица 2

**Критерии выбора последовательности лапароскопических операций при неотложных сочетанных патологиях органов брюшной полости и гениталий**

| Сочетание патологии                                                      | Первый этап | Второй этап |
|--------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| ЛХЭ - Острый калькулезный холецистит<br>Цистэктомия/КРЯ - Киста яичника  | +           | +           |
| ЛХЭ - Острый калькулезный холецистит<br>Ампутация матки/КМ – миома матки | +           | +           |
| Аппендэктомия - Острый аппендицит<br>Цистэктомия/КРЯ - Киста яичника     | +           | +           |
| Ампутация матки/КМ – ОФ миомы матки<br>Герниопластика – Грыжи ПБС        | +           | +           |
| Цистэктомия/КРЯ - ОФ кисты яичника<br>Герниопластика – Грыжи ПБС         | +           | +           |
| Цистэктомия/КРЯ - ОФ кисты яичника<br>Адгезиолизис – спаечная болезнь МТ | +           | +           |

Примечание: ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия, КРЯ – клиновидная резекция яичника, КМ – консервативная миомэктомия, ОФ – осложненные формы, ПБС – передняя брюшная стенка, МТ – малый таз.

Согласно приведенным объективным критериям при НСП ОБП и гениталий, выполняли различные по объему и характеру лапароскопические органосохраняющие и орган удаляющие вмешательства.

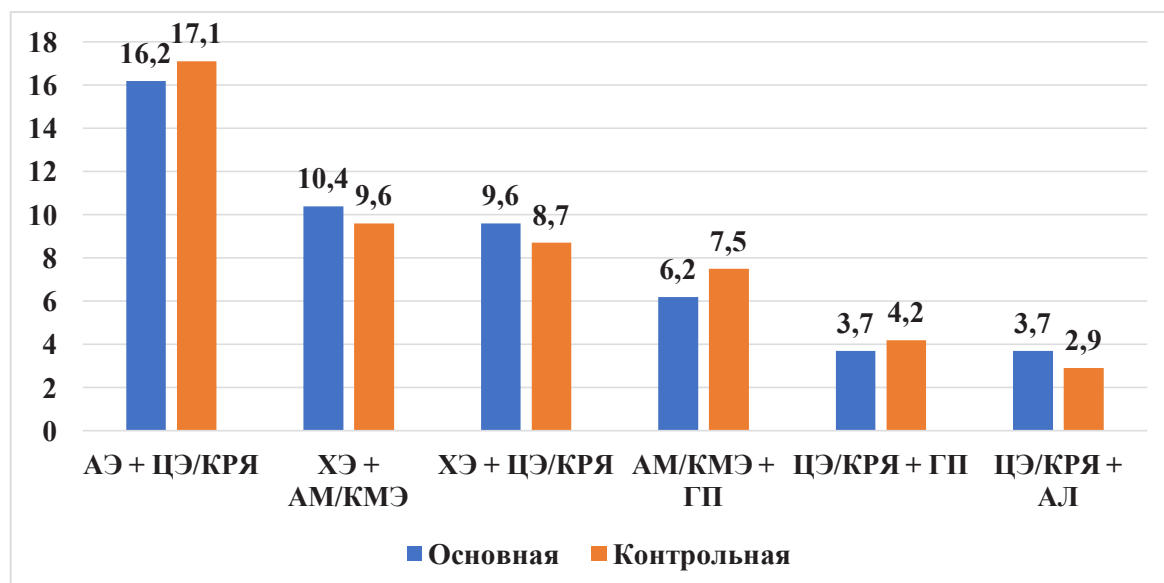


Рис. 6. Соотношение симультанных лапароскопических и открытых способов лечения женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталий (в%).

Примечание: АЭ+ЦЭ/КРЯ – аппендэктомия + цистэктомия/ клиновидная резекция яичника, ХЭ+АМ/КМЭ – холецистэктомия+ампутация матки/консервативная миомэктомия, ГП – герниопластика, АЛ – адгезиолизис.

Сравнительный результат лапароскопических и традиционных методов лечения женщин с НСП ОБП и гениталий, позволило нам разработать алгоритм хирургической тактики, с определением показаний и этапности выполнения вмешательств в лечении этой категории пациенток.

Предметом сравнения явилась группа женщин, оперированные лапароскопически (n=120) и группа – с традиционными способами лечения (n=120).

Такие показатели, как сроки удаления дренажной трубки, снижение микробной обсемененности урогенитального тракта, послеоперационное пребывание в стационаре и осложнения, пациентки оказались приемлемыми для сравнения групп.

Согласно литературным данным [7,8], положительная динамика пациенток с НСП ОБП и гениталий в послеоперационном периоде, в основном проявляется уменьшением или полным отсутствием болевого синдрома, симптомов интоксикации организма, уменьшением послеоперационного периода и быстрой реабилитации женщин.

В качестве сравнения учтены такие критерии, как длительность операции, продолжительность пребывания женщин на койке, количество послеоперационных осложнений и полная реабилитация пациенток, как в основной группе (ОГ), так и группы сравнения (ГС) (табл. 3).

Длительность операции при у женщин основной группы в среднем составило  $59,4 \pm 11,7$  мин.,

Таблица 3

**Сравнительные критерии эффективности лапароскопических и открытых вмешательств у женщин с неотложными сочетанными патологиями органов брюшной полости и гениталий ( $M \pm SE$ )**

| Критерии                     | ОГ<br>(n=53)    | ГС<br>(n=35)    | p                                |
|------------------------------|-----------------|-----------------|----------------------------------|
| Длительность операции (мин.) | $59,4 \pm 11,7$ | $73,8 \pm 13,4$ | $=0,000$<br>(U =420,0; z =-4,33) |
| Послеоперационные койко-дни  | $4,8 \pm 1,7$   | $11,2 \pm 3,8$  | $=0,000$<br>(U =0; z =-8,52)     |
| Полная реабилитация (нед.)   | $3,1 \pm 0,3$   | $6,8 \pm 0,2$   | $=0,000$<br>(U =0; z =-8,50)     |

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни).

а женщин группы сравнения -  $73,8 \pm 13,4$  мин. Послеоперационный койко-день у женщин, оперированных лапароскопически, составил  $4,8 \pm 1,7$ , напротив  $11,2 \pm 3,8$  после открытых операций. Послеоперационные осложнения у женщин основной и группы сравнения составили 7,5% и 13,3% соответственно.

Закономерно полная реабилитация женщин, основной группы была меньше ( $3,1 \pm 0,3$  недели), по сравнению с женщинами группы сравнения ( $6,8 \pm 0,2$  недели). Немаловажным критерием также является разрез (открытие операции зачастую требуют два отдельных доступа, как в верхнем этаже, так и в нижнем, или один широкий разрез, являясь весьма травматичным), которое непосредственно влияет на интенсивность болевого синдрома в послеоперационном периоде.

Осложнения после неотложных симультанных лапароскопических вмешательств отмечены у 9 (7,5%) женщин. Непродолжительное (в течение первых суток) выделение сукровичного отделяемого по контрольному дренажу отмечалось у 4 (3,3%) женщин, проведенные лапароскопически адгезиолизис с III и IV степени спаечного процесса малого таза, что были остановлены консервативными мероприятиями, не потребовавшими повторных вмешательств. В 3 (2,5%) наблюдениях отмечено нагноение троакарных ран, и в 1 (0,8%) – желчеистечение, что ликвидирована консервативно. Случаев конверсии не было. Послеоперационный койко-день составило  $4,8 \pm 1,7$ .

Из указанного анализа результатов хирургического лечения в сравниваемых группах, следует, что благодаря разработанным способам, профилактики послеоперационных осложнений, основная группа женщин имеет значительные преимущества (включительно во всех классах осложнений). Так, осложнения в послеоперационном периоде у женщин группы сравнения достигала 13,3% ( $n=16$ ), когда этот показатель у пациентов основной группы составил всего 7,5% ( $n=9$ ), что меньше на 5,8% случаев.

**Выводы.** 1. Видеолапароскопия является важным способом диагностики и лечения неотложных сочетанных патологий органов брюшной полости и гениталий;

2. Миниинвазивная хирургия неотложных патологий органов брюшной полости и гениталий, достоверно снижает тяжесть оперативного вмешательства, количество послеоперационных осложнений и сроки стационарного лечения больных.

## ЛИТЕРАТУРА

(пп. 6-10 см. в REFERENCES)

1. Байгазаков А.Т. Перспективы применения эндовидеохирургических технологий в лечении сочетанных хирургических и гинекологических заболеваний / А.Т. Байгазаков // Вестник КРСУ. – 2015. - №7, т.15. – С.21-23.
2. Галимов О.В. Лечение больных с сочетанной патологией органов малого таза с применением лапароскопических технологий / О.В. Галимов, Д.М. Зиганшин, С.Р. Туйсин и др. // Эндоскопическая хирургия. - 2012. - №3. - С. 25-28.
3. Гинекология: национальное руководство. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова и др. 2-е изд., перераб и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 432 с.
4. Захаренко А.А. Острая абдоминальная боль / А.А. Захаренко, Р.И. Миннуллин, П.А. Ярцев // Скорая медицинская помощь: нац. рук. / под. ред. С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутия, А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннуллин. – М.: ГОЭТАР Медиа, 2015. – С.310-316.
5. Миннуллин Р.И. Анализ традиционной диагностической тактики при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости и малого таза у женщин репродуктивного возраста на догоспитальном и стационарном этапах / Р.И. Миннуллин, Н.Н. Рухляда, А.Г. Мирошниченко, И.А. Соловьев, Р.Р. Алимов // Скорая мед. помощь. – 2014. – Т. 15, вып. 3. – С.51-55.

## REFERENCES

1. Baygazakov A.T. Perspektivy primeneniya endovideokhirurgicheskikh tekhnologiy v lechenii sochetannykh khirurgicheskikh i ginekologicheskikh zabolevaniy [Prospects of Endovideosurgical Technologies in the Treatment of Combined Surgical and Gynecological Diseases]. *Vestnik Kyrgyzsko-Rossiyskogo Slavyanskogo universiteta - Bulletin of the Kyrgyz-Russian Slavic University*, 2015, Vol. 15, No. 7, pp. 21-23.
2. Galimov O.V. Lechenie bolnykh s sochetannoy patologiei organov malogo taza s primeneniem laparoskopicheskikh tekhnologiy [Treatment of Patients with Combined Pelvic Organs Pathology Using Laparoscopic Technologies]. *Endoskopicheskaya khirurgiya - Endoscopic surgery*, 2012, No. 3, pp. 25-28.
3. *Ginekologiya: natsionalnoe rukovodstvo, 2-e izd.* [Gynecology: National Guide, 2nd ed.]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2017. 432 p.
4. Zakharenko A.A. *Ostraya abdominalnaya bol. Skoraya meditsinskaya pomoshch: nats. ruk* [Acute abdominal pain. Emergency Medical Care: National Handbook.]. Moscow, GOETAR Media Publ., 2015. pp. 310-316.

5. Minnullin R.I. Analiz traditsionnoy diagnosticheskoy taktiki pri ostrykh khirurgicheskikh zabolevaniyakh organov bryushnoy polosti i malogo taza u zhen-shchin reproduktivnogo vozrasta na dogospitalnom i statsionarnom etapakh [Analysis of Conventional Diagnostic Tactics in Acute Surgical Diseases of the Abdominal and Pelvic Organs in Women of Reproductive Age in the Prehospital and Inpatient Stages]. *Skoraya meditsinskaya pomoshch – Emergency*, 2014, Vol. 15, No. 3, pp. 51-55.

6. Gans, S.L. Guideline for the diagnostic pathway in patients with acute abdominal pain. *Digestive Surgery*, 2015, Vol. 32, No. 1, pp. 23-31.

7. Hart S., Ross S., Rosemurgy A. Laparoendoscopic single-site combined cholecystectomy and hysterectomy. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 2010, Vol. 17, No. 6, pp. 798-801.

8. Jennifer A. The Role of Appendectomy in Gynaecologic Surgery: A Canadian Retrospective Case Series. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 2013, Vol. 35 (1), pp. 44-48.

9. Jocko J.A. The role of appendectomy in gynaecologic surgery: a canadian retrospective case series. *Journal of Obstetrics and Gynecology Canada*, 2013, Vol. 35, No. 1, pp. 44-48.

10. Laparoscopic incidental appendectomy during laparoscopic surgery for ovarian endometrioma. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2011, Vol. 1, No. 28, pp. 1-5.

## ХУЛОСА

Г.Қ. Рачабова, Г.Н. Ашурова, Ф.И. Махмадов

### УСУЛИ ТАШХИСӢ ВА ҶАРОҲӢ МАВРИДИ ПАТОЛОГИЯИ ФАВРИИ УЗВҲОИ КОВОКИИ БАТН ВА ЗАНОНА

**Мақсади омӯзиш.** Арзёбии нақши видеолапароскопия дар ташхис ва табобати патологияи таъҷилии узвҳои батн ва узвҳои таносул.

**Мавод ва усулҳо.** Таҳқиқот дар асоси таҳлили табобати 240 зан бо патологияи шадиди узвҳои ковокии батн ва занона, ки дар давраи солҳои 2012 то 2020 бистарӣ гаштаанд. Дар робита ба басомади омезиши узвҳои ковокии батн ва занона, аппендитсит ва шаклҳои гуногуни мураккаби кистаи тухмдонҳои рост бартарӣ доштанд, ки 33,3% (n=80) беморон буданд. Дар баробари ин, чунин омезишҳо ба монанди холестиститҳои шадиди калкулезӣ (ХШК) + миомаи бачадон - 20,0%, ХШК + кистаи тухмдон - 18,3%, шаклҳои мураккаби миомаи бачадон + чурраи девори пеши шикам (ЧДПШ) - 13,7%, мураккаб буданд. Шаклҳои кистаи тухмдонҳо + чурраи ДПШ - 7,9%, шаклҳои мураккаби кистаи тухмдонҳо + бемории лихомӣ - 6,7%-ро ташкил дод.

**Натиҷаҳо.** Дар ҳолатҳои алоҳида (19,2%) видеолапароскопия дар аввал хусусияти ташхисӣ ва дар 80,8%-и боқимонда бо мақсади ислоҳи ҷарроҳии мақсаднок гузаронида шудааст. Мушкilotи пас аз ҷарроҳӣ дар занони гурӯҳҳои асосӣ ва муқоисавӣ мутаносибан 7,5% ва 13,3%-ро ташкил медод. Рӯзи бистарӣ пас аз ҷарроҳӣ  $4,8 \pm 1,7$  шабонарӯзро дар бар гирифт.

**Хулоса.** Видеолапароскопия як роҳи муҳими муайян кардани усули ташхис мебошад, ки онро ба осонӣ ба як намуди табобатӣ табдил додан мумкин аст.

**Калимаҳои калидӣ.** Патологияҳои фаврии яқҷояи узвҳои батн ва узвҳои таносул, даҳолатҳои лапароскопӣ, амалиётҳои ҳамзамони лапароскопӣ.

УДК 618.398

doi: 10.52888/0514-2515-2022-352-1-89-96

М.А. Саидова, С.Дж. Юсуфи, З.Х. Рафиева

### РЕТРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, АКУШЕРСКИХ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ ПРИ ЗАПОЗДАЛЫХ РОДАХ

*Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино*

Саидова Мастура Асоевна – аспирант кафедры акушерства и гинекологии №2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Адрес: Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки 1/31, Тел.: +(992)985686830, E-mail: mastura.saidova@mail.ru

**Цель исследования.** Изучить частоту, факторы риска и течение родов у женщин с перенесенной беременностью в городе Душанбе.