

никунонии ҳолатҳои стоматогенӣ ва соматикӣ беморон гузаронида шуд. Усули интегративӣ баҳо додан ба беморони вайронаҳои ҳамҷояи маҷмӯи пулпаю периодонт дар якҷоя бо вайрониҳои байнисистемавӣ дошта ба табиб имкон медиҳад, ки дар асоси воқеъона баҳогузори намудан ба патологияҳои сифати эндопериодонталидошта дар ковокии даҳон, нақшаи маҷмуавии табобати

эндодонти ва проексионӣ-периапикалиро тартиб дода, таҳлили самаранокии чорабиниҳои табобатӣ-профилактикиро муайян созад.

Калимаҳои асосӣ: вайрониҳои ҳамҷояи пулпаю периодонт, коморбидӣ, табобати дохили ҷӯякӣ, табобати проексионӣ-периапикалӣ, вайрониҳои байнисистемавӣ, индекси стоматологии полиморбидӣ.

УДК 616.089-168:616.381-072.1

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-46-54

Ф.И. Махмадов, Д.Н. Садуллоев, М.М. Болтубоев, А.И. Муродов, А.С. Ашуров, Ф.Ш. Сафаров, Ф.Н. Нажмуудинов, Ш.Н. Шамсуллозода

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВНУТРИБРЮШНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЕ

Кафедра хирургических болезней №1, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

Махмадов Фарух Исроилович – д.м.н., профессор, кафедра хирургических болезней №1, ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; Тел.: +992900754490; E-mail: fmahmadov@mail.ru

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов лечения послеоперационных кровотечений в гепатобилиарной хирургии.

Материал и методы исследования. В работе приведены результаты исследования 155 пациентов с послеоперационными внутрибрюшными кровотечениями, после операций в гепатобилиарной зоне. Проанализированы основные причины развития послеоперационных внутрибрюшных кровотечений.

Результаты исследования и их обсуждение. Предложена разработанная клиническая классификация послеоперационных внутрибрюшных кровотечений и обоснована применение лапароскопии в коррекции послеоперационных внутрибрюшных кровотечений, после операций в гепатобилиарной зоне. На основании полученных результатов, при индивидуальном подходе, авторы рекомендуют применение лапароскопии у пациентов с послеоперационными внутрибрюшными кровотечениями.

Заключение. Релапароскопия при послеоперационных внутрибрюшных кровотечениях, независимо от характера предшествующей операции, позволяет при минимальной агрессии повторного вмешательства, надежно остановить кровотечение и устранить его причины.

Ключевые слова: релапаротомия, релапароскопия, послеоперационные внутрибрюшные кровотечения, ранние послеоперационные осложнения операций гепатобилиарной зоны, классификация послеоперационных внутрибрюшных кровотечений.

F.I. Makhmadov, D.N. Sadulloev, M.M. Boltuboev, A.I. Murodov, A.S. Ashurov, F.Sh. Safarov, F.N. Najmudinov, Sh.N. Shamsullozoda

CHOICE OF TACTICS FOR SURGICAL CORRECTION OF POSTOPERATIVE INTRA-ABDOMINAL BLEEDING DURING SURGERY IN THE HEPATOBILIARY ZONE

Department of Surgical Diseases №1 of the State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”

Mahmadov Farukh Isroilovich - Doctor of Medical Sciences, Professor, Department of Surgical Diseases #1, Avicenna Tajik State Medical University; Tel: +992900754490; E-mail: fmahmadov@mail.ru

Aim. To improve the immediate results of treating postoperative bleeding in hepatobiliary surgery.

Material and methods. The paper presents the results of a study of 155 patients with postoperative intra-abdominal bleeding after operations in the hepatobiliary zone. The main reasons for the development of postoperative intra-abdominal bleeding are analyzed.

Results. The study substantiated a clinical classification of postoperative intra-abdominal bleeding is proposed and the use of laparoscopy in the correction of postoperative intra-abdominal bleeding after operations in the hepatobiliary zone. Based on the results obtained, with an individual approach, the authors recommend using laparoscopy in patients with postoperative intra-abdominal bleeding.

Conclusion. Relaparoscopy for postoperative intra-abdominal bleeding, regardless of the nature of the previous operation, allows, with minimal aggression of re-intervention, to reliably stop bleeding and eliminate its causes.

Keywords: relaparotomy, relaparoscopy, postoperative intra-abdominal bleeding, early postoperative complications of operations in the hepatobiliary zone, classification of postoperative intra-abdominal bleeding.

Введение. Послеоперационные внутрибрюшные кровотечения относятся к наиболее опасным и тяжелым осложнениям раннего послеоперационного периода оперативных вмешательств на печени и желчевыводящей системе [1-3]. Частота развития этого осложнения в гепатобилиарной хирургии достигает от 1,4 до 29,0% [4-7]. Летальность при послеоперационных внутрибрюшных кровотечениях (ПВК) и кровотечениях в просвет пищеварительного тракта (КППТ) составляет от 22 до 54% [8-11]. Особое значение этой проблеме придает то обстоятельство, что основные причины ПВК обусловлены техническими и тактическими ошибками в процессе выполнения операции, тогда как возникновению КППТ способствует травматичность операции, ишемические и стрессовые повреждения, а также явления транзиторной портальной гипертензии [12, 13].

Летальность при развитии послеоперационных кровотечений высокая и даже при выполнении релапаротомии составляет 13,6-43,8% [14, 15]. Несмотря на значительное число публикаций о тех или иных особенностях послеоперационных кровотечений, очень мало работ, представляющих комплексный анализ внутрибрюшных кровотечений после операций на гепатобилиарной системе.

В литературе недостаточно освещены вопросы своевременной диагностики, тактические и технические особенности выполнения релапаротомии в зависимости от источника кровотечения и первичной операции на гепатобилиарной системе. В связи с этим весьма актуальна выявление основных причин развития послеоперационных внутрибрюшных кровотечений, обоснование применения лапароскопии в зависимости от источника кровотечения, объема и характера первичного оперативного вмешательства.

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов лечения послеоперационных кровотечений в гепатобилиарной хирургии.

Материал и методы исследования. В клинике хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» на базе ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе за последние 18 лет выполнено 6548 оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путях. Послеоперационные внутрибрюшные осложнения наблюдали у 643 (9,8%) больных. При этом в 420 (6,4%) наблюдениях прибегали к различным вариантам повторных оперативных вмешательств с целью коррекции развившегося внутрибрюшного осложнения. Среди них послеоперационные

Таблица 1

Распределение послеоперационных внутрибрюшных кровотечений по характеру проведенных оперативных вмешательств,% (n=155)

Вид кровотечения		Основная группа (n=100)	Контрольная группа (n=55)	p
Внутрибрюшные кровотечения (n=97)	После операции на печени	45 (45,0%)	18 (32,7%)	>0,05
	После операции на желчных путях	24 (24,0%)	10 (18,2%)	>0,05
ОПЖКК (n=58)	После операций на печени	21 (21,0%)	16 (29,1%)	>0,05
	После операции на желчных путях	10 (10,0%)	11 (20,0%)	>0,05
Всего (n=155)	После операций на печени	66 (66,0%)	34 (61,8%)	>0,05
	После операции на желчных путях	34 (34,0%)	21 (38,2%)	>0,05

Примечание: О – основная группа, К – контрольная группа, ОПЖКК – острые пищеводно-желудочно-кишечные кровотечения; p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2)

кровотечения, выражающиеся внутрибрюшным кровотечением (n=97) и острым пищеводно-желудочно-кишечным кровотечением (n=58), отмечалось у 155 (36,9%) пациентов.

С учетом проведенных методов исследований и оперативных вмешательств, пациенты были разделены на две группы. В первую (контрольную) группу были включены 55 (35,5%) пациентов, лечившихся в период с 1997 по 2005 годы до внедрения в клиническую практику современных технологий и для диагностики и лечения ПК применялась традиционная тактика. Во вторую (основную) группу отнесены 100 (64,5%) пациентов, которым проводили лечение в период 2006-2021 годов для диагностики и лечения которых применялись современные технологии и усовершенствованная хирургическая тактика. Мужчин было 63 (40,6%), женщин – 92 (59,4%). Следует отметить,

что более 72,2% пациентов (n=112) составили лица трудоспособного возраста.

Все случаи ПВК развивались в период нахождения пациентов в хирургическом стационаре. Являющимся следствием выполнения хирургических вмешательств, инвазивных лечебных и иных манипуляций на печени и желчевыводящей системы. Всех больных с ПВК по полу и возрасту распределили следующим образом (табл. 1).

Анализ послеоперационных кровотечений по характеру проведенных вмешательств показал, что в 100 (64,5%) наблюдениях осложнения возникли после оперативных вмешательств на печени, а в 55 (35,5%) наблюдениях - после операций на желчевыводящей системе.

Наличие сопутствующих патологий, закономерно усугубляли без того тяжелое состояние пациентов с ПВК. В связи с изложенным, коррекция

Таблица 2

Характер сопутствующих заболеваний пациентов с послеоперационными внутрибрюшными кровотечениями (n=155)

Система органов	Нозологическая форма	Количество	
		Абс.	%
Сердечно-сосудистая система	ИБС	15	9,7
	Артериальная гипертензия	11	7,1
Система органов дыхания	ХНЗЛ	4	2,6
	Бронхиальная астма	2	1,3
Эндокринная система	Сахарный диабет	5	3,2
	Ожирение	56	36,1
	Смешанный зоб	1	0,6
Мочеполовая система	Хронический пиелонефрит	2	1,3
	Мочекаменная болезнь	1	0,6
Нервная система	Атеросклероз сосудов головного мозга	7	4,5

Примечание: % - от общего количество больных

Таблица 3

Соотношение величины разобщения листков брюшины при УЗИ и интраоперационного количества жидкости

Количество областей брюшной полости	Разобщение листков брюшины			
	0-1 см	1-2 см	2-3 см	3-4 см
1 область	220,0±23,7 (n=5)	114,7±27,9 (n=3)	480,5±80,4 (n=3)	475,0±16,7 (n=3)
2-х областей	592,7±77,6 (n=4)	533,2±61,3 (n=6)	1154,3±942,7 (n=3)	1300 (n=1)
3-х и более областей	527,7±58,4 (n=3)	926,3±90,3 (n=3)	1854,6±184,3 (n=2)	3154,3±270,5 (n=3)

Примечание: так как количество наблюдений является очень малым (менее 5 почти в каждом из наблюдений), статистическое сравнение не проводилось

ПВК проводилось также с учетом наличия той или иной сопутствующей патологии (табл. 2).

При исследовании пациентов с ПВК важное значение придавали общепринятым методам исследования, как выделение жалоб, анамнеза заболевания и данных объективного обследования. Соответственно проведены клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования.

Возникновения ПВК устанавливается на основании выделения крови из дренажей брюшной полости и изучения результатов инструментальных методов исследования. Необходимо отметить, что при ПВК клинико-лабораторные изменения в показателях красной крови не всегда информативны. Лишь при тяжелых профузных кровотечениях (n=29) наблюдали снижение гематологических показателей крови.

Для диагностики ПВК во всех 97 наблюдениях применили стандартное УЗИ. При этом считали целесообразным использование УЗ-сонографии брюшной полости у пациентов без признаков продолжающегося кровотечения, с подозрением на жидкостное внутрибрюшное образование.

Для определения величины гемоперитонеума при УЗИ изучали соотношения величины разобщения листков брюшины. При изучении результатов 38 (39,2%) УЗ-исследований были составлены средняя величина расхождения листков брюшины, количество областей брюшной полости, где была выявлена свободная жидкость: в подпеченочном

пространстве, вокруг селезенки, между петлями кишечника, в полости малого таза и т.д., и объем гемоперитонеума, выявленного интраоперационно (табл. 3).

Таким образом, при наличии жидкости в одной анатомической области брюшной полости, УЗ-критерием ее объема более 500 мл может считаться среднее разобщение листков брюшины более 2 см, а наличие разобщения листков более 1 см в трех и более областях свидетельствуют об объеме гемоперитонеума более 500 мл. Разобщение листков брюшины в одной анатомической области менее 2 см, свидетельствуют о незначительном объеме жидкости (менее 200 мл).

Таким образом, УЗИ позволяет своевременно диагностировать наличие гемоперитонеума и причины его развития. Это позволяет определить наиболее оптимальный выбор оперативного доступа, методы гемостаза и коррекции ОЦК.

В своих наблюдениях видеолапароскопию применяли для диагностики и лечения внутрибрюшных кровотечений в 29 (29,9%) наблюдениях. При этом в 6 (6,2%) случаях лапароскопия трансформировалась в минилапаротомию, и в 6 (6,2%) случаях выполнялись миниинвазивные способы коррекции внутрибрюшных кровотечений.

Противопоказанием к выполнению диагностической релапароскопии при ПВК являлись: нестабильность гемодинамики - САД <90 мм рт.ст.,

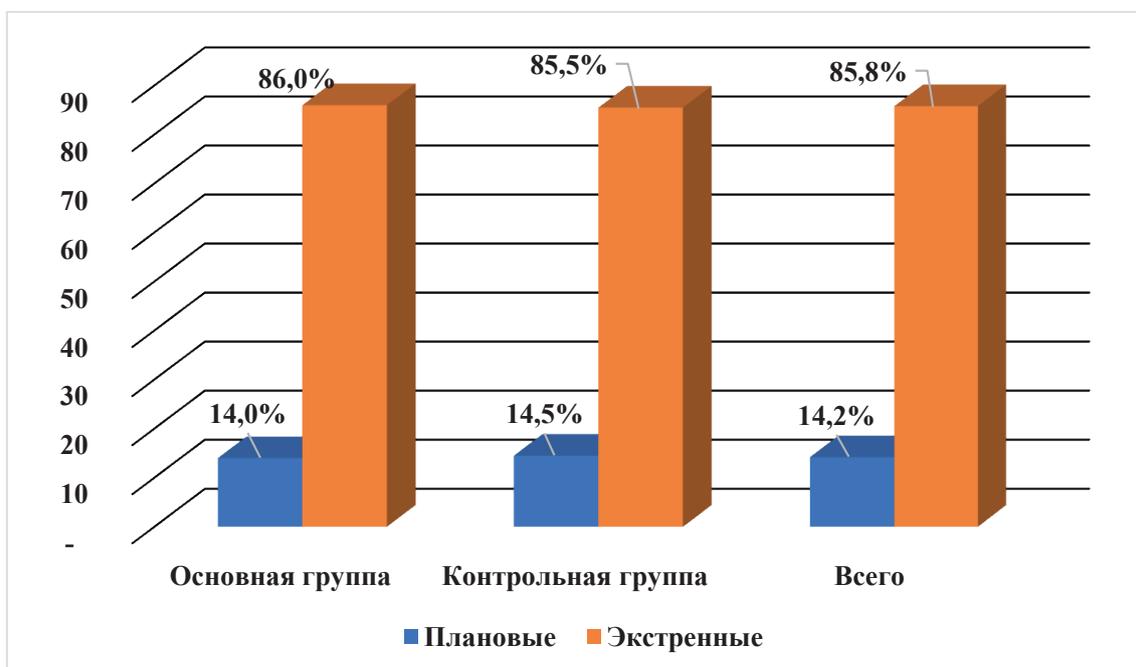


Диаграмма 1. Характер послеоперационных кровотечений в зависимости от сроков выполнения первичных оперативных вмешательств

ЧСС >110 в минуту и геморрагический шок тяжелой степени.

Статистическая обработка результатов выполнялась с использованием программы Statistica 10,0 (StatSoft, USA). Количественные величины представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки. Качественные величины представлены в виде их абсолютных значений и долей (%). Парные сравнения между независимыми группами по количественным показателям проводились с использованием U-критерия Манна-Уитни, по

качественным показателям - с использованием критерия χ^2 , в том числе и по точному критерию Фишера. Различия считались статистически значимыми при уровне p менее 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение. Немаловажным фактором, определяющий как тактику введения, так и прогноз заболевания при ПВК, является характер первично выполненной операции. Так, ПВК после плановых оперативных вмешательств, зачастую корректировались без особо сложных, комбинированных методов, т.к.

Таблица 4

Характер первично выполненных оперативных вмешательств на печени у пациентов с послеоперационными внутрибрюшными кровотечениями (n=63)

Нозология и характер операции	ОГ (n=45)		КГ (n=18)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
После операции по поводу эхинококкоза печени	21	46,7	11	61,1	>0,05
– Открытая эхинококкэктомия	8	17,8	4	22,2	
– Закрытая эхинококкэктомия	1	2,2	1	5,6	
– Субтотальная перицистэктомия	6	13,3	3	16,7	
– Атипичная резекция печени	3	6,7	1	5,6	
– Анатомическая резекция печени	3	6,7	2	11,1	
После операции по поводу гемангиом печени	7	15,6	2	11,1	>0,05
Атипичная резекция печени	4	8,9	2	11,1	
Анатомическая резекция печени	3	6,7	–	–	
После операции по поводу непаразитарных кист печени:	7	15,6	2	11,1	>0,05
Видеолапароскопическое иссечение кисты	6	13,3	–	–	
Иссечение кисты печени традиционным способом	1	2,2	2	11,1	
После операций по поводу абсцессов печени	7	15,6	1	5,6	>0,05
Вскрытые и дренирование абсцесса	4	8,9	1	5,6	
Вскрытые абсцесса под УЗ- контролем	3	6,7	–	–	
После операции по поводу травм печени	3	6,7	2	11,1	>0,05
Ушивание раны печени	–	–	2	11,1	
Атипичная резекция печени	3	6,7	–	–	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

Таблица 5

Заболевания и характер оперативных вмешательств на желчевыводящих путях, после которых возникли послеоперационные внутрибрюшные кровотечения (n=34)

Характер заболеваний желчных путей и методы операции	ОГ (n=24)		КГ (n=10)		p
	Абс.	%	Абс.	%	
Хронический калькулезный холецистит	2	8,3	3	30,0	>0,05
Традиционная холецистэктомия (ХЭ)	2	8,3	3	30,0	
Острый деструктивный холецистит:	18	75,0	5	50,0	>0,05
ХЭ. Дренирование брюшной полости	11	45,8	5	50,0	
Лапароскопическая холецистэктомия	7	29,2	–	–	
Острый холецистит. Холедохолитиаз:	4	16,7	2	20,0	>0,05
ХЭ. Холедохолитотомия. ХДА по Флеркену	4	16,7	2	20,0	

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера)

закономерно функция жизненно важных органов, указанной группы пациентов, с учетом проведенных комплексных плановых исследований и патогенетически обоснованной предоперационной подготовки, находились в состоянии компенсации. Особую сложность при проведении хирургических, эндоскопических и консервативных мероприятий остановки ПВК составили пациенты после экстренных и неотложных оперативных вмешательств на печени и ЖВП (диаг. 1).

Первичные оперативные вмешательства в плановом порядке были выполнены у 22 (14,2%) пациентов основной (n=14) и контрольной группы (n=8), экстренные и неотложные - у 133 (85,8%) пациентов основной (n=86) и контрольной (n=47) группы.

На развитие послеоперационных геморрагических осложнений непосредственно влияют характер оперативных вмешательств и заболеваний по поводу которых было выполнено первичное оперативное вмешательство (табл. 4).

Так, послеоперационные внутрибрюшные кровотечения после оперативных вмешательств на печени наблюдались у 63 (64,9%) пациентов из 97. При этом пациентов основной группы было 45 (71,4%), контрольной – 18 (28,6%). В 32 (50,8%) наблюдениях послеоперационные внутрибрюшные кровотечения в основной (n=21) и контрольной (n=11) группах возникли после операций по поводу эхинококкоза печени и его осложнений.

После различных вариантов эхинококкэктомии у 32 пациентов, в 23 (71,9%) случаях внутрибрюшные кровотечения наблюдались после различных вариантов резекции печени и перицистэктомии.

Характер оперативных вмешательств на желчном пузыре и внепеченочных желчных путях, после которых возникли послеоперационные внутрибрюшные кровотечения представлены в таблице 5.

Послеоперационные внутрибрюшные кровотечения, после операций на ЖВП наблюдали у 24 (70,6%) пациентов основной группы и у 10 (29,4%) – контрольной. У пациентов основной

Таблица 6

Источники послеоперационных внутрибрюшных кровотечений после операций на печени и желчевыводящих путей (n=97)

Источник внутрибрюшного кровотечения	Кол-во	%
После операций на печени:	63	64,9
Кровотечение из культи печени	21	21,6
Кровотечение из остаточной полости	14	14,4
Кровотечение из паренхимы печени	28	28,9
После операций на желчевыводящих путях:	34	35,1
Кровотечение из ложа желчного пузыря	17	17,5
Кровотечение из пузырной артерии	15	15,5
Кровотечение из сосудов малого сальника	2	2,1
Всего	97	100,0

Примечание: % - от общего количество больных

Таблица 7

Клиническая классификация послеоперационных внутрибрюшных кровотечений

По времени возникновения	По течению	По тяжести	По скорости поступления крови в брюш. полость	По степени
Сверхранные (на операционном столе, в течение 1-6 часов)	Острое	Крайне тяжелая	Профузное	III-степени Hb - 50 г/л Эр. - 1 млн. ОЦК - 40%
Ранние (с 6 часов до 24 часов)	Подострое	Тяжелая	Интенсивное	II-III степени Hb -70г/л, Эр. - 2,3 млн. ОЦК- 25%
Поздние (3-5 сутки)	Скрытое	Средней тяжести	Массивное медленное	I-II степени Hb - 90 г/л Эр. - 3,2 млн. ОЦК - 15%

группы в 7 (29,2%) наблюдениях внутрибрюшные кровотечения развились после лапароскопической холецистэктомии, в 13 (54,2%) - после традиционных оперативных вмешательств, выполненных по поводу деструктивного (n=11) и хронического холецистита (n=2). В контрольной группе (n=10) послеоперационные внутрибрюшные кровотечения возникли при выполнении традиционной холецистэктомии (n=8) и холецистэктомии с формированием холедоходуоденоанастомоза (n=2).

Детальный анализ причин возникновения послеоперационного внутрибрюшного кровотечения показал, что основной причиной ее возникновения являются тактические и технические ошибки. Наиболее частыми источниками послеоперационных внутрибрюшных кровотечений представлены в табл. 6.

В 28 (28,9%) случаях кровотечение наблюдалось из паренхимы печени после иссечения кисты печени, а также после выполнения УЗ-контролируемых вскрытий и дренирование абсцессов печени. В 21 (21,6%) наблюдениях источником кровотечения являлась резецированная культя печени, а в 14 (14,4%) - остаточная полость эхинококковых кист.

Источником внутрибрюшного кровотечения в 15 (15,5%) наблюдениях после различных вариантов холецистэктомии являлась пузырная артерия, в 17 (17,5%) – ложа желчного пузыря и в 2 (2,1%) - сосуды малого сальника.

В клинике разработана клиническая классификация послеоперационных внутрибрюшных кровотечений (табл. 7).

Среди наблюдавшихся 97 больных с послеоперационными внутрибрюшными кровотечениями в 14 (14,4%) наблюдениях кровотечение диагностировано на операционном столе, после завершения операции, в 34 (35,0%) – в первые 24 часов после операции, а у 39 (40,2%) пациентов в период 24-48 часов и у 10 (10,3%) – в поздние сроки. По течению острое послеоперационное внутрибрюшное кровотечение имело место у 14 (14,4%) пациентов, подострое – у 34 (35,0%) и у 49 (50,5%) – скрытое кровотечение. Крайне тяжелая степень кровопотери имела место у 14 (14,4%) больных, тяжелое – у 34 (35,0%) и у 49 (50,5%) - средней тяжести кровопотеря.

Необходимо отметить, другим фактором, непосредственно влияющий на исход лечения ПВК, считается степень выраженности развившегося кровотечения, а также характер осложнения и состояния жизненно важных органов и систем. В

этой связи проведение дооперационной клинико-лабораторных и инструментальных методов исследований имеет важное значение.

Послеоперационные кровотечения после оперативных вмешательств на печени и желчевыводящих путей, у пациентов основной группы (n=100) в 48,0% случаев скорректированы применением миниинвазивных технологий (табл. 8).

Таблица 8

Характер оперативных вмешательств у пациентов основной группы с послеоперационными внутрибрюшными кровотечениями (n=100)

Характер вмешательств	Количество	%
Видеогастродуоденоскопия	14	14,0
Релапароскопия	23	23,0
Релапароскопия + минилапаротомия	6	6,0
Пункция и дренирование под УЗ-контролем	5	5,0
Релапаротомия	52	52,0
Всего	100	100,0

Примечание: % - от общего количество больных

ПК с применением релапаротомии скорректированы в 52,0% случаев, что по разным обстоятельствам устранение внутреннего послеоперационного кровотечения лапароскопическим способом считали невозможным. У 23,0% пациентов ПВК, возникших после лапароскопических вмешательств на печени и ЖВП, удалось скорректировать повторным лапароскопическим путем. При этом в 6,0% наблюдениях релапароскопия сочеталось с минилапаротомией. У 5,0% больных внутрибрюшинные кровотечения имели характер умеренного скопления крови в свободной брюшной полости, без активного продолжающегося кровотечения, что позволило произвести пункцию и дренирование под УЗ-контролем, и в 3 наблюдениях требовало повторной пункции.

В послеоперационном периоде после релапароскопических вмешательств отмечали осложнения общего характера. Летальных исходов не наблюдали. В 8 (8,0%) случаях пациентам основной группы производили релапаротомию с различными вариантами гемостаза. Осложнения наблюдали в 5 (5,0%) наблюдениях с 4 (4,0%) летальными исходами. Причиной летальных исходов являлись прогрессирующая печеночная недостаточность

(n=2), интоксикация (n=1) и острый инфаркт миокарда (n=1).

После выполнения релапаротомии у пациентов контрольной группы, послеоперационные осложнения гнойно-септического характера имело место в 12 (21,8%) случаях с 7 (12,7%) летальными исходами.

Выводы. Таким образом, релапароскопия при послеоперационных внутрибрюшных кровотечениях, независимо от характера предшествующей операции, позволяет при минимальной агрессии повторного вмешательства, надежно остановить кровотечение и устранить его причины.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 9-15 см. в REFERENCES)

1. Абдиев А.А. Причины и диагностика осложнений, требующих релапаротомии в абдоминальной хирургии / А.А. Абдиев // Наука, новые технологии и инновации. - 2017. - №1. - С. 49-52.

2. Воробей А.В. Дренирование брюшной полости в рамках программы хирургии быстрого выздоровления / А.В. Воробей, Ю.А. Семенова, В.К. Тихон // Хирургия. Восточная Европа. - 2014. - №1 (9). - С. 138-145.

3. Зубрицкий В.Ф. Миниинвазивные вмешательства под контролем ультразвукового исследования у послеоперационных больных / В.Ф. Зубрицкий, А.Т. Айрапетян, И.В. Голубев, Е.П. Розберг [и др.]. // Колопроктология. - 2014. - №1. - С. 42-47.

4. Карпов О.Э. Интеграция миниинвазивных навигационных технологий в клиническую практику многопрофильного медицинского учреждения / О.Э. Карпов, П.С. Ветшев, С.В. Бруслик, А.Л. Левчук [и др.] // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. - 2017. - Т. 12. - №2. - С. 25-32.

5. Маскин С.С. Плановые и срочные релапаротомии при послеоперационных внутрибрюшных осложнениях / С.С. Маскин, Т.В. Дербенцева, А.М. Карсанов, Л.А. Иголкина [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. - 2013. - №7. - С.101-106.

6. Хачатрян Н.Н. Современные возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии / Н.Н. Хачатрян, М.А. Евсеев, В.В. Омеляновский, М.О. Чупалов // Медицинские технологии. Оценка и выбор. - 2012. - №3 (9). - С. 26-32.

7. Томнюк Н.Д. Наиболее частые осложнения в абдоминальной хирургии / Н.Д. Томнюк, Е.П. Данилина, Д.Э. Здзитовецкий // Сибирское медицинское обозрение. - 2013. - №2 (80) - С. 100-102.

8. Жаворонкова О.И. Ультразвуковая диагностика ранних послеоперационных осложнений в хирургии органов гепатобилиарной зоны и методы их минимально инвазивной коррекции / О.И. Жаворонкова, О.В.

Мелёхина, Ю.А. Степанова, Н.Н. Ветшева [и др.]. // Медицинская визуализация. - 2013. - №6. - С.133-136.

REFERENCES

1. Abdiev A.A. Prichiny i diagnostika oslozhneniy, trebuyushchikh relaparotomii v abdominalnoy khirurgii [Causes and diagnosis of complications requiring relaparotomy in abdominal surgery]. *Nauka, novye tekhnologii i innovatsii - Science, New Technologies of innovations*, 2017, No. 1, pp. 49-52.

2. Vorobey A.V. Drenirovanie bryushnoy polosti v ramkakh programmy khirurgii bystrogo vyzdorovleniya [Causes and diagnosis of complications requiring relaparotomy in abdominal surgery]. *Khirurgiya. Vostochnaya Evropa - Surgery. Western Europe*, 2014, No. 1 (9), pp. 138-145.

3. Zubritskiy V.F. Miniinvazivnye vmeshatelstva pod kontrolem ultrazvukovogo issledovaniya u posleoperatsionnykh bolnykh [Minimally invasive ultrasound-guided interventions in postoperative patients]. *Koloproktologiya - Coloproctology*, 2014, No. 1, pp. 42-47.

4. Karpov O.E. Integratsiya miniinvazivnykh navigatsionnykh tekhnologiy v klinicheskuyu praktiku mnogoprofilnogo meditsinskogo uchrezhdeniya [Integration of Minimally Invasive Navigation Technologies into the Clinical Practice of a Multidisciplinary Medical Facility]. *Vestnik Natsionalnogo mediko-khirurgicheskogo Tsentra im. N.I. Pirogova - Bulletin of the National Medical and Surgical Center named after N.I. Pirogov*, 2017, Vol. 12, No. 2, pp. 25-32.

5. Maskin S.S. Planovye i srochnye relaparotomii pri posleoperatsionnykh vnutribryushnykh oslozhneniyakh [Planned and urgent relaparotomies for postoperative intra-abdominal complications]. *Kubanskiy nauchnyy meditsinskiy vestnik - Kuban Scientific Medical Journal*, 2013, No. 7, pp. 101-106.

6. Khachatryan N.N. Sovremennye vozmozhnosti profilaktiki posleoperatsionnykh oslozhneniy v abdominalnoy khirurgii [Modern possibilities of prevention of postoperative complications in abdominal surgery]. *Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor - Medical Technologies. Evaluation and selection*, 2012, No. 3 (9), pp. 26-32.

7. Tomnyuk N.D. Naibolee chastye oslozhneniya v abdominalnoy khirurgii [The most frequent complications in abdominal surgery]. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie - Siberian Medical Review*, 2013, No. 2 (80), pp. 100-102.

8. Zhavoronkova O.I. Ultrazvukovaya diagnostika rannikh posleoperatsionnykh oslozhneniy v khirurgii organov gepatobiliarnoy zony i metody ikh minimalno invazivnoy korrektsii [Ultrasound diagnosis of early postoperative complications in hepatobiliary surgery and methods of their minimally invasive correction]. *Meditsinskaya vizualizatsiya - Medical imaging*, 2013, No. 6, pp. 133-136.

9. A rare intrahepatic subcapsular hematoma (ISH) after laparoscopic cholecystectomy: a case report and literature review. *BMC Surgery*, 2019, No. 19 (1), pp. 3.

10. Allaway M.R. Early Laparoscopic Washout May Resolve Persistent Intra-Abdominal Infection Post-appendectomy. *World Journal of Surgery*, 2019, No. 43 (4), pp. 998-1006.

11. Gupta A. Late postoperative bleeding after Roux-en-Y gastric bypass: management and review of literature. *British Medical Journal. Case Reports*, 2018, Vol. 11 (1), pp. e226271.

12. Zhou C. Clinical analysis of transumbilical single-incision laparoscopic cholecystectomy with totally free umbilical ring by conventional instruments. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 2018, No. 98 (48), pp. 3946-3949.

13. Palermo M. Percutaneous Image-Guided Abdominal Interventions for Leaks and Fistulas Following Sleeve Gastrectomy and Roux-en-Y Gastric Bypass. *Obesity Surgery*, 2019.

14. Eubanks R.D. Review of Operative Treatment of Delayed Presentation of Acute Cholecystitis. *American Journal of Surgery*, 2019, Vol. 1, No. 85 (1), pp. 98-102.

15. Elkbuli A. Successful utilization of angioembolization and delayed laparoscopy in the management of grade 5 hepatic laceration: Case report and literature review. *International Journal of Surgery. Case Reports*, 2019, Vol. 59, pp. 19-22.

ХУЛОСА

**Ф.И. Махмадов, Д.Н. Садуллоев,
М.М. Болтубоев, А.И. Муродов,
А.С. Ашуров, Ф.Ш. Сафаров,
Ф.Н. Нажмудинов, Ш.Н. Шамсуллозода**

ИНТИХОБИ УСУЛИ ИСЛОҲИ ЧАРРОҲИИ ХУНРАВИҲОИ ДОХИЛИ БАТНИИ

УДК 618.7-002

doi: 10.52888/0514-2515-2023-356-1-54-60

М.Ш. Мукарамшоева^{1,2}

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ЭКО У ЖЕНЩИН С БЕСПЛОДИЕМ, ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОРГАНАХ МАЛОГО ТАЗА

¹ООО «Медицинский центр «Насл»

²Кафедра акушерства и гинекологии №1, ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Мукарамшоева Мехрангез Шоинбековна - соискатель кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; Тел.: +992938525900; Email: tekha.mika@mail.ru

Цель исследования. Оценить эффективность вспомогательных репродуктивных технологий у женщин с бесплодием после хирургических вмешательств на органах малого таза.

Материал и методы исследования: анализированы данные 90 женщин, обратившихся в Медицинский центр «Насл» в связи с бесплодием для проведения ЭКО за 2017-2020гг., которым на первом этапе были при-

БАЪДИЧАРРОҲӢ БАЪД АЗ АМАЛИЁТҲО ДАР МАВЗЕИ ГЕПАТОБИЛИАРӢ

Мақсади таҳқиқот. Беҳтар намудани натиҷаҳои фаврии табобати хунравии пас аз чарроҳӣ дар чарроҳии гепатобилиарӣ.

Мавод ва усулҳо. Дар мақола натиҷаҳои таҳқиқоти 155 беморони гирифтори хунравии пас аз чарроҳии дохили батн пас аз чарроҳӣ дар минтақаи гепатобилиарӣ оварда шудаанд. Сабабҳои асосии инкишофи хунравии пас аз чарроҳии дохили батн таҳлил карда мешаванд.

Натиҷаҳо. Таснифи клиникии таҳияшудаи хунравии пас аз чарроҳии дохили батн пешниҳод карда шудааст ва истифодаи лапароскопия дар табобати хунравии пас аз чарроҳии дохили шикам пас аз чарроҳӣ дар минтақаи гепатобилиарӣ асоснок карда шудааст. Дар асоси натиҷаҳои бадастомада, бо равиши инфиродӣ, муаллифон истифодаи лапароскопияро дар беморони гирифтори хунравии пас аз чарроҳии дохили батн тавсия медиҳанд.

Хулоса. Релапароскопия барои хунравии пас аз чарроҳии дохили батн, новобаста аз хусусияти амалиёти қаблӣ, имкон медиҳад, ки бо ҳадди ақали таҷовузи такрорӣ хунравӣ боэътимод қатъ карда шавад ва сабабҳои он бартарарф карда шавад.

Калимаҳои калидӣ: релапаротомия, релапароскопия, хунравиҳои дохилибатнии баъди чарроҳӣ, оризаҳои барвақтинаи баъди чарроҳии амалиётҳо дар мавзеи гепатобилиарӣ, таснифи хунравиҳои дохилибатнии баъди чарроҳӣ.