

- *Herald of postgraduate education in health sphere*, 2018, No. 3, pp. 69-72.

7. Han L., Okiji T. Bioactivity evaluation of three calcium silicate-based endodontic materials. *International endodontic journal*, 2017, Vol. 46, No 3, pp. 808-821.

ХУЛОСА

Ф.З. Имомова, С.М. Каримов, Г.Г. Ашуров

БАҲО ДОДАН БА САМАРАНОКИИ ТАБОБАТИ МАЧМУАВИИ ИЛЛАТНОКИИ ПУЛПАЮ ПЕРИОДОНТАЛӢ ДАР БАӢНИ БЕМОРОНИ ПАТОЛОГИЯҲОИ ҲАМРАДИФИ СОМАТИКИДОШТА

Мақсади тадқиқот. Такмил додани натиҷаҳои табобати вайрониҳои ҳаҷмои пулпаю периодонт дар байни беморони иллатҳои гуногунсамти байнисистемави дошта.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Дар тадқиқоти мазкур 150 нафар беморони соматикӣ синнашон аз 20 то 50 сола ва зиёда ҳангоми иллатҳои яқояи маҷмуаи пулпаю периодонтдошта иштирок намуданд. Дар вобаста аз истифодаи усули табобат беморон ба 3 гурӯҳ тақсим гардиданд: дар гурӯҳи якуми асосии беморони соматикӣ (50 нафар) дар давоми як моҳ табобати эндопериапикалӣ бо ис-

тифодаи ҳаҷмои ду мавод (гидроксида калтсий) бо мақсади таъсири бардавоми дохилиҷӯякӣ ва дар як вақт истифодаи тартиби репрограммикунонии макрофагҳо бо истифода аз плазмолифтинг истифода шуд

Натиҷаи таҳқиқот ва муҳокимаи он. Пас аз сар намудани табобати пулпаю периодонталӣ дар охири сол ва пас аз 24 моҳи табобат байни беморони соматикӣ гурӯҳи асосӣ нишондоди муоинаи воқеъию асбобии ҳолати эндопериапикалӣ ба нол баробарӣ дошт. Аммо ҳангоми ҷамъбасти 1-моҳа байни беморони гурӯҳи якуми назоратӣ нишондоди умумии воқеъию асбобии ҳолати эндопериапикалӣ, нисбати гурӯҳи дуҷуми назоратӣ, 17,1% камтар, пас аз ним сол ин нишондод ба 10,2% баробарӣ дошт. Дар гурӯҳи дуҷуми назоратӣ пас аз як соли саршавии табобати пулпавию периодонталӣ нишондоди муоинаи воқеъию асбобии ҳолати эндопериапикалӣ ба пастарин нишондод баробар буд.

Хулоса. Натиҷаи беҳтарини табобати мураккабиятҳои эндопериапикалӣ дар гурӯҳи асосии беморони соматикӣ ба даст оварда шуд, ки байни онҳо ҳиссаи муваффақиятноки табобаткардаи онҳо ба 90% баробарӣ дошт.

Калимаҳои асосӣ: вайрониҳои ҳаҷмои пулпаю периодонталӣ, гузошти дохилиҷӯякӣ, плазмолифтинг, вайрониҳои гуногунсамти байнисистемавӣ.

УДК 618.7-002

doi: 10.52888/0514-2515-2023-359-4-38-45

Ш.М. Курбонов^{1,2}

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРИТОНИТА

¹ООО «Медицинский центр Насл»

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

Курбонов Шамсиддин Мирзоевич – к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии №1 ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»; Тел.: +992935006571.

Цель исследования. Улучшить раннюю диагностику послеоперационных акушерско-гинекологических перитонитов.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование проводилось среди 110 женщин, у которых после первично проведенных хирургических вмешательств по поводу акушерских и гинекологических патологий отмечалось развитие в послеоперационном периоде перитонита. Применены комплексные подходы в клинко-лабораторной диагностике послеоперационного акушерско-гинекологического перитонита с определением показателей гемостаза, эндогенной интоксикации, белков острой фазы воспаления и цитокинов.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ результатов исследования показывают, что в клинико-лабораторных показателях наблюдаются от относительных изменений, при местном перитоните, и до выраженных сдвигов при распространенном послеоперационном акушерско-гинекологическом перитоните с абдоминальным сепсисом и без него. Так, в этой группе больных показатели молекул средней массы составили $1674,6 \pm 143,5$ мкг/мл, малонового диальдегида - $5,6 \pm 0,21$ ммоль/л. В группе пациенток с распространенной формой перитонита уровень содержания прокальцитонина в крови составлял $5,6 \pm 0,04$ нг/мл, показатели С-реактивного белка в среднем составляли $235,2 \pm 0,8$ мг/мл, а показатели интерлейкина-6 - $134,5 \pm 3,7$ нг/мл. В группе пациенток с перитонитом без абдоминального сепсиса данные показатели были ниже и составляли соответственно, $3,67 \pm 0,04$ нг/мл, $180,77 \pm 18,3$ мг/мл и $112,7 \pm 2,1$ нг/мл.

Выводы. Выявленные патогенетические изменения в гомеостазе, особенно сдвиги уровня прокальцитонина, С-реактивного белка и интерлейкина-6 являются маркерами для ранней диагностики инфекционно-воспалительных патологий в абдоминальной полости.

Ключевые слова: послеоперационный акушерско-гинекологический перитонит, лабораторная диагностика, эндотоксемия, прокальцитонин, С-реактивный белок, интерлейкин-6.

Sh.M. Kurbonov^{1,2}

CLINICAL-LABORATORY DIAGNOSIS OF POSTOPERATIVE OBSTETRIC-GYNAECOLOGICAL PERITONITIS

¹Nasl Medical Center

²Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 of the State University "Institute of Postgraduate Education in the Field of Health of the Republic of Tajikistan"

Kurbonov Shamsudin Mirzoevich – Candidate of Medical Sciences, associate professor at the Department of Obstetrics and Gynecology No. 1 of the SEI "Institute of Postgraduate Education in the Field of Health of the Republic of Tajikistan,"; Tel.: +992935006571.

Aim. To improve early diagnosis of postoperative obstetric and gynecological peritonitis.

Material and Methods. This study was conducted among 110 women who developed peritonitis in the postoperative period following primary surgical interventions for obstetric and gynecological pathologies. Comprehensive approaches in clinical and laboratory diagnostics of postoperative obstetric and gynecological peritonitis were applied, including the assessment of hemostasis parameters, endogenous intoxication, acute phase proteins, and cytokines.

Results and Discussion. The analysis of the results shows that in the clinical and laboratory parameters, there are relative changes observed in localized peritonitis, and significant shifts in widespread postoperative obstetric and gynecological peritonitis, with and without abdominal sepsis. For instance, in this group of patients, the average values of middle molecular weight molecules were 1674.6 ± 143.5 μ g/ml, malondialdehyde - 5.6 ± 0.21 mmol/l. In the group with widespread peritonitis, the level of procalcitonin in the blood was 5.6 ± 0.04 ng/ml, C-reactive protein levels averaged 235.2 ± 0.8 mg/ml, and interleukin-6 levels were 134.5 ± 3.7 ng/ml. In the group with peritonitis without abdominal sepsis, these indicators were lower, being 3.67 ± 0.04 ng/ml, 180.77 ± 18.3 mg/ml, and 112.7 ± 2.1 ng/ml, respectively.

Conclusions. The identified pathogenetic changes in homeostasis, particularly the shifts in the levels of procalcitonin, C-reactive protein, and interleukin-6, serve as markers for the early diagnosis of infectious-inflammatory pathologies in the abdominal cavity.

Key words: postoperative obstetric-gynecological peritonitis, laboratory diagnostics, endotoxemia, procalcitonin, C-reactive protein, interleukin-6.

Актуальность. Послеоперационный акушерско-гинекологический перитонит (ПАГП) относится к числу наиболее сложных проблем в акушерско-гинекологической практике и абдоминальной хирургии [2, 5]. Характерной особенностью в развитии послеоперационного акушерско-гинекологического перитонита считается то, что первоначально перитонит формируется на фоне значительного изменения гемостатических показателей, выраженной эндотоксемии, ишемических

расстройств и микроциркуляторных нарушений, которые связаны с патологическим течением беременности и гинекологическими заболеваниями с дальнейшим прогрессированием эндотоксемии, увеличением внутрибрюшного давления и нарушениями функций эндотелия [4, 6, 10]. Стоит подчеркнуть, что развитие послеоперационного акушерско-гинекологического перитонита наиболее часто наблюдается у беременных женщин с выраженными функциональными изменениями в

организме, подавленными адаптационно-защитными механизмами и ослабленным иммунитетом, и, нередко, развитие данной патологии наблюдается у женщин с интенсивными кровотечениями [7, 9]. В случае позднего развития послеоперационного акушерско-гинекологического перитонита у женщин с кровотечениями наблюдается значительное снижение уровня содержания высокоаггезивных гликопротеинов в плазменной крови (такие как фактор XIII, фибриноген, фактор Виллебранда и т.д.), что обусловлено их выхождением из русла крови в околососудистое пространство (в участки активного формирования фибрина в абдоминальной полости), при этом скорость синтеза данных гликопротеинов ниже скорости их воспроизводства [1, 3, 8].

Цель исследования. Улучшить раннюю диагностику послеоперационных акушерско-гинекологических перитонитов.

Материал и методы исследования. Настоящее исследование проводилось среди 110 женщин, у которых после первично проведенных хирургических вмешательств по поводу акушерских и гинекологических патологий отмечалось развитие в послеоперационном периоде перитонита. Период охвата сроков поступления пациенток в ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» и ГУ «Медицинский комплекс Истиклол» г. Душанбе составлял с 2005 по 2019 годы. У 45 пациенток, составивших контрольную группу, были выполнены повторные открытые операции – релапаротомии, а у 65 пациенток, составивших основную группу, в качестве повторных хирургических вмешательств выполнялась релапароскопия.

Распространенная форма ПАГП была диагностирована у 47 больных, локальная неограниченная форма перитонита была диагностирована у 27 пациенток, локальная ограниченная форма перитонита – у 36 пациенток. Среди пациенток с распространённой формой послеоперационного перитонита наличие абдоминального сепсиса было диагностировано в 18 случаях, причем в 9 случаях был отмечен тяжелый абдоминальный сепсис, а в 1 случае был установлен инфекционно-токсический шок. По характеру перитонеального содержимого серозный перитонит был диагностирован у 34 пациенток, гнойный перитонит был диагностирован у 25 пациенток, серозно-фибринозный перитонит был установлен у 10 пациенток, ещё в 5 случаях была установлена смешанная форма.

В зависимости от клинической формы течения заболевания все больные были распределены

на 2 отдельные группы – со стертым течением и вялотекущим течением ПАГП (табл. 1).

Таблица 1
Распределение больных с ПАГП по клиническому течению (n=110)

Характер клинического течения перитонита	Число больных	%
Стертая форма	41	35%
Вялотекущая форма	69	65%
Итого	110	100%

Примечание: %- от общего кол-во больных

Применены комплексные подходы в клинико-лабораторной диагностике послеоперационного акушерско-гинекологического перитонита с определением показателей гемостаза, эндогенной интоксикации, белков острой фазы воспаления и цитокинов.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием методов описательной статистики и программы MS Excel 2010. При нормальном распределении выборки при парных сравнениях между группами применялся параметрический Т-критерий Стьюдента, при ненормальном распределении выборки - непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Категориальные значения описаны в виде абсолютных значений и их долей (%). Количественные показатели представлены в виде среднего значения и стандартной ошибки. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Послеоперационный перитонит считается опасным и очень грозным для жизни пациенток осложнением при проведении акушерско-гинекологических операций. Выраженность клинических проявлений данной патологии зависит от степени распространения патологического процесса, этиологического фактора и фазы перитонита.

Для диагностики абдоминального сепсиса учитывались критерии, приведенные в классификации АРАСНЕ II (с учетом показателей С-реактивного белка, прокальцитонина и IL-6):

- Гипертермия - до 39°C;
- ЧСС - выше 90 в минуту;
- ЧДД - свыше 20 в минуту;
- Увеличение уровня содержания лейкоцитов в крови до 12 тыс. и выше, при этом свыше 10% составляют незрелые формы нейтрофилов;
- Показатель концентрации СРБ в крови превышает 150 мл/л;

- Показатель концентрации прокальцитонина превышает 5 мг/л;
- Показатель содержания IL-6 превышает 100 мг/л;

Характер клинических проявлений послеоперационного акушерско-гинекологического перитонита в основном зависит от этиологического фактора и уровня выраженности патологического процесса в абдоминальной полости, эффективности применяемой интенсивной и комплексной противовоспалительной терапии после проведения первичных хирургических вмешательств. У 41 пациентки была отмечена стертая форма течения послеоперационного перитонита, а у 69 пациенток – вялотекущая форма. Первый вариант клинического течения заболевания наблюдался у женщин с расхождением швов, наложенных на теле матке, с развитием некротического процесса в тканях тела матки, и характеризовался слабо выраженной клинической картиной патологии. У пациенток с вялотекущей формой послеоперационного перитонита отмечались случаи нагноения гематом, усугубления тяжести развившегося до проведения хирургического вмешательства перитонита, травматизации находящихся рядом органов, либо отмечалось наличие инородных тел. В большинстве случаев клинические признаки послеоперационного акушерско-гинекологического перитонита у исследуемых пациенток наблюдались с 5-6 суток после проведения хирургических вмешательств,

и характеризовались появлением болей в брюшной полости и кишечным парезом. У больных наблюдалось усугубление клинической картины заболевания, несмотря на проводимую терапию, что чаще отмечалось в группе больных с ПАГП и развитием внутрибрюшного абсцесса. Основными признаками данной патологии являлись эндогенная интоксикация и невыраженные проявления перитонита. Среди больных с послеоперационным акушерско-гинекологическим перитонитом, возникшим вследствие несостоятельности швов на стенках матки и влагалищной культе отмечались следующие признаки патологии:

- Симптомы перитонита (пальпаторное усиление болей, напряжение передних абдоминальных мышц, позитивный симптом Щеткина-Блюмберга);
- Парез кишечника (задержка газов и актов дефекации, исчезновение физиологических кишечных шумов, метеоризм);
- Эндотоксемия (изменение цвета кожи, учащение сердцебиения, изменение водно-электролитного равновесия, нарушения функций жизненно важных органов);
- Появление патологического отделяемого по дренажам, установленным в брюшной полости, из просвета половых путей либо из линии швов основной послеоперационной раны на передней стенке живота;

Таблица 2

Результаты исследования гемостатических показателей у больных с ПАГП (n=70)

Показатель	Контрольная группа (n=20)	Пациентки с локальной формой ПАГП (n=40)	Пациентки с распространенной формой ПАГП (n=30)	p1; p2
Гемоглобин г/л	134,5±3,3	109,8±47	97,4±1	<0,5
Эритроцитоз, %	4,07±0,09	3,78±0,24	3,54±0,21	>0,01
Гематокрит, %	40,5±0,9	37,5±0,5	35,3±0,4	>0,01
Фибринолитическая активность, мг%	212,4±14,1	218,6±14,6	227,1±12,4	>0,05
Активность XIII фактора, %	93,5±9,2	87,5±5,1	83,4±8,2	<0,05
Время свертывания крови, мин	6,2±0,1	5,8±0,4	4,2±0,2	>0,001
Фибриноген, г/л	2,4±0,1	2,5±0,3	3,4±0,2	<0,05
Уровень РФМК, мг/%	3,4±0,2	21,3±1,5	22,3±2,1	<0,05
Количество D-димеров нг/мл	108,9±11,5	824±153,3	1094,6±282,5	<0,05
Тромбиновое время, сек.	18,3±1,3	18±1,4	19,1±1,8	>0,05
АЧТВ, сек	32,0±1,4	33,1±1,2	35,4±11,6	<0,05
Агрегация тромбоцитов, мин	6,1±0,7	6,0±0,2	4,2±0,3	>0,05
Протромбиновый индекс	92,0±6,	90,5±7,2	81,3±5,3	<0,05

Примечание: p1 - значимость различий между контрольной группой и группой больных с местным ПАГП; p2 - значимость различий между контрольной группой и группой больных с распространенным ПАГП.

- Наличие «светлого» промежутка между нормальным течением послеоперационного периода и до момента появления патологического содержимого.

Большое значение в диагностике и выборе тактики хирургического вмешательства при ПАГП имеет определение изменений со стороны гемостатических и гемореологических показателей. Нами были исследованы данные показатели у как до проведения первичных операций, так и после них у пациенток с развившимся в послеоперационном периоде перитонитом (табл. 2).

Согласно полученным результатам исследования, у больных с локальной и распространенной формами послеоперационного акушерско-гинекологического перитонита отмечалась анемия, повышение относительно контрольных значений показателей АЧТВ ($33,1 \pm 1,2$ и $35,4 \pm 11,6$, соответственно), снижение показателей протромбинового индекса, прежде всего у пациенток с распространенной формой ПАГП ($90,5 \pm 7,2\%$ и $81,3 \pm 5,3\%$, соответственно).

Кроме того, отмечалось увеличение показателей фибриногена в крови ($2,5 \pm 0,3$ г/л и $3,4 \pm 0,2$ г/л) и признаки активного распада и синтеза продуктов деградации фибрина, о чем свидетельствует увеличение количества содержащихся в плазменной крови D-димеров и РФМК (растворимые фибринмономерные комплексы). Значительное увеличение показателей D-димеров в крови у пациенток с локальной формой послеоперационного перитонита (до $824 \pm 153,3$ мг/мл) и распространенной формой послеоперационного перитонита (до $1094,6 \pm 282,5$ мг/мл) относительно контрольных показателей указывает на наличие связи с процессами образования фибрина и его распада, расщепления белков. Данные изменения наряду со снижением показателей фактора XIII (до $87,5 \pm 5,1\%$ при локальном перитоните и до $83,4 \pm 8,2\%$ при распространенном перитоните), а также увели-

чением числа тромбоцитов свидетельствовали о развитии ДВС-синдрома у больных с ПАГП. Согласно результатам анализа перитонеальной жидкости у больных с ПАГП наблюдается увеличение концентрации в ней фибриногена, продуктов фибринолиза – D-димеров (при среднем показателе 3245 ± 689 мкг/л), которые оказались значительно выше, чем в венозной крови (при среднем показателе $745 \pm 6,0$ мкг/л, $p < 0,001$). Большое количество фибрина в перитонеальной жидкости, очевидно, обусловлено выходом плазменной части крови в абдоминальную полость либо кровоизлиянием в неё, коагуляцией и околососудистым свертыванием крови на фоне увеличения сосудистой проницаемости. Главным образом, это связано с развитием в дооперационном периоде интенсивного кровотечения, которое, в свою очередь, приводит к развитию синдрома энтеральной недостаточности (ишемические поражения тонкой кишки), ослаблению барьерной способности тонкого кишечника у больных с ПАГП, осложнившимся энтеральной недостаточностью в результате ишемических нарушений, эрозивного поражения слизистой оболочки кишки и инфильтрации стенки кишки лейкоцитами. Данные изменения со стороны показателей гемостаза крови у больных с ПАГП указывают на степень нарушения равновесия между различными звеньями гемостатического процесса, что связано с потерей фибрина на фоне развития перитонита и проведения плановых санационных процедур. Помимо этого, у данной категории пациенток происходит ослабление репаративной и пластической способности тканей, которые имеют важное значение для их жизнеобеспечения. Об этом свидетельствует значительное снижение показателей фибриногена и других белков крови у больных с ПАГП (табл. 3).

Как видно, у пациенток с ПАГП отмечается снижение показателей содержания в крови нативного фибриногена (в 3,3-3,5 раза) и показа-

Таблица 3

Уровень концентрации адгезивных белков в плазменной крови у пациенток с ПАГП (n=48)

Исследуемый параметр	Контрольная группа (n=20)	Пациентки с локальной формой ПАГП (n=28)	Пациентки с распространенной формой ПАГП (n=20)	p1; p2
Фибриноген г/л (2,0-4,0 г/л)	$2,5 \pm 0,1$	$5,2 \pm 0,3$	$4,9 \pm 0,5$	$<0,001$
Фибриноген, мкг/мл (70-148 мкг/мл)	$118,3 \pm 6,3$	$35,9 \pm 4,6$	$33,9 \pm 4,0$	$<0,001$
Фактор XIII, % (65-135%)	$94,3 \pm 6,9$	$58,9 \pm 4,5$	$52,9 \pm 4,5$	$<0,001$

Примечание: p1 - значимость различий между контрольной группой и группой пациенток с локальной формой ПАГП; p2 - значимость различий между контрольной группой и группой пациенток с распространенной формой ПАГП.

телей содержания фактора XIII (в 1,6-1,8 раза). Следовательно, у пациенток с ПАГП происходит значительное снижение концентрации фибриногена в крови и увеличение количества фибрина в абдоминальной полости, в частности, фибрин начинает скапливаться на париетальном и висцеральном листках брюшины. При таких нарушениях возникает необходимость в проведении интенсивной комплексной терапии, включая корреляцию данных изменений с целью предупреждения развития осложнений у пациенток с ПАГП.

Также, у пациенток с ПАГП наблюдаются существенные изменения в показателях эндогенной

интоксикации. Изменение показателей эндогенной интоксикации при развитии эндотоксикоза у пациенток с ПАГП приведены в таблице 4.

Наиболее выраженные изменения со стороны показателей эндотоксикоза наблюдались в группе пациенток с распространенной формой ПАГП – увеличение показателей МСМ до $1674,6 \pm 143,5$ мкг/мл, увеличение показателей МДА до $5,6 \pm 0,21$ ммоль/л.

С целью определения характера воспалительного процесса в абдоминальной полости, уровня его выраженности, а также с целью определения тактики проведения повторной операции и объема

Таблица 4

Показатели эндотоксикоза у пациенток с ПАГП

Исследуемый параметр	Пациентки с локальной формой ПАГП (n=28)	Пациентки с распространенной формой ПАГП (n=20)	p
Продолжительность п/о периода	$53,4 \pm 3,8$	$36,2 \pm 2,7$	$<0,001$
Пульс, уд. в мин.	$105,3 \pm 8,4$	$116,2 \pm 9,8$	$>0,05$
ЧДД, в мин.	$18,2 \pm 2,5$	$23,1 \pm 2,7$	$<0,05$
Температура тела, °C	$37,8 \pm 2,9$	$38,9 \pm 3,1$	$>0,05$
Парез кишечника	Нет пареза	Стойкий парез	
Фибриноген, г/л	$3,5 \pm 0,20$	$3,32 \pm 0,28$	$>0,05$
Протромбиновый индекс, %	$76,2 \pm 6,2$	$78,2 \pm 6,5$	$>0,05$
Креатинин, мкмоль/л	$82,4 \pm 6,3$	$168,2 \pm 9,7$	$<0,001$
МСМ, мкмоль/л	$1160,5 \pm 240,3$	$1674,6 \pm 143,5$	$<0,001$
МДА, моль/л	$4,7 \pm 0,43$	$5,6 \pm 0,21$	$<0,01$
СОД, %	$14,1 \pm 2,4$	$24,6 \pm 3,8$	$<0,001$

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

Таблица 5

Показатели эндогенной интоксикации в крови пациенток с ПАГП (n=25)

Группа	Показатель эндогенной интоксикации	ПКТ, нг/мл	СРБ, мг/мл	ИЛ-6, мг/мл
Здоровые лица (n=20)	Без изменений	0,05	$3,0 \pm 3,0$	$25,0 \pm 1,1$
Локальная форма ПАГП (n=8)	Уровень лейкоцитов – $7,6 \pm 1,4$ МСМ – $373,5 \pm 24,1$ мкг/мл МДА – $2,3 \pm 0,05$ ммоль/мг АРАСНЕ II – до 9 баллов Уровень ВБД – $3,2 \pm 1,4$	$0,8 \pm 0,03$	$7,1 \pm 0,12$	$98,5 \pm 2,4$
Распространенная форма ПАГП в сочетании с абдоминальным сепсисом (n=9)	Уровень лейкоцитов – $12 \pm 0,4$ МСМ – $1674 \pm 143,2$ мкг/мл МДА – $5,6 \pm 0,21$ ммоль/мг АРАСНЕ II – более 13 баллов Уровень ВБД – $18,4 \pm 1,9$ мм.рт.ст.	$5,6 \pm 0,04$	$235,2 \pm 9,8$	$134,5 \pm 3,7$
Распространенная форма ПАГП с отсутствием абдоминального сепсиса (n=8)	Уровень лейкоцитов – $10,6 \pm 1,2$ МСМ – $1152,3 \pm 220,7$ мкг/мл МДА – $3,9 \pm 0,12$ ммоль/мг АРАСНЕ II – до 13 баллов Уровень ВБД – $11,3 \pm 1,1$ мм.рт.ст.	$3,6 \pm 0,04$	$180,7 \pm 18,3$	$112,7 \pm 2,1$

инфузионно-трансфузионной и противовоспалительной терапии нами были исследованы показатели содержания прокальцитонина, С-реактивного белка, МДА, молекул средней массы и IL-6 в сыворотке крови у 25 больных из основной группы (табл 5).

У 9 пациенток с распространенной формой ПАГП в сочетании с абдоминальным сепсисом наблюдалось увеличение показателей прокальцитонина (в среднем до $3,6 \pm 0,04$ нг/мл), С-реактивного белка (в среднем до $235,2 \pm 0,8$ мг/мл) и IL-6 (в среднем до $134,5 \pm 3,7$ мг/мл). Следовательно, показатели концентрации в крови прокальцитонина, С-реактивного белка и IL-6 могут считаться маркерами наличия в абдоминальной полости инфекционно-воспалительного и деструктивных процессов у пациенток с ПАГП. Указанные значения данных показателей могут быть использованы в качестве контрольных при ранней диагностике послеоперационного перитонита, а также его осложнений. При уровне концентрации прокальцитонина в крови до $3,67 \pm 0,04$ нг/мл, уровне содержания С-реактивного белка в крови до $180,77 \pm 18,3$ мг/мл и уровне содержания IL-6 в крови до $112,7 \pm 2,1$ нг/мл возможным является проведение миниинвазивных вмешательств. При более значимом увеличении данных показателей (прокальцитонина – до $5,6 \pm 0,04$ нг/мл, С-реактивного белка – до $235,2 \pm 9,8$ мг/мл, IL-6 – до $134,5 \pm 3,7$ мг/мл) показано проведение релапаротомии.

Выводы

1. Для ранней диагностики послеоперационного акушерско-гинекологического перитонита необходимо определение показателей эндогенной интоксикации, уровня концентрации в крови белков острой фазы воспаления (прокальцитонина, С-реактивного белка) и IL-6, которые считаются маркерами формирования в абдоминальной полости инфекционно-воспалительного процесса.

2. Выявленные патогенетические изменения в гомеостазе имеют важное значение в выборе тактики лечения и объема проведения интенсивной комплексной терапии, включая их корреляцию с целью предупреждения развития осложнений у пациенток с ПАГП.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 8-10 см. в REFERENCES)

1. Гусев Е.Ю. С-реактивный белок: патогенетическое и диагностическое значение / Е.Ю. Гусев

// Уральский медицинский журнал – 2014. – Т. 115. – №1 – С. 113-121.

2. Давыдов А.И. Современный взгляд на акушерский перитонит с позиций хирургической тактики / А.И. Давыдов, А.Д. Подтетенов // Арх. Акушерства и гинекологии. – 2014. – № 1. – С.44–48.

3. Иванников Н.Ю. Современные подходы в лечении послеродовых гнойно-септических заболеваний / Н.Ю. Иванников, А.Е. Митичкин, В.И. Димитрова // Медицинский совет. – 2019. – №7. – С. 58-69.

4. Краснопольский В.И. Гнойно-септические осложнения в акушерстве и гинекологии: особенности течения на современном этапе. Тактика ведения / В.И. Краснопольский, С.Н. Буянова, Н.А. Щукина // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2013. – №4. – С. 82-85.

5. Курбонов К.М. Диагностика и тактика лечения повреждений мочеполовых органов у общехирургических больных / К.М. Курбонов, А.А. Аминов, К.Р. Назирбоев // Вестник Педагогического университета. – 2015. – № 2-2 (63). – С. 233-238.

6. Курбонов К.М. Радикальное удаление источника распространенного перитонита у больных с заболеваниями полых органов / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев, Ш.Б. Полвонов // Вестник Авиценны. – 2016. – № 4 (69). – С. 24-28.

7. Курбонов К.М. Коррекция синдрома энтеральной недостаточности у больных распространенным перитонитом / К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев, С.К. Ёров // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2017. – №2. – С. 38-42

8. Стрижаков А.Н. Акушерский перитонит после кесарева сечения: дифференциальный подход к выбору хирургической тактики / А.Н. Стрижаков, М.С. Бадма-Гаряев, А.И. Давыдов // Журнал Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2013. – Т.12. – № 6. – С. 53-62.

REFERENCES

1. Gusev E.Yu. S-reaktivnyy belok: patogeneticheskoe i diagnosticheskoe znachenie [C-reactive protein: pathogenetic and diagnostic significance]. *Uralskiy meditsinskiy zhurnal - Ural medical journal*, 2014, Vol. 115, No. 1, pp. 113-121.

2. Davydov A.I., Podtetenev A.D. Sovremennyy vzglyad na akusherskiy peritonit s pozitsiy khirurgicheskoy taktiki [Current view of obstetric peritonitis from the standpoint of surgical tactics]. *Arkhiv akusherstva i ginekologii - Archives of obstetrics and gynecology*, 2014, No. 1, pp. 44-48.

3. Ivannikov N.Yu., Mitichkin A.E., Dimitrova V.I. Sovremennye podkhody v lechenii poslerodovykh gnoyno-septicheskikh zabolevaniy [Modern approaches in the treatment of postpartum purulent-septic diseases]. *Meditinskiy sovet - Medical council*, 2019, No. 7, pp. 58-69.

4. Krasnopolskiy V.I., Buyanova S.N., Shchukina N.A. Gnoyno-septicheskie oslozhneniya v akusherstve i ginekologii: osobennosti techeniya na sovremennom etape. Taktika vedeniya Purulent-septic complications in obstetrics and gynecology: peculiarities of the course at the present stage. Management tactics]. *Rossiyskiy vestnik akushera-ginekologa - Russian bulletin of obstetrician-gynecologist*, 2013, No. 4, pp. 82-85.

5. Kurbonov K.M., Aminov A.A., Nazirboev K.R. Diagnostika i taktika lecheniya povrezhdeniy mochepolovnykh organov u obshchekhirurgicheskikh bolnykh [Diagnosis and tactics of treatment of genitourinary organ injuries in general surgical patients]. *Vestnik pedagogicheskogo universiteta - Bulletin of the pedagogical university*, 2015, No. 2-2 (63), pp. 233-238.

6. Kurbonov K.M., Nazirboev K.R., Polvonov Sh.B. Radikalnoe udalenie istochnika rasprostranennogo peritonita u bolnykh s zabolevaniyami polykh organov [Radical removal of the source of disseminated peritonitis in patients with hollow organ disease]. *Vestnik Avitsenny - Avicenna's herald*, 2016, No. 4 (69), pp. 24-28.

7. Kurbonov K.M., Nazirboev K.R., Yorov S.K. Korrektsiya sindroma enteralnoy nedostatochnosti u bolnykh rasprostranennym peritonitom [Correction of enteral insufficiency syndrome in patients with widespread peritonitis]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdavookhraneniya - Herald of postgraduate education in health sphere*, 2017, No. 2, pp. 38-42.

8. Strizhakov A.N., Badma-Garyaev M.S., Davydov A.I. Akusherskiy peritonit posle kesareva secheniya: differentsial nyy podkhod k vyboru khirurgicheskoy taktiki [Obstetric peritonitis after cesarean section: differential approach to the choice of surgical tactics]. *Zhurnal voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii - Journal of gynecology, obstetrics and perinatology*, 2013, Vol. 12, No. 6, pp. 53-62.

9. Cruz C.Z. Cesarean section and the risk of emergency peripartum hysterectomy in high-income countries: a systematic review. *Archives of gynecology and obstetrics*, 2015, Vol. 292 (6), pp. 1201-1215.

10. Huls C.K. Cesarean hysterectomy and uterine-preserving alternatives. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 2016, Vol. 43, pp. 517-538.

ХУЛОСА

Ш.М. Қурбонов

ТАШХИСИ КЛИНИКӢ-ЛАБОРАТОРИИ ПЕРИТОНИТИ БАЪДИЧАРӢИ АКУШЕРӢ-ГИНЕКОЛОГӢ

Мақсади таҳқиқот. Бехтарсозии ташхиси сарвақтии перитонити баъдиҷарроҳии акушерии гинекологӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ҳолати клиникии 110 бемороне, ки дар аввалиндараҷа амалиётҳои акушерӣ ва гинекологӣ гузаронидаанд, омӯхта шудааст. Дар ташхиси клиникӣ ва лаборатории ин беморон бо оризаи перитонити баъдиҷарроҳии акушерии гинекологӣ равишҳои бисёрҷабҳаи муоина ва ташхис бо муайян намудани нишондиҳандаҳои гемостаз, захролудшавии эндогенӣ сафедаи С-реактивӣ ва ситокинҳо татбиқ карда шудаанд истифода бурда шудааст.

Натиҷаҳои таҳқиқот. Таҳлили натиҷаҳои тадқиқот нишон медиҳад, ки дар нишондиҳандаҳои клиникӣ лабораторӣ аз тағиротҳои нисбӣ – ҳангоми перитонити ҷузъӣ то тағиротҳои аз ҳад зиёд ҳангоми перитонити паҳнғаштаи баъдиҷарроҳии акушерии гинекологӣ мушоҳида карда мешавад. Хусусан дар нишондодҳои захролудшавии эндогенӣ ҳангоми перитонити паҳнғаштаи баъдиҷарроҳии акушерии гинекологӣ дар молекулаҳои вазни миёна - $1674,6 \pm 143,5$ мкг/мл, диалдегиди малонӣ - $5,6 \pm 0,21$ ммоль/л тағиротҳои ҷой доштанд. Нишондодҳои аз ҳад баланди прокалситонин ($5,6 \pm 0,04$ нг/мл), сафедаи С-реактивӣ ($235,2 \pm 0,8$ мг/мл) ва интерлейкин-6 ($134,5 \pm 3,7$ мг/мл) дар беморони перитонити паҳнғаштаи баъдиҷарроҳии акушерии гинекологӣ бо оризаи сепсиси абдоминалӣ ба қайд гирифта шуд, ҳол он ки дар перитонити бе сепсиси абдоминалӣ микдори прокалситонин то $3,67 \pm 0,04$ нг/мл, сафедаи С-реактивӣ – $180,77 \pm 18,3$ мг/мл ва интерлейкин-6 – $112,7 \pm 2,1$ нг/мл ҷой дошт.

Хулоса. Тағиротҳои патогенетикии дарёфтшуда дар гомеостаз хусусан тағиротҳои дар прокалситонин, сафедаи С-реактивӣ ва интерлейкин-6, нишондиҳандаҳои барои ташхиси барвақтии равандҳои сироятӣ ва илтиҳобии ковокии шикам мебошанд.

Калимаҳои калидӣ: перитонити баъдиҷарроҳии акушерӣ ва гинекологӣ, ташхиси лабораторӣ, эндотоксемия, прокалситонин, сафедаи С-реактивӣ, интерлейкин-6.