

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОК С ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИМ ПЕРИТОНИТОМ

К.Р. Рузбойзода^{1,2}, П.А. Саидзода^{1,3}, Ш.М. Курбонов³, Г.Н. Ашурова⁴

¹Кафедра хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М., ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан

²ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи», Душанбе, Таджикистан

³ООО «Медицинский центр Насл», Душанбе, Таджикистан

⁴ГУ «Городской родильный дом №2», Душанбе, Таджикистан

Цель: оценка эффективности видеолaparоскопических вмешательств у пациенток с гинекологическим перитонитом.

Материал и методы: проведено комплексное обследование 44 пациенток (100%) с гинекологическим перитонитом. В большинстве случаев этиологическим фактором перитонита являлся гнойный сальпингит, диагностированный у 13 (29,5%) пациенток. В 10 (22,7%) случаях причиной заболевания был пиосальпинкс, а у 6 (13,6%) пациенток отмечен прорыв абсцесса маточной трубы (пиосальпинкса) в брюшную полость. В 3 (6,8%) случаях зафиксирован прорыв тубо-яичникового абсцесса, а в 2 (4,5%) – прорыв абсцесса яичника (пиовара). Кроме того, у 2 (4,5%) пациенток причиной перитонита стал разрыв нагноившейся дермоидной кисты яичника.

Результаты: всем пациенткам были выполнены оперативные вмешательства различного объёма и характера с учётом этиологии перитонита. Во всех случаях видеолaparоскопия начиналась с диагностической целью, её специфичность и чувствительность составили практически 100%. Радикальное устранение источника перитонита («source control») лапароскопическим методом удалось достичь у 39 (88,6%) пациенток. В 5 (11,4%) случаях потребовалась конверсия доступа в лапаротомию вследствие распространённого гнойно-фибринозного перитонита, что потребовало интубации тонкого кишечника. Анализ течения послеоперационного периода показал, что у 6 (13,6%) пациенток развились различные осложнения, которые были успешно скорректированы консервативными методами, без необходимости повторного хирургического вмешательства. Летальные исходы не зарегистрированы.

Выводы: в ходе комплексного анализа установлено, что лапароскопическое исследование представляет собой диагностический метод высокой информативности при выявлении воспалительно-гнойных патологий придатков матки. Исходя из полученных данных, применение данного метода рекомендовано во всех клинических ситуациях, сопряженных с подтвержденным гинекологическим перитонитом. Этот метод позволяет не только проводить дифференциальную диагностику с острой хирургической патологией органов брюшной полости, но и обеспечивать радикальное устранение источника инфекции у пациенток с гинекологическим перитонитом.

Ключевые слова: гнойно-воспалительные заболевания придатков матки, гинекологический перитонит, лапароскопия, диагностика, удаление источника перитонита.

Контактное лицо: Саидзода Парвина Абдуфатох, E-mail: saidzoda.parvina@bk.ru. Тел.: +992889007777.

Для цитирования: Рузбойзода К.Р., Саидзода П.А., Курбонов Ш.М., Ашурова Г.Н. Видеолaparоскопия в диагностике и лечении пациенток с гинекологическим перитонитом. Журнал Здравоохранение Таджикистана. 2025;365(2): 54-64. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2025-365-2-54-64>

VIDEOLAPAROSCOPY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH GYNECOLOGICAL PERITONITIS

K.R. Ruziboyzoda^{1,2}, P.A. Saidzoda^{1,3}, Sh.M. Kurbonov³, G.N. Ashurova⁴

¹SEI Avicenna Tajik State Medical University, Department of Surgical diseases №1 named after academician Kurbonov K.M., State educational institution, Dushanbe, Republic of Tajikistan

²SI City Center of Emergency Medical Care, Dushanbe, Republic of Tajikistan

³LLC Medical Center Nasl, Dushanbe, Republic of Tajikistan

⁴SI City Maternity Hospital No.2 Dushanbe, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Objective: to assess the effectiveness of videolaparoscopic interventions in patients with gynecological peritonitis.

Material and methods: a comprehensive evaluation was conducted on all 44 patients diagnosed with gynaecological peritonitis. In most cases (13 patients, or 29.5%), the etiological factor was purulent salpingitis. Pyosalpinx was identified as the cause in 10 cases (22.7%), while rupture of a tubal abscess into the peritoneal cavity was observed in six patients (13.6%). A ruptured tubo-ovarian abscess was recorded in three cases (6.8%), and rupture of an ovarian abscess (piovarium) was identified as the cause in two patients (4.5%). Additionally, peritonitis was caused by rupture of an infected dermoid ovarian cyst in two cases (4.5%).

Results: all patients underwent surgical interventions of varying scope and nature depending on the cause of the peritonitis. In all cases, videolaparoscopy was initially performed for diagnostic purposes, yielding a sensitivity and specificity close to 100%. Radical source control via laparoscopy was achieved in 39 patients (88.6%). In five cases (11.4%), conversion to laparotomy was necessary due to extensive purulent-fibrinous peritonitis requiring small bowel intubation. Analysis of the postoperative course showed that six patients (13.6%) developed various complications, all of which were successfully managed conservatively without the need for reoperation. No fatalities were registered.

Conclusion: a comprehensive analysis confirms that laparoscopy is an effective diagnostic tool for identifying purulent-inflammatory pathologies of the uterine adnexa. Based on these findings, laparoscopy is recommended for all cases of confirmed gynaecological peritonitis. This approach facilitates differential diagnosis from acute surgical abdominal conditions and enables effective source control in patients with gynaecological peritonitis.

Keywords: purulent-inflammatory diseases of the uterine appendages, gynecological peritonitis, laparoscopy, diagnostics, removal of the source of peritonitis.

Contact person: Saidzoda Parvina Abdufatokh, E-mail: saidzoda.parvina@bk.ru. Tel.: +992889007777

For citation: Ruziboyzoda K.R., Saidzoda P.A., Kurbonov Sh.M., Ashurova G.N. Videolaparoscopy in diagnostics and treatment of patients with gynecological peritonitis. Journal Healthcare of Tajikistan. 2025;365(2): 54-64. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2025-365-2-54-64>

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ ДАР ТАШХИС ВА МУОЛИҶАИ ЗАНҲОИ БЕМОРИ МУБТАЛО БА ПЕРИТОНИТИ ГИНЕКОЛОҒӢ

Қ.Р. Рӯзибойзода^{1,2}, П.А. Саидзода^{1,3}, Ш.М.Қурбонов³, Г.Н. Ашурова⁴

¹Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик Қурбонов К.М., МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» Душанбе, Тоҷикистон

²МД «Маркази шахрии ёрии таъҷилии тиббӣ», Душанбе, Тоҷикистон

³ҶСК «Маркази тиббии Насл», Душанбе, Тоҷикистон

⁴МД «Таваллудхонаи шахрии №2» Душанбе, Тоҷикистон

Мақсад: арзёбии натиҷабахши амалиёти видеолапароскопӣ дар мавриди занҳои гирифта ба перитонити гинекологӣ.

Мавод ва усулҳои таҳқиқ: муоинаи маҷмуии 44 зани бемор (100%) -и мубтало ба перитонити гинекологӣ ба амал оварда шуд. Салпингинити римнок, ки ҳангоми 13 (29,5%) зани бемор ташхис шуд, дар аксари ҳолатҳо омили этиологияи перитонит маҳсуб меёфт. Зимни 10 (22,7%) -и ҳодисаҳо пиосалпинкс ва дар 6 (13,6%) зани бемор раҳна шудани думмали найчаи бачадон (пиосалпинкс) дар ковокии шикам сабаби беморӣ гардиданд. Дар 3 (6,8%) ҳодиса раҳна шудани думмали тубо-тухмдон, ҳангоми 2 (4,5%) бошад, раҳна шудани думмали тухмдон (пиовар) ба қайд гирифта шуд. Илова бар ин, ҳангоми ду (4,5%) зани бемор тарқиши кистаи римкардаи дермоидии тухмдон сабаби перитонит гардиданд.

Натиҷаҳо: дар мавриди тамоми занҳои бемор бо дарназардошти этиологияи беморӣ бо ҳаҷм ва хусусиятҳои гуногун амалиёти ҷарроҳӣ ба амал оварда шуд. Видеолапароскопия дар тамоми ҳодисаҳо бо мақсади ташхисӣ ба кор бурда мешуд, зеро махсусият ва ҳассосияти он амалан 100%-ро ташкил медод. Қатъан бартараф намудани манбаи перитонит («source control») бо усули лапароскопӣ дар мавриди 39 (88,6%) бемор имконпазир гардид. Зимни 5 (11,4%) -и ҳодисаҳо дар натиҷаи перитонити паҳншудаи римӣ-фиброзӣ тақозои конверсияи дастрасӣ ба лапаратомия ба миён омад, ки интубатсияи рӯдаи бориқро талаб намуд. Таҳлили ҷараёни давраи пасазҷарроҳӣ нишон дод, ки дар мавриди 6 (13,6%) зани бемор оризаҳои гуногун инкишоф ёфт. Оризаҳои муҳталиф бе зарурати амалиёти ҷарроҳии такрорӣ бо усули ғайриҷарроҳӣ ислоҳ карда шуданд. Оқибатҳои марганҷомӣ ба қайд гирифта нашуд.

Хулоса: дар рафти таҳлили маҷмӯӣ муайян гардид, ки ҳангоми ошкор кардани патологияҳои илтиҳобӣ-римноки зоидаҳои бачадон таҳқиқи лапароскопӣ аз усули ташхиси дараҷаи маълумотнокиаш баланд ба шумор меравад.

Аз маълумотҳои ҳосилдшуда чунин бармеояд, ки истифодаи усули мазкурро дар тамоми ҳодисаҳои клиникаи тавсия намудан мумкин аст, ки бо тасдиқ намудани перитонити гинекологӣ ҳамбаста мебошад. Усули мазкур на танҳо иҷрои таъхиси тафриқавиро бо бемориҳои шадиди ҷарроҳии узвҳои ковокии шикам имконпазир мегардонад, балки қатъан бартараф кардани манбаи сироятро дар занҳои гирифта ба перитонити гинекологӣ таъмин менамояд.

Калимаҳои калидӣ: бемориҳои римӣ-илтиҳобии зоиди бачадон, перитонити гинекологӣ, лапароскопия, таъхис, нест кардани манбаи перитонит.

Введение. Перитонит по-прежнему остается одной из актуальных проблем хирургии, привлекающая внимание клиницистов и оставаясь предметом многочисленных научных исследований [1, 10]. Гинекологический перитонит, обусловленный гнойно-воспалительными процессами в придатках матки, составляет 3,5–4,0% среди всех случаев хирургических патологий брюшной полости и малого таза [2, 7]. Примечательно, что в современной клинической практике, несмотря на существенный прогресс в области гинекологии, наблюдается парадоксальная тенденция к увеличению частоты данных заболеваний. Характерными особенностями этих патологических состояний являются их упорное течение с частыми рецидивами и потенциал к распространению воспалительного процесса, что может привести к формированию как локализованных, так и диффузных форм гнойного перитонита гинекологического генеза. Это нередко вынуждает к выполнению радикальных хирургических вмешательств у женщин с нереализованной репродуктивной функцией [3, 11].

Изучение литературных источников показывает специфические особенности течения гинекологического перитонита, развивающегося на фоне гнойных процессов в придатках матки [5]. Клиническая картина данного патологического состояния характеризуется парадоксальным феноменом: независимо от степени распространения воспалительного процесса по брюшине, пациентки демонстрируют минимальные перитонеальные симптомы или их полное отсутствие. При этом отмечается наличие выраженных клинических признаков гнойного воспалительного процесса во внутренних половых органах и прилегающих анатомических структурах. Это нередко приводит к недооценке тяжести состояния пациенток, неоправданной задержке в диагностике и, как следствие, запоздалому выполнению хирургического вмешательства [4, 12].

Хирургическое лечение представляет собой краеугольный камень терапевтической стратегии при данной патологии, без реализации которого дальнейшие терапевтические мероприятия утрачивают клиническую эффективность [9]. Современный

подход к диагностике и лечению гинекологического перитонита включает применение не только традиционной лапаротомии, но и эндоскопических методик [6, 8]. В диагностическом алгоритме лапароскопии занимает особое место, обеспечивая возможность проведения дифференциальной диагностики между хирургической и гинекологической этиологией патологического процесса, конкретизации нозологической формы заболевания и определения рациональной тактики оперативного вмешательства с учетом индивидуальных особенностей клинического случая. Именно эти возможности метода обуславливают актуальность рассматриваемой проблемы.

Цель исследования. Оценка эффективности видеолапароскопических вмешательств у пациенток с гинекологическим перитонитом.

Материал и методы. Проведено комплексное обследование 44 пациенток (100%) с гинекологическим перитонитом. Возраст пациенток варьировал от 18 до 59 лет, в среднем составляя $39 \pm 3,4$ года. В 38 (86,4%) случаях пациенты находились в репродуктивном возрасте. Во всех случаях в экстренном порядке было проведено хирургическое вмешательство, включавшее санацию брюшной полости и устранение источника перитонита с применением лапароскопической технологии. Этиологические факторы, приведшие к развитию перитонита, были разнообразными (табл. 1).

Как видно из представленных данных (табл. 1), в большинстве случаев этиологическим фактором перитонита являлся гнойный сальпингит, диагностированный у 13 (29,5%) пациенток. В 10 (22,7%) случаях причиной заболевания был пиосальпинкс, а у 6 (13,6%) пациенток отмечен прорыв абсцесса маточной трубы (пиосальпинкса) в брюшную полость. В 3 (6,8%) случаях зафиксирован прорыв тубо-яичникового абсцесса, а в 2 (4,5%) — прорыв абсцесса яичника (пиовара). Кроме того, у 2 (4,5%) пациенток причиной перитонита стал разрыв нагноившейся дермоидной кисты яичника.

В зависимости от распространенности перитонеального экссудата в брюшной полости были выявлены следующие формы перитонита (рис. 1).

Таблица / Table 1

Этиология перитонита гинекологического генеза
Etiology of peritonitis of gynecological genesis

Причина перитонита Cause of peritonitis	Количество случаев Number of cases	
	абс / abs	%
Гнойный сальпингит / Purulent salpingitis	13	29,5%
Гнойные tuboовариальные образования / Purulent tubo-ovarian formations	5	11,4%
Пиосальпинкс / Pyosalpinx	10	22,7%
Пиовар / Pyovar	3	6,8%
Прорыв абсцесса маточной трубы (пиосальпинкса) / Rupture of fallopian tube abscess (pyosalpinx)	6	13,6%
Прорыв tubo-яичникового абсцесса / Rupture of tubo-ovarian abscess	3	6,8%
Прорыв абсцесса яичника (пиовара) / Rupture of ovarian abscess (pyovara)	2	4,5%
Разрыв нагноившейся дермоидной кисты яичника / Rupture of a suppurating ovarian dermoid cyst	2	4,5%

p

df=8; $\chi^2=23,688$; $p<0,01$

Примечание: p - статистическая значимость частоты встречаемости этиологического фактора (по критерию χ^2 для таблиц сопряжения)

Note: p - statistical significance of the frequency of occurrence of the etiological factor (according to the χ^2 criterion for conjugation tables)

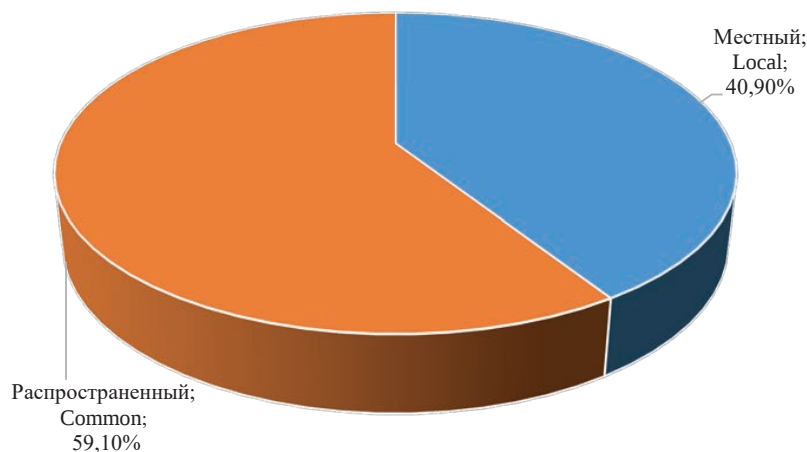


Рис. 1. Распределение пациенток в зависимости от распространенности перитонеального экссудата в брюшной полости

Fig. 1. Distribution of patients depending on the prevalence of peritoneal exudate in the abdominal cavity

В большинстве случаев диагностирован распространённый перитонит — 26(59,1%) случаев, при этом в 3 (6,1%) наблюдениях он осложнялся множественными межкишечными абсцессами. Местный перитонит встречался реже и был выявлен у 18 (40,9%) пациенток.

Следует отметить, что в большинстве случаев перитонеальный экссудат имел гнойный характер, и составлял 35 (79,5%) наблюдений ($p<0,001$). В 7 (15,9%) случаях был выявлен гнойно-фибринозный перитонит, и лишь в 2 (4,5%) случаях экссудат имел мутный характер.

Кроме того, в 11 (25,0%) случаях гинекологический перитонит сочетался с другими хирургическими патологиями брюшной полости. В частности, в 2 (4,5%) наблюдениях выявлен вторично изменённый червеобразный отросток, в 2 (4,5%) случаях диагностирован гнойный оментит, а в 7 (15,9%) случаях отмечен выраженный спаечный процесс в брюшной полости.

Необходимо подчеркнуть, что большинство пациенток до госпитализации в хирургический стационар неоднократно получали консервативное лечение у акушер-гинекологов по месту жительства, однако без положительного терапевтического

эффекта. Кроме того, из 44 пациенток в 17 (38,6%) случаях акушеры-гинекологи направили их в хирургический стационар с подозрением на острый аппендицит или синдром «острого живота», осложнённый перитонитом.

Диагностический алгоритм гинекологического перитонита включал комплексное применение различных инструментальных и клинично-лабораторных методов обследования. Верификация диагноза, тем не менее, осуществлялась посредством видеолaparоскопии, выступившей в качестве решающего диагностического метода.

Анализ полученных данных осуществлялся в программном пакете Statistica 10.0 (StatSoft, США). Для описания непрерывных переменных использовались средние значения и стандартное отклонение. Категориальные данные представлены абсолютными числами и их процентным соотношением. При оценке межгрупповых различий категориальных переменных в независимых группах применен критерий χ^2 . Пороговым уровнем статистической значимости принято значение $p < 0,05$.

Результаты. Следует отметить, что перспективы совершенствования профилактики и лечения сложных форм перитонита, в частности гинекологического перитонита, развивающегося на фоне гнойно-воспалительных заболеваний маточных труб и яичников, в настоящее время связываются с обновлённой концепцией одного из ключевых принципов терапии — «source control» («контроль источника»). Данный подход предполагает радикальное устранение первопричины перитонита, которая создаёт условия для персистенции инфекции и её рецидивирования, либо наслаивания на уже существующий воспалительный процесс. В ряде случаев это требует агрессивной и нередко этапной хирургической тактики. В этом плане применение видеолaparоскопических вмешательств, первоначально в качестве диагностического метода с последующим переходом к лечебным процедурам, является высокоэффективным и оправданным подходом. Лапароскопия становится методом выбора в хирургической тактике лечения пациенток данной категории, обеспечивая минимальную инвазивность и высокую точность в устранении источника инфекции.

Исходя из вышеизложенного, всем пациенткам были выполнены оперативные вмешательства различного объёма и характера с учётом этиологии перитонита. Во всех случаях видеолaparоскопия первоначально применялась в диагностических целях для уточнения причины гинекологическо-

го перитонита, определения характера и распространённости перитонеального экссудата, а также для дифференциальной диагностики с другими острыми хирургическими патологиями органов брюшной полости (табл. 2).

Следует отметить, что видеолaparоскопия выступила ключевым инструментом, позволившим дифференцировать патологию хирургического и гинекологического профиля. Данная методика обеспечила возможность детализации нозологической формы заболевания, оценки экстенсивности процесса и характеристик перитонеального выпота. Кроме того, эндоскопическая визуализация обеспечила точную оценку степени деструктивных изменений в поражённых гинекологических структурах. Кроме того, данный метод позволил определить необходимый объём видеолaparоскопического оперативного вмешательства в рамках концепции «source control». В случаях, требующих расширенного хирургического пособия, по строгим показаниям выполнялась конверсия доступа в лапаротомию с целью проведения адекватного хирургического вмешательства, включая санацию брюшной полости и, при необходимости, интубацию тонкого кишечника.

Как видно из представленных данных (табл. 2), в большинстве случаев, у 13 (29,5%) пациенток с гнойным сальпингитом, была проведена диагностическая видеолaparоскопия с санацией и дренированием малого таза, что позволило выполнить органосохраняющее вмешательство (рис. 2 А и Б). Диагностическая лапароскопия с тубэктомией, санацией и дренированием малого таза была выполнена в 27,3% случаев ($n=12$) (рис. 3 А и Б): 10 вмешательств произведены при пиосальпинксе, одно – при разрыве абсцесса маточной трубы (пиосальпинкса). При деструкции абсцесса яичника ($n=3$) и пиоваре ($n=2$) хирургическая тактика включала диагностическую лапароскопию, овариоэктомию с последующей санацией и дренированием полости малого таза. Лечебный алгоритм у больных с местным перитонитом на фоне гнойных tuboовариальных образований ($n=2$) предусматривал проведение диагностической лапароскопии, аднексэктомии и дренирования малого таза. В случаях наличия спаечного процесса дополнительно проведены адгезиолизис, аднексэктомия и дренирование брюшной полости лапароскопическим способом. Лапароскопическое исследование выявило вторичный аппендицит у 4,5% пациенток ($n=2$), обусловленный правосторонним гнойным tuboовариальным образованием.

Таблица / Table 2

Характер лапароскопических оперативных вмешательств
The nature of laparoscopic surgical interventions

Характер операций Nature of operations	Количество Quantity	%
Диагностическая лапароскопия, санация и дренирование малого таза / Diagnostic laparoscopy, sanitation and drainage of the pelvis	13	29,5
Диагностическая лапароскопия, тубэктомия, санация и дренирование малого таза / Diagnostic laparoscopy, tubectomy, sanitation and drainage of the pelvis	12	27,3
Диагностическая лапароскопия, овариэктомия, санация и дренирование малого таза / Diagnostic laparoscopy, oophorectomy, sanitation and drainage of the pelvis	5	11,4
Диагностическая лапароскопия, аднексэктомия, санация и дренирование малого таза / Diagnostic laparoscopy, adnexectomy, sanitation and drainage of the pelvis	2	4,5
Диагностическая лапароскопия, адгезиолизис, аднексэктомия, санация и дренирование брюшной полости / Diagnostic laparoscopy, adhesiolysis, adnexectomy, sanitation and drainage of the abdominal cavity	3	6,8
Диагностическая лапароскопия, аднексэктомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости / Diagnostic laparoscopy, adnexectomy, appendectomy, sanitation and drainage of the abdominal cavity	2	4,5
Диагностическая лапароскопия, цистовариэктомия, санация и дренирование брюшной полости / Diagnostic laparoscopy, cystovarioectomy, sanitation and drainage of the abdominal cavity	1	2,3
Диагностическая лапароскопия, клиновидная резекция правого яичника, санация и дренирование брюшной полости / Diagnostic laparoscopy, wedge resection of the right ovary, sanitation and drainage of the abdominal cavity	1	2,3
Диагностическая лапароскопия, лапаротомия, адгезиолизис, тубэктомия, интубация тонкого кишечника, санация и дренирование брюшной полости / Diagnostic laparoscopy, laparotomy, adhesiolysis, tubectomy, small bowel intubation, abdominal cavity sanitation and drainage	3	6,8
Диагностическая лапароскопия, лапаротомия, адгезиолизис, тубэктомия, вскрытые и дренирование межкишечных абсцессов, резекция большого сальника, интубация тонкого кишечника, санация и дренирование брюшной полости / Diagnostic laparoscopy, laparotomy, adhesiolysis, tubectomy, opening and drainage of interintestinal abscesses, resection of the greater omentum, intubation of the small intestine, sanitation and drainage of the abdominal cavity	1	2,3
Диагностическая лапароскопия, лапаротомия, аднексэктомия, вскрытые и дренирование межкишечных абсцессов, резекция большого сальника, интубация тонкого кишечника, санация и дренирование брюшной полости / Diagnostic laparoscopy, laparotomy, adnexectomy, opening and drainage of interintestinal abscesses, resection of the greater omentum, intubation of the small intestine, sanitation and drainage of the abdominal cavity	1	2,3
Итого / Total	44	100

Примечание: % вычислялся от общего числа больных

Note: % was calculated from the total number of patients

Хирургическое вмешательство в этих наблюдениях включало правостороннюю аднексэктомию, удаление червеобразного отростка и дренирование абдоминальной полости. У двух других пациенток во время диагностической лапароскопии обнаружен разрыв нагноившейся дермоидной кисты яичника справа. Хирургическая тактика в первом случае заключалась в выполнении цистовариэктомии с последующей санацией и дренированием брюшной полости. Во втором наблюдении произ-

ведена клиновидная резекция правого яичника в сочетании с идентичным комплексом санационных мероприятий. Следует отметить, что у 3 (6,8%) пациенток диагностирован распространённый гнойно-фибринозный перитонит, осложнённый спаечным процессом, что потребовало конверсии доступа в лапаротомию с выполнением адгезиолизиса, тубэктомии, интубации тонкого кишечника, санации и дренирования абдоминальной полости. В случае диагностированного гнойного оментита



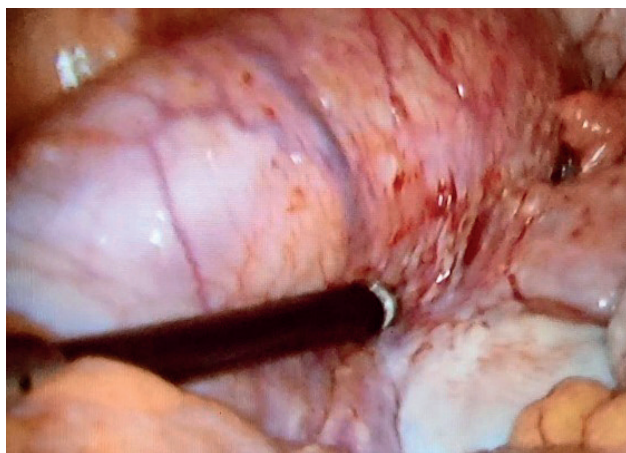
А



Б

Рис. 2. Диагностическая лапароскопия, санация и дренирование малого таза у пациентки с гнойным сальпингитом, осложненной перитонитом

Fig. 2. Diagnostic laparoscopy, sanitation and drainage of the pelvis in a patient with purulent salpingitis complicated by peritonitis



А



Б

Рис. 3. Диагностическая лапароскопия. Пиосальпинкс. Тубэктомия. Санация и дренирование малого таза.

Fig. 3. Diagnostic laparoscopy. Pyosalpinx. Tubectomy. Sanitation and drainage of the small pelvis.

(n=1) хирургическая тактика включала тубэктомию, вскрытие и дренированию межкишечных абсцессов, резекцию большого сальника и интубацию тонкой кишки с последующей санацией и дренированием абдоминальной полости. У одной пациентки (2,3%) лечебный алгоритм предусматривал выполнение диагностической лапароскопии, конверсию на лапаротомию, удаление придатков матки, вскрытые и дренирование межкишечных абсцессов, частичную резекцию большого сальника, интубацию тонкого кишечника и комплекс санационно-дренажных мероприятий в брюшной полости.

При анализе течения послеоперационного периода установлено, что в 6 (13,6%) случаях развились различные осложнения (рис. 4).

Нагноение послеоперационной лапаротомной раны отмечено в 2 (4,5%) случаях, при этом лечение проводилось местно консервативными методами. Также у 2 (4,5%) пациенток развилась паралитическая кишечная непроходимость, которая была успешно скорректирована с помощью комплексной противопаралитической консервативной терапии. В 1 (2,3%) случае диагностирована послеоперационная пневмония, которая была эффективно пролечена совместно с пульмонологом. Ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость наблюдалась у 1 пациентки, однако осложнение было устранено консервативными методами, и необходимости в хирургическом вмешательстве не возникло. Летальных исходов не зарегистрировано.

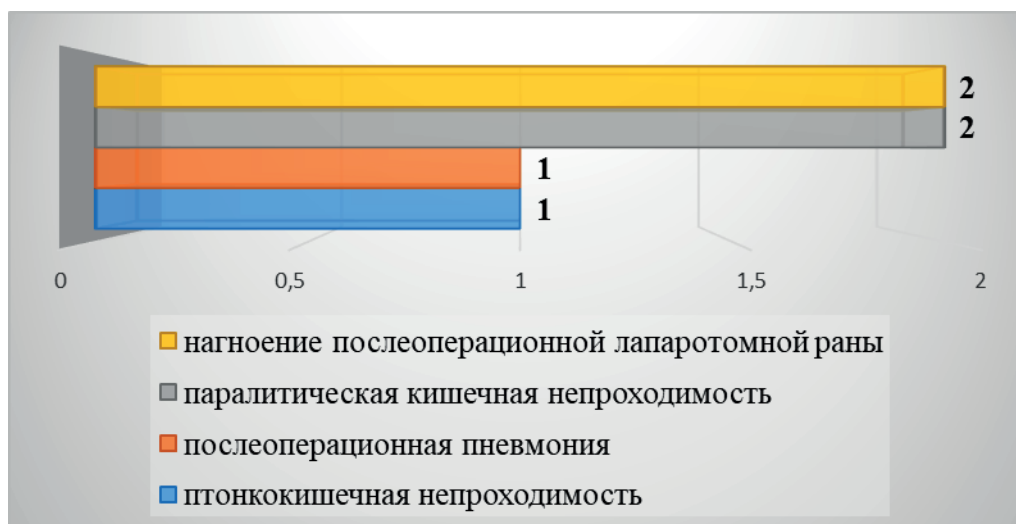


Рис. 4. Структура ранних послеоперационных осложнений

Fig. 4. Structure of early postoperative complications

Обсуждение.

Воспалительные заболевания органов брюшной полости и малого таза представляют собой серьезную медицинскую проблему, требующую особого внимания клиницистов. Среди наиболее тяжелых патологических состояний выделяется перитонит – острое воспалительное поражение брюшины, которое, вне зависимости от этиологии, характера распространения и фазы патологического процесса, требует экстренного терапевтического вмешательства для предотвращения развития жизнеугрожающих осложнений. Особую клиническую значимость в структуре заболеваний, приводящих к развитию перитонита, имеют гнойно-воспалительные поражения придатков матки, осложненные перфорацией и последующим распространением гнойного экссудата в свободную брюшную полость.

В хирургическом лечении разлитого перитонита ключевую роль играет срединная лапаротомия – классический оперативный подход, обеспечивающий оптимальные условия для проведения комплекса необходимых лечебных мероприятий. Данный метод хирургического доступа позволяет осуществить детальную визуальную и пальпаторную ревизию органов брюшной полости, эффективно элиминировать первичный очаг инфекции и выполнить тщательную санацию перитонеального пространства. Однако следует учитывать, что применение срединной лапаротомии сопряжено с риском развития специфических послеоперационных осложнений, характерных для данного типа хирургического вмешательства.

Современная хирургическая практика демонстрирует активное внедрение малоинвазивных технологий в лечении перитонита, что обусловлено стремлением к минимизации операционной травмы при санации брюшной полости и устранении источника воспаления. Видеолапароскопические методики, зарекомендовавшие себя в неотложной хирургии, особенно при перитонитах гинекологической этиологии, обладают рядом существенных преимуществ. Применение лапароскопического доступа значительно снижает риск развития раневой инфекции и эвентрации, а минимизация операционной травмы брюшины существенно уменьшает вероятность формирования послеоперационного спаечного процесса. Клинический опыт применения видеолапароскопии при перитоните, накопленный как отечественными, так и зарубежными специалистами, демонстрирует значимое снижение частоты послеоперационных осложнений, сокращение потребности в анальгетической терапии и длительности госпитализации. Кроме того, щадящий характер вмешательства способствует более быстрому восстановлению физиологических функций организма, в первую очередь перистальтики тонкой кишки, что в совокупности приводит к улучшению показателей качества жизни пациентов и снижению летальности.

Проведенное исследование позволило определить ряд клинических состояний, являющихся противопоказаниями к выполнению видеолапароскопической санации брюшной полости у пациентов с перитонитом гинекологического происхождения. Диагностическая лапароскопия с инструментальной ревизией органов брюшной полости позволяет

выявить следующие патологические состояния, при которых проведение малоинвазивного вмешательства нецелесообразно: выраженный адгезивный процесс в брюшной полости, значительное нарушение моторно-эвакуаторной функции тонкой кишки (парез), далеко зашедшая стадия гнойно-фибринозного перитонита, а также наличие массивных фибриновых наложений, создающих предпосылки для формирования внутрибрюшных абсцессов.

Эффективность применения видеолaparоскопических технологий в значительной степени определяется комплексным подходом к их использованию в клинической практике. Ключевыми факторами успешного применения данного метода являются тщательный отбор пациентов на основании четко определенных показаний и противопоказаний, объективная оценка технического потенциала эндоскопического оборудования, а также обоснованная интеграция малоинвазивных вмешательств в существующие алгоритмы хирургического лечения с возможностью их комбинации с традиционными методами операции.

Выводы.

1. При подтвержденном гинекологическом перитоните обязательным компонентом диагностического алгоритма должна выступать лапароскопия, обеспечивающая высокоинформативную визуализацию гнойно-воспалительных процессов в придатках матки. Данный метод эндоскопического исследования позволяет с высокой точностью верифицировать характер и степень патологических изменений. Он также играет ключевую роль в дифференциальной диагностике с острой хирургической патологией органов брюшной полости.

2. У пациенток с перитонитом, развившимся на фоне гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки, основополагающие принципы хирургического лечения, в частности «source control» («контроль источника»), эффективно реализуются посредством эндоскопических вмешательств. Лапароскопическая хирургия позволяет выполнить санацию и дренирование гнойного очага в 90% случаев, обеспечивая минимальную инвазивность и высокую эффективность лечения. Кроме того, данный метод позволяет проводить коррекцию сопутствующей хирургической патологии и, при наличии показаний, выполнять органосохраняющие вмешательства, что особенно важно для пациенток репродуктивного возраста.

3. Основными показаниями для конверсии лапароскопического доступа в лапаротомию у паци-

енток с гинекологическим перитонитом являются характер и распространенность перитонеального экссудата, а также давность заболевания, при которой невозможно выполнить полное устранение источника перитонита лапароскопическим методом. В таких случаях требуется расширенный хирургический доступ для адекватного удаления гнойного очага и проведения назоинтестинальной интубации кишечника.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Сараев А.Р., Назаров Ш.К., Назаров Х.Ш., Халимов Д.С. Хирургическая тактика при распространенном перитоните. *Здравоохранение Таджикистана*. 2019;4:84-92.
Saraev A.R., Nazarov Sh.K., Nazarov Kh.Sh., Khalimov D.S. Surgical tactics for widespread peritonitis. *Healthcare of Tajikistan*. 2019;4:84-92. (In Russ.).
2. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Караченцова И.В., Аргун М.З., Кириллова Ю.А., Пивазян Л.Г., и др. Тубоовариальный абсцесс у подростка с ювенильным артритом в гинекологической практике. Проблемы репродукции. 2022;28(4):115-121.
Adamyan L.V., Sibirskaya E.V., Karachentsova I.V., Argun M.Z., Kirillova Yu.A., Pivazyan L.G., et al. Tuboovarian abscess in an adolescent with juvenile arthritis in gynecological practice. *Problems of reproduction*. 2022;28(4):115-121. (In Russ.). DOI: 10.17116/repro202228041115
3. Андреева Н.Л., Бич А.И., Мавричева Л.А., Кондрашова С.П. Современные направления диагностики и лечения тубоовариальных абсцессов. *Репродуктивное здоровье. Восточная Европа*. 2022;12(6):636-645.
Andreeva N.L., Bich A.I., Mavricheva L.A., Kondrashova S.P. Modern trends in diagnostics and treatment of tubo-ovarian abscesses. *Reproductive health. Eastern*. 2022;12(6):636-645. (In Russ.). DOI: 10.34883/PI.2022.12.6.005
4. Власов А.П., Глухова И.В., Салахов Е.К., Иванова Е.А., Шилов А.А. Основы особенностей течения раннего послеоперационного периода при пельвиоперитоните. *Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки*. 2021;2:78-90.
Vlasov A.P., Glukhova I.V., Salakhov E.K., Ivanova E.A., Shilov A.A. Fundamentals of the features of the course of the early postoperative period in pelvic peritonitis. *News of higher educational institutions. Volga region. Medical sciences*. 2021;2:78-90. (In Russ.). DOI:10.21685/2072-3032-2021-2-7.
5. Курбонов Ш.М., Курбонов К.М., Ахмедова З.Б. Послеоперационный акушерско-гинекологический перитонит: этиопатогенез, диагностика, хирургическое лечение. *Вестник Академии медицинских наук Таджикистана*. 2020;10(4):393-401.

- Kurbonov Sh.M., Kurbonov K.M., Akhmedova Z.B. Postoperative obstetric and gynecological peritonitis: etiopathogenesis, diagnostics, surgical treatment. *Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan*. 2020;10(4):393-401. (In Russ.). DOI:10.31712/2221-7355-2020-10-4-393-401
6. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Попов В.С. О возможности проведения лапароскопических операций при распространенном перитоните. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2024;10:21-28.
Lebedev N.V., Klimov A.E., Popov V.S. On the possibility of performing laparoscopic operations in widespread peritonitis. *Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*. 2024;10:21 (In Russ.). DOI:10.17116/hirurgia20241012
 7. Мухиддинов Н.Д., Курбонов Ш.М., Рузбойзода К.Р. Выбор хирургической тактики при послеоперационном акушерско-гинекологическом перитоните. *Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения*. 2023;3:58-66.
Mukhiddinov N.D., Kurbonov Sh.M., Ruziboyzoda K.R. Choice of surgical tactics for postoperative obstetric and gynecological peritonitis. *Bulletin of postgraduate education in health care*. 2023;3:58-66. (In Russ.).
 8. Румянцева З.С., Баснаева А.Д. Применение элементов программы «FAST-TRACK» в лечении пациентов с пельвиоперитонитом. *Таврический медико-биологический вестник*. 2018;21(1):131-138.
Rumyantseva Z.S., Basnaeva A.D. Application of elements of the FAST-TRACK program in the treatment of patients with pelvic peritonitis. *Tavrichesky Medical and Biological Bulletin*. 2018;21(1):131-138. (In Russ.).
 9. Салахов Е.К., Власов А.П., Рубцов О.Ю., Захаров А.А., Казаков Р.Р., Дормидонтов М.Ю. Лапароскопические вмешательства при остром перитоните. *Ульяновский медико-биологический журнал*. 2023; 4:109-119.
Salakhov E.K., Vlasov A.P., Rubtsov O.Yu., Zakharov A.A., Kazakov R.R., Dormidontov M.Yu. Laparoscopic interventions in acute peritonitis. *Ulyanovsk Medical and Biological Journal*. 2023; 4:109-119. (In Russ.). DOI 10.34014/2227-1848-2023-4-109-119.
 10. Nag D.S., Dembla A., P.R. Mahanty Comparative analysis of APACHE-II and P-POSSUM scoring systems in predicting postoperative mortality in patients undergoing emergency laparotomy. *World Journal of Clinical Cases*. 2019;716:2227-2237. DOI: 10.12998/wjcc.v7.i16.2227.
 11. Pucher P.H., Mackenzie H., Tucker V.A national propensity score – matched analysis of emergency laparoscopic versus open abdominal surgery. *British Journal of Surgery*. 2021;108:934-940. DOI: 10.1093/bjs/znab048.
 12. Shakya V.C., Pangeni A., Karki S., Sharma L.R. Evaluation of Mannheim's Peritonitis Index in Prediction of Mortality in Patients with Non-traumatic Hollow Viscus Perforation Peritonitis. *Journal of Nepal Health Research Council*. 2021;19(1):179-184. DOI: 10.33314/jnhrc.v19i1.3258.

Информация об авторах

Рузбойзода Кахрамон Рузбой – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней №1 имени академика Курбонов К.М., ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан.

ORCID ID: 0000-0001-8381-0364

E-mail: dr.hero85@mail.ru

Саидзода Парвина Абдуфатох – заочный аспирант кафедры хирургических болезней №1 имени академика Курбонов К.М., ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», Душанбе, Таджикистан.

ORCID ID: 0009-0003-1073-0453

E-mail: saidzoda.parvina@bk.ru

Курбонов Шамсидин Мирзоевич – кандидат медицинских наук, доцент, врач акушер-гинеколог, репродуктолог, учредитель ООО «Медицинский центр Насл», Душанбе, Таджикистан.

ORCID ID: 0009-0009-4863-6984

E-mail: kurbanov_ncrh@mail.ru

Ашурова Гулшан Намозовна – кандидат медицинских наук, ГУ «Городской родильный дом №2» Душанбе, Таджикистан

E-mail: kholov75@mail.ru

Information about authors

Ruziboyzoda Kahramon Ruziboy – Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Surgical Diseases No. 1 named after academician K.M. Kurbonov, State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”, Dushanbe, Tajikistan.

ORCID ID: 0000-0001-8381-0364

E-mail: dr.hero85@mail.ru

Saidzoda Parvina Abdufatokh – correspondence postgraduate student of the Department of Surgical Diseases No. 1 named after academician K.M. Kurbonov, State Educational Institution “Avicenna Tajik State Medical University”, Dushanbe, Tajikistan.

ORCID ID: 0009-0003-1073-0453

E-mail: saidzoda.parvina@bk.ru

Kurbonov Shamsidin Mirzoevich – MD, PhD, associate professor, obstetrician-gynecologist, reproductologist, founder of Nasl Medical Center LLC, Dushanbe, Tajikistan.

ORCID ID: 0009-0009-4863-6984

E-mail: kurbanov_ncrh@mail.ru

Ashurova Gulshan Namozovna – candidate of medical sciences, State Institution “City Maternity Hospital No. 2”, Dushanbe, Tajikistan

E-mail: kholov75@mail.ru

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали

Information about support in the form of grants, equipment, medications

The authors did not receive financial support from manufacturers of medicines and medical equipment

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

Authors declare no conflict of interest

ВКЛАД АВТОРОВ

К.Р. Рузбойзода - общая ответственность, разработка концепции и дизайна исследования, подготовка текста, редактирование, анализ полученных данных

П.А. Саидзода - сбор материала, статистическая обработка данных, подготовка текста

Ш.М. Курбонов - разработка концепции и дизайна исследования, редактирование, анализ полученных данных

Г.Н. Ашурова - разработка концепции и дизайна исследования, редактирование, анализ полученных данных

AUTHORS CONTRIBUTION

K.R. Ruziboyzoda- overall responsibility, conception and design, writing the article, critical revision of the article, analysis and interpretation

P.A. Saidzoda - data collection, statistical data processing, writing the article

Sh.M. Kurbonov - conception and design, critical revision of the article, analysis and interpretation

G.N. Ashurova - conception and design, critical revision of the article, analysis and interpretation

Поступила в редакцию / Received: 01.03.2025

Принята к публикации / Accepted: 13.06.2025