

TRAHUNR

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

JOURNAL OF
REPRODUCTIVE
HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY
RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 2, ISSUE 1

2020

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Журнал репродуктивного здоровья и уро-
нефрологических исследований

JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

Главный редактор: Б.Б. НЕГМАДЖАНОВ

Учредитель:

Самаркандский государственный
медицинский институт

Tadqiqot.uz

Ежеквартальный
научно-практический
журнал

N^o 2
2020

ISSN: 2181-0990
DOI: 10.26739/2181-0990

Главный редактор:
Chief Editor:

Негмаджанов Баходур Болтаевич

доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой Акушерства и гинекологии №2
Самаркандского Государственного медицинского института

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Obstetrics
and Gynaecology Department No. 2 of the
Samarkand State Medical Institute

Заместитель главного редактора:
Deputy Chief Editor:

Каттаходжаева Махмуда Хамдамовна

доктор медицинских наук, профессор
Кафедры Акушерства и гинекологии Ташкентского
Государственного стоматологического института

Doctor of Medical Sciences, Professor
Departments of Obstetrics and Gynecology
Tashkent State Dental Institute

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Луис Альфондо де ла Фуэнте Эрнандес
профессор, член Европейского общества
репродукции человека и эмбриологии
Prof. Medical Director of the Instituto
Europeo de Fertilidad. (Madrid Spain)

Ramašauskaitė Diana

профессор, руководитель Вильнюсского центра
перинатологии, профессор и руководитель клиники
акушерства и гинекологии при институте клинической
медицины Вильнюсского университета (Prof. Clinic of
Obstetrics and Gynecology Vilnius University Faculty
of Medicine, Latvia)

Аюпова Фариди Мирзаевна

доктор медицинских наук, профессор,
заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии №1
Ташкентской медицинской академии.

Зокирова Нодира Исламовна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №1, Самаркандского
Государственного медицинского института

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич

доктор медицинских наук, профессор заведующий
кафедрой Эндоскопической урологии факультета
непрерывного медицинского образования
медицинского института РУДН.

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна

доктор медицинских наук, профессор кафедры
акушерства и гинекологии №2, Бухарского
медицинского института.

Окулов Алексей Борисович

доктор медицинских наук., профессор кафедры
медицинской репродуктологии и хирургии
Московского государственного
медико-стоматологического университета.

Махмудова Севара Эркиновна

ассистент кафедры Акушерства и гинекологии
факультета последипломного образования
Самаркандского Государственного медицинского
института (**ответственный секретарь**)

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОГО СОВЕТА:
MEMBERS OF THE EDITORIAL BOARD:

Boris Chertin

MD Chairman, Departments of Urology & Pediatric
Urology, Shaare Zedek Medical Center, Clinical P
rofessor in Surgery/Urology, Faculty of Medicinr, Hebrew
Univercity, Jerusalem. (Профессор хирургии/урологии,
медицинский факультета ивритского университета)

Fisun Vural

Doçent Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği İdari
ve Eğitim Sorumlusu. Доцент Университета
естественных наук, учебно-исследовательской
больницы клиники акушерства и гинекологии.

Melike Betül Öğütmen

SBÜ Haydarpaşa Numune SUAM Nefroloji
Kliniği idari ve Eğitim Sorumlusu.
Доцент Университета естественных наук,
учебно-исследовательской
больницы клиники нефрологии.

Аллазов Салах Алазович

доктор медицинских наук, профессор
кафедры урологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Ахмеджанова Наргиза Исмаиловна

доктор медицинских наук, доцент,
заведующая кафедрой №2 педиатрии с
курсом неонатологии, Самаркандского
Государственного медицинского института

Локшин Вячеслав Нотанович

доктор медицинских наук, профессор,
член-корр. НАН РК, президент Казахстанской
ассоциации репродуктивной медицины.

Никольская Ирина Георгиевна

доктор медицинских наук, профессор
ГБУ МО МОНИАГ.

Шалина Раиса Ивановна

доктор медицинских наук, профессор
кафедры акушерства и гинекологии педиатрического
факультета РНИМУ им.Н.И.Пирогова

Page Maker | Верстка: Хуршид Мирзахмедов

Контакт редакций журналов. www.tadqiqot.uz

ООО Tadqiqot город Ташкент,
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Телефон: +998 (94) 404-0000

Editorial staff of the journals of www.tadqiqot.uz

Tadqiqot LLC the city of Tashkent,
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: info@tadqiqot.uz

Phone: (+998-94) 404-0000

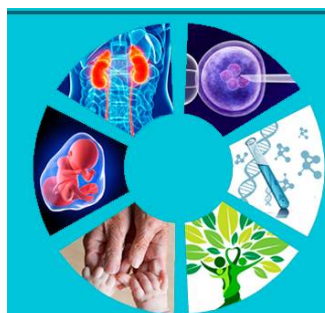
СОДЕРЖАНИЕ/CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Абдиев К.М., Хамраев Х.Х. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ, ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ (ОБЗОР).....	5
2. Абдуллаева Л.М., Агабабян Л.Р., Боборахимова У.М. ИЗБЫТОК МАССЫ ТЕЛА У ЖЕЩЦИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И МЕТОДЫ ЕГО КОРОРЕКЦИИ (ОБЗОР).....	11
3. Абдуллаева Л.М., Агабабян Л.Р., Боборахимова У.М. ГОРМОНАЛЬНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ - ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ (ОБЗОР).....	14
4. Давронова Л.С., Негмаджанов Б.Б. ОШИБКИ ПРИ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ МАЙЕРА-РОКИТАНСКОГО-КЮСТЕРА-ХАУЗЕРА (ОБЗОР).....	18
5. Кадыров З.А., Фаниев М.В., Сергеев В.В. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО ГЕСТАЦИОННОГО ПИЕЛОНЕФРИТА(ОБЗОР).....	21
6. Насирова З.А., Агабабян Л.Р. МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ИММУННУЮ СИСТЕМУ (ОБЗОР).....	27
7. Сафаров А.Т., Аллаяров Я.Н., Хамроева Л.Х. БЕСПЛОДНЫЙ БРАК (ОБЗОР).....	32

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

8. Аллазов С.А., Гафаров Р.Р., Бобокулов Н.А., Хуррамов Б.М., Тошниязов О. ЛАПАРОТОМНЫЕ И ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ ДЛЯ УШИВАНИЯ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	38
9. Аюпова Ф.М., Хамраев Х.Х., Махмудова С.Э. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ИХ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ТЕЧЕНИЕМ И ИСХОДАМИ БЕРЕМЕННОСТИ.....	43
10. Блинова С.А., Хамидова Ф.М. ЭНДОКРИННЫЕ СТРУКТУРЫ ЛЕГКИХ В ОНТОГЕНЕЗЕ У ДЕТЕЙ С ПНЕВМОНИЕЙ	47
11. Валиев Ш.Н., Негмаджанов Б.Б. СЛУЧАЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО МОЛНИЕНОСНОГО СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА, ВЫЗВАННОГО АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ У ЖЕНЩИНЫ С АУТОИММУННЫМ ГЕПАТИТОМ.....	50
12. Гайбуллаева Д.Ф. ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ РАННЕЙ И ПОЗДНЕЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	53
13. Каттаходжаева М.Х., Жалилова С.А., Каршиева Э. РОЛЬ ВИРУСА ПАПИЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В РАЗВИТИИ ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ.....	57
14. Махмудова С.Э., Негмаджанов Б.Б. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОГО ФАКТОРА РОСТА И РАСТВОРИМОЙ FMS-ПОДОБНОЙ ТИРОЗИНКИНАЗЫ-1 В КАЧЕСТВЕ МАРКЕРОВ ПРЕЭКЛАМПСИИ.....	61
15. Насирова З.А., Негмаджанов Б.Б. ВЛИЯНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ВНУТРИМАТОЧНОЙ КОНТРАЦЕПЦИИ НА СОСТОЯНИЕ ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА.....	66



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH


ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК.616.62-001.5-072.1-089

Allazov Salakh AllazovichProfessor of Department at Samarkand state medical institute,
Department of urology
Samarkand, Uzbekistan**Gafarov Rushen Refatovich**Assistant at Samarkand state medical institute,
Department of urology
Samarkand, Uzbekistan**Bobokulov Nurillo Asatovich**Assistant at Samarkand state medical institute,
Department of urology
Samarkand, Uzbekistan**Khurramov Begzod Muso ugli**Magistr at Samarkand state medical institute,
Department of urology
Samarkand, Uzbekistan**Toshniyazov Otabek**Clinical resident at Samarkand state medical institute,
Department of urology
Samarkand, Uzbekistan

LAPAROTOMIC AND VIDEOLAPAROSCOPIC ACCESSES FOR SUTURING INTRAPERITONEAL BLADDER RUPTURE

For citation: Allazov Salakh Allazovich, Gafarov Rushen Refatovich, Bobokulov Nurillo Asatovich, Khurramov Begzod Muso ugli, Toshniyazov Otabek, Laparotomic and videolaparoscopic accesses for suturing intraperitoneal bladder rupture, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2020, vol. 2, issue 1, pp.38-42

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2020-2-8>

ABSTRACT

The increase of road traffic accidents has led to an increase in the frequency and severity of closed bladder injuries. However, many issues of diagnosis and treatment for this injury, especially with intraperitoneal injuries of the bladder, not investigated enough. The introduction of modern video laparoscopy technology has made it possible to take a fresh look at this problem. It is necessary to study the possibilities of this method in the diagnosis and treatment of intraperitoneal ruptures of the bladder. The article presents comparative data of traditional open surgery (42 patients) and minimally invasive laparoscopy treatment (22 patients) of intraperitoneal bladder injuries. The advantages and disadvantages of each of them are analyzed on the basis of the frequency of surgical complications, creatinine test indicators, cystography and other research methods.

Key words: Bladder, laceration, laparoscopy, laparotomy, intra-abdominal injury, surgical complications.

Аллазов Салах АллазовичСамаркандский Государственный Медицинский Институт,
Кафедра урологии, профессор
Самарканд, Узбекистан.**Гафаров Рушен Рефатович**Самаркандский Государственный Медицинский Институт,
Кафедра урологии, ассистент
Самарканд, Узбекистан.**Бобокулов Нурилло Асатович**Самаркандский Государственный Медицинский Институт,
Кафедра урологии, ассистент
Самарканд, Узбекистан.**Хуррамов Бегзод Мусо угли**

Самаркандский Государственный Медицинский Институт,
Кафедра урологии, магистр
Самарканд, Узбекистан.
Тошниязов Отабек
Самаркандский Государственный Медицинский Институт,
Кафедра урологии, клинический ординатор
Самарканд, Узбекистан

ЛАПАРОТОМНЫЕ И ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ДОСТУПЫ ДЛЯ УШИВАНИЯ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

АННОТАЦИЯ

Увеличение числа дорожно-транспортных происшествий привело к увеличению частоты и тяжести закрытых травм мочевого пузыря. Однако многие вопросы диагностики и лечения этой травмы, особенно при внутрибрюшинных повреждениях мочевого пузыря, недостаточно разработаны. Внедрение современной технологии видео лапароскопии позволило по-новому взглянуть на эту проблему. Необходимо изучить возможности этого метода в диагностике и лечении внутрибрюшинных разрывов мочевого пузыря. В статье представлены сравнительные данные традиционного открытого (42 пациента) и малоинвазивного лапароскопического хирургического лечения (22 пациента) внутрибрюшинных повреждений мочевого пузыря. Проанализированы преимущества и недостатки каждого из них на основании частоты хирургических осложнений, показателей креатининовой пробы, напряженной цистографии и других методов исследования.

Ключевые слова: Мочевой пузырь, разрыв, лапароскопия, лапаротомия, внутрибрюшное повреждение, хирургические осложнения.

Allazov Salah Allazovich
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Urologiya kafedrasida professor
Samarqand, O'zbekiston.
Gafarov Rushen Refatovich
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Urologiya kafedrasida assistenti
Samarqand, O'zbekiston.
Boboqulov Nurillo Asatovich
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Urologiya kafedrasida assistent
Samarqand, O'zbekiston.
Xurramov Begzod Muso o'g'li
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Urologiya kafedrasida magistr
Samarqand, O'zbekiston.
Toshniyazov Otabek
Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Urologiya kafedrasida klinik ordinatori
Samarqand, O'zbekiston

QORIN PARDA ICHI QOVUQ YORILISHLARIDA LAPAROTOMIK VA VIDEOLAPAROSKOPIK ARALASHUVLAR

ANNOTASIYA

Yo'l-transport hodisalarining ko'payishi qovuqning yopiq shikastlanishlari o'chrashi va og'irligining oshishiga olib keldi. Biroq, bu jarohatni tashxislash va davolashning ko'plab masalalari, ayniqsa qorin parda ichi shikastlanishi bo'lsa, yetarlicha o'rganib chiqilmagan. Videolaparoskopiya zamonaviy texnologiyasining joriy yetilishi ushbu muammoga yangicha qarashga imkon berdi. Qovuqning intraperitoneal yorilishini tashxislashda va davolashda ushbu usulning imkoniyatlarini o'rganish lozim. Maqolada qovukning qorin parda ichi shikastlanishlarida an'anaviy ochiq (42 bemor) va kaminvaziv laparoskopik jarrohlik davolashning (22 bemor) qiyosiy ma'lumotlari keltirilgan. Ushbu usullarning afzalliklari va kamchiliklari jarrohlik asoratlarning o'chrashi, kreatininli sinama ko'rsatkichlari, sistografiya va boshqa tadqiqot usullari asosida tahlil o'tkazilgan.

Kalit so'zlar: Qovuq, yorilish, laparoskopiya, laparotomiya, qorin bo'shlig'i shikastlanishi, jarrohlik asoratlari.

Актуальность. Рост количества дорожно-транспортных происшествий (ДТП), нахождение в нетрезвом состоянии привели к увеличению частоты и тяжести закрытых травм мочевого пузыря [4,7,8,10]. Однако многие вопросы диагностики и лечения при данной травме, особенно при внутрибрюшинных повреждениях мочевого пузыря, разработаны недостаточно [1,2,3]. Абсолютно точных методов диагностики внутрибрюшинных разрывов мочевого пузыря (ВБРМП) до сих пор не существует, частота ошибок при применении ретроградной цистографии, ультразвукового исследования (УЗИ) и других традиционных методов (цистоскопия, проба Зельдовича, нисходящая цистография) достигает 13,7-44,8% [5,6]. Лапароскопия, как метод диагностики ВБРМП, применяется сравнительно давно, но техническое несовершенство прежней

аппаратуры снижало ее информативность. Внедрение современной техники видеолaparоскопии позволило по-новому взглянуть на данную проблему. Необходимо изучение возможностей этого метода в диагностике ВБРМП.

В лечении внутрибрюшинных разрывов мочевого пузыря до сих пор преобладают открытые оперативные вмешательства, которые имеют высокую летальность, достигающую 18-45%, у 18-57% больных развиваются различные осложнения, а средняя продолжительность госпитализации пациентов составляет 23-30 дней [9,11]. Возможности ушивания разрыва мочевого пузыря во время видеолaparоскопии изучены недостаточно [12,13,14]. В научной литературе имеются единичные публикации об использовании данного метода [14,15,16]. В зарубежной литературе также приводятся единичные

наблюдения, при этом техника видеолапароскопического ушивания разрыва мочевого пузыря все еще находится в стадии разработки, не определены показания и противопоказания к этому методу.

Цель. Определение эффективности применения видеолапароскопии в диагностике и лечении ВБРМП по сравнению с традиционными хирургическими методами.

Материалы и методы. Были изучены данные исследования и результаты лечения 64 пациентов с ВБРМП, находившиеся на лечении в отделении экстренной урологии Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи (СФ РНЦЭМП) и в отделении экстренной хирургии (урологии) РНЦЭМП за период с 2017 г. по апрель 2020 г. Возраст пострадавших составил 16-72 лет (в среднем $48,2 \pm 1,8$ лет). Мужчин было 45 (70,0%) человека, женщин - 19 (30,0%). У всех пациентов разрыв мочевого пузыря был полным. Все пациенты были распределены на 2 группы.

42 пациентам, вошедшим в первую (контрольную) группу проведено традиционное хирургическое лечение (лапаротомия, ушивание участка повреждения) ВБРМП. Вторую (основную) группу составили 22 больных, которым было произведено малоинвазивное хирургическое лечение (лапароскопия, лапароскопическое ушивание дефекта стенки мочевого пузыря).

Результаты и обсуждение. У 32 (50%) больных повреждение возникло вследствие удара в область живота, при этом в момент травмы 20 (31,3%) человек находились в состоянии алкогольного опьянения. В 4 (6,2%) случаях повреждение мочевого пузыря произошло в результате ДТП и сочеталось с переломом костей таза. Изолированное повреждение мочевого пузыря диагностировано у 38 (59,4%) пострадавших, у 26 (40,6%) пациентов диагностирована сочетанная травма с разрывом тонкой кишки (4), печени (3), селезенки (3), переломом костей таза (4). У 8 больных сочетанная травма возникла после удара в область живота, у 4 пациентов - вследствие ДТП.

Из всех 64 пациентов лишь 13 (21,4%) поступили в стационар в первые 6 часов с момента травмы, еще 21 (32,8%) - в срок от 7 до 12 часов. При этом у 4 (6,2%) больных явления перитонита не успели развиться, у 6 (9,4%) отмечены явления местного перитонита, охватывающие 1-2 анатомические области брюшной полости. Остальные 30 (47,0%) пациентов поступили в сроки более 13 часов с момента травмы. При осмотре у 56 (87,5%) больных диагностирована острая задержка мочеиспускания, у 8 (12,5%) пациентов отмечено самостоятельное мочеиспускание. При сборе анамнеза 10 (15,6%) пациентов отрицали факт травмы, что вызвало определенные диагностические трудности, учитывая наличие у 6 из них в анамнезе язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Состояние 24 (37,5%) пациентов при госпитализации было тяжелым, 12 (18,7%) - средней тяжести.

Для диагностики ВБРМП использовали следующие методы: катетеризация мочевого пузыря одноразовым эластическим катетером, проба Я.Б. Зельдовича, обзорная урография и напряженная ретроградная цистография. Обнаружение жидкости в брюшной полости при УЗИ являлось показанием к лапароцентезу или лапароскопии.

При оказании неотложной хирургической помощи в случае закрытой травмы живота мы использовали лапароскопию, что позволило снизить до минимума число неоправданных диагностических лапаротомий. Эндовидеохирургические вмешательства в экстренных случаях занимают немаловажное место. У 21 пострадавшего с подозрением на внутрибрюшинный разрыв при закрытой травме мочевого пузыря вначале был произведен лапароцентез, а затем - диагностическая лапароскопия. У 6 из них (28,6%) травмы мочевого пузыря не было выявлено, у 3 пострадавших был обнаружен незначительный дефект стенки мочевого пузыря, который удалось устранить в ходе лапароскопической операции. Остальные 12 пострадавших (57,2%) нуждались в открытой лапаротомии. Наличие свободной жидкости в брюшной полости

или внебрюшинном пространстве свидетельствует о внутри- или внебрюшинном разрыве соответственно.

Экстренно оперированы все 42 пациента 1 группы. Нижним средним разрезом вскрывалась брюшная полость. Производилось ушивание разрыва стенки мочевого пузыря викрилом или полисорбом в 2 ряда. При сочетанной травме также ушивали разрывы печени и тонкой кишки, выполняли спленэктомию. Брюшная полость дренировалась двумя дренажами, выведенными через контрапертуры в правой и левой подвздошной областях. После ушивания брюшины на внебрюшинную часть передней стенки мочевого пузыря накладывалась эпицистостома, которая удалялась через 10-14 сут.

Приводим клиническое наблюдение. Больной Ж., 55 лет. Предоперационный диагноз: Интраперитонеальный разрыв мочевого пузыря. Мочевой перитонит. Операция: «Лапаротомия, ушивание разрыва стенки мочевого пузыря, санация и дренирование брюшной полости, цистостомия» (рис. 1).

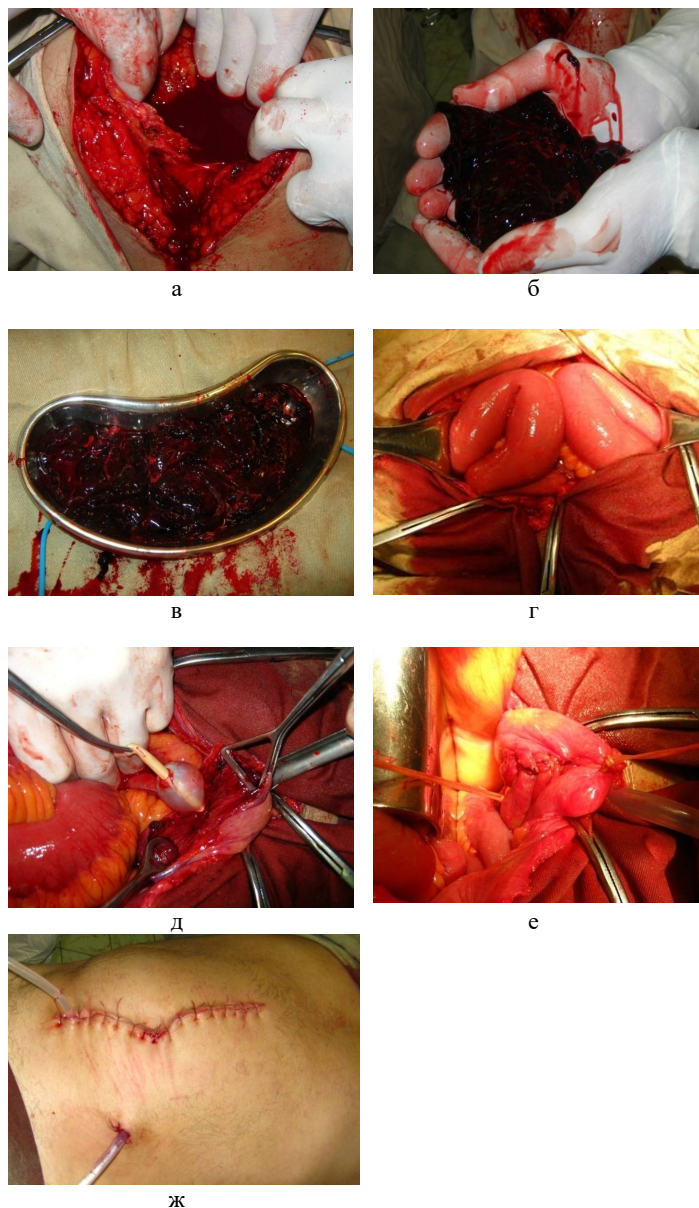


Рис. 1. Открытое ушивание ВБРМП: а - наличие крови и кровяных сгустков в брюшной полости; б, в - удаление кровяных сгустков из брюшной полости; г - ревизия органов брюшной полости; д - выявлен разрыва мочевого пузыря и ретроградная установка катетера Фолея; е - ушивание разрыва мочевого пузыря

двухрядным швом; ж - завершение операции, дренирование малого таза.

В основную группу пострадавших включили 22 пациентов с внутрибрюшинным разрывом мочевого пузыря, которым проводилось видеолaparоскопическое ушивание повреждения. Во время видеолaparоскопии разрыв мочевого пузыря диагностирован у всех 22 больных, выявив 100% чувствительность метода. Обнаруженный при видеолaparоскопии разрыв мочевого пузыря был сквозным, одиночным, размерами от 1 до 12 см с неровными краями и участками кровоизлияний, разрыв располагался на внутрибрюшинной части пузыря, как правило, в продольном (сагитальном) направлении. Благодаря современному высокоинформативному видеокomплексу фирмы «Karl Storz» системы «Full HD», изображение на видеомониторе патологического процесса в брюшной полости получается более отчетливым и ярким, чем непосредственный обзор операционной раны хирурга во время лапаротомии.

У 4 (18,2%) больных при видеолaparоскопии обнаружено, что разрыв мочевого пузыря был частично прикрыт сальником или кишечной петлей. Именно у этих больных применение ретроградной цистографии и других традиционных методов не позволило установить диагноз. Проникающее ранение живота зачастую являлось показанием к лапаротомии, так как исключить ранение внутренних органов было невозможно. Однако при таком подходе, по данным различных авторов, до 30 % лапаротомии выполняются напрасно, поскольку повреждения внутренних органов отсутствуют. Чтобы исключить такие случаи, следовало шире внедрять экстренную диагностическую лапароскопию у пострадавших с проникающими ранениями живота. Лапароскопия выполнялась в операционной под общей анестезией. Лапароскоп вводился супраумбиликально, результаты записывались на видеокассету (рис. 2).

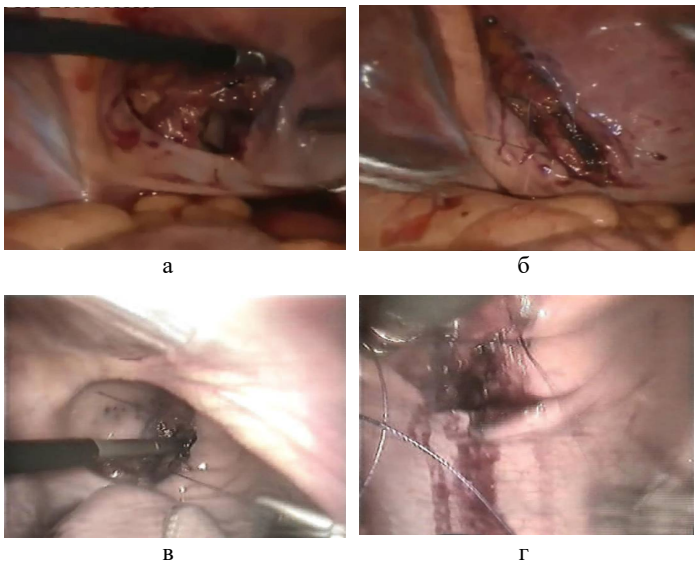


Рис. 2. Лапароскопическое ушивание ВБРМП: а - разрыв мочевого пузыря, вид при видеолaparоскопии; б - выпот в брюшной полости, смешанный с мочой; в - техника интракорпорального ручного шва мочевого пузыря; г - заключительный этап интракорпорального ручного шва мочевого пузыря.

Ценность метода видеолaparоскопии состоит и в возможности диагностики сочетанного повреждения органов брюшной полости. В области травмированного мочевого пузыря, в малом тазу и нижнем этаже брюшной полости при эндоскопическом осмотре обнаруживали небольшие сгустки крови и жидкую кровь, мочевые затеки, гиперемию и отложение пленок фибрина на брюшине и серозной оболочке кишечных петель. В брюшной полости отмечали различное количество

выпота обычно смешанного с мочой. Только у 4 больных при видеолaparоскопии не было выявлено перитонита, у 2 отмечены явления местного перитонита, а у 10 больных развился распространенный гнойный перитонит. Выявление указанных изменений важно для выбора лечебной тактики (переход с диагностической на лечебную видеолaparоскопию или, при распространенном перитоните, на лапаротомию), объема и особенностей операции.

Кроме того, у 8 больных при видеолaparоскопии зафиксирована сочетанная травма органов брюшной полости (разрывы печени - 2, селезенки - 2, тонкой кишки - 4), что практически невозможно диагностировать традиционными методами диагностики разрыва мочевого пузыря (ретроградной и нисходящей цистографией и др.). Выявление при видеолaparоскопии тяжелой сочетанной травмы органов брюшной полости служило абсолютным показанием к выполнению открытой лапаротомии.

При установлении диагноза традиционными методами (например, ретроградной цистографией), наличии распространенного перитонита и сроке госпитализации пациента свыше 24-36 часов после травмы, мы сразу выполняли лапаротомию (20 больных), не прибегая к видеолaparоскопии, которая являлась бы в данной ситуации методом, неоправданно удлиняющим срок обследования.

Дефект мочевого пузыря в зависимости от величины разрыва и состояния краев пузыря раны, был ушит двухрядным непрерывным швом атравматической нитью «Викрил» 3/0. Узлы сформированы интракорпорально. Первый вкол иглы производился со стороны серозной оболочки мочевого пузыря в сторону слизистой (снаружи внутрь), выкол - со стороны слизистой (изнутри снаружи), с обязательным захватом брюшины.

У всех больных удалось надежно ушить имеющийся разрыв мочевого пузыря, длина которого составляла от 1 до 6 см. После ушивания проводилась гидродинамическая проба на герметичность путем введения 500 мл фурацилина 1:5000 в мочевой пузырь через уретральный катетер. Мочевой пузырь дренировали троакарной цистостомой, наложенной под контролем видеолaparоскопа, в течение 10-14 сут. В конце операции брюшная полость дренировалась двумя дренажами. Средняя продолжительность лапароскопической операции составила $82,5 \pm 6,0$ мин и не отличалась от продолжительности открытого хирургического вмешательства ($p > 0,05$).

У всех больных послеоперационный период протекал гладко, послеоперационных ближайших и отдаленных (в сроки от 1 до 3 лет) осложнений и летальных исходов не было. Послеоперационный койко-день при лапароскопическом ушивании разрыва составил $12,3 \pm 3,0$ дня, что в 1,6 раза меньше по сравнению с ушиванием мочевого пузыря во время лапаротомии. При этом сроки реабилитации также уменьшились в 1,9 раза по сравнению с открытым ушиванием разрыва мочевого пузыря. В сроки от 1 до 9 лет после выписки жалобы у 4 больных сводились лишь к дизурии, нарушений мочеиспускания не установлено, анализы мочи были в норме. УЗИ мочевого пузыря не выявило патологии, объем мочевого пузыря достигал 450-500 мл, форма его не изменена, остаточной мочи не было.

При лапароскопическом ушивании дефекта стенки мочевого пузыря хирургические осложнения значительно уменьшаются, что свидетельствует о преимуществе последнего способа.

Выводы. Видеолaparоскопия как метод диагностики внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря является наиболее информативным и чувствительным. Данное вмешательство уменьшает время операции, имеет хорошие ближайшие и отдаленные результаты, почти два раза уменьшает сроки пребывания на койке и реабилитации пациентов по сравнению с открытым ушиванием мочевого пузыря во время лапаротомии.

Литература

1. Аллазов С. А. Изолированные и сообщающиеся с брюшной полостью повреждения почек и мочевых путей. Медицинский журнал Узбекистана 2011; 6: 66-69.
2. Аллазов С. А. Повреждения почек и мочевыводящих путей. Урология 2012; 6:110-112.
3. Аллазов С. А., Гиясов Ш. И., Насыров Ф.Р. Современные взгляды на травматические повреждения мочевыделительной системы. Вестник экстренной медицины 2011; 3: 103-107.
4. Басишвили Г.Т., Гагауллин И.Г., Хайруллина Г.Р., Ульянин М.Ю., Интра- и послеоперационные осложнения урологического характера при операциях на органах малого таза. Практическая медицина. 2017; 6(107): 13-14.
5. Жебентяев А.А., Голдыцкий О.С., Современные методы диагностики и лечения травм органов мочеполовой системы. Пособие. УО «Витебский государственный медицинский университет» 2009; 28-32.
6. Зельдович Я.Б. Цит: по Люлько А.В. Повреждение органов мочеполовой системы. Киев: Здоровья, 1981. 77 с.
7. Рашидов М.М., Боймурадов Ш.Э. Роль видеолaparоскопии в диагностике и лечении повреждений мочевого пузыря. Вестник экстренной медицины, 2017, X (2):28-30.
8. Хаджибаев А.М., Рашидов М.М., Уринбаева Н.М., Диагностика и лечение травм нижних мочевыводящих путей. Вестник экстренной медицины, 2018; 3(11):37-43.
9. Johnsen N.V. et al. Epidemiology of Blunt Lower Urinary Tract Trauma With and Without Pelvic Fracture. Urology 2017; 102: 234.
10. Mortelmans D., Messaoudi N., Jaekers J., Bestman R., Pauli S., Van Cleemput M. Laparoscopic repair of intraperitoneal bladder rupture blunt abdominal trauma. J Urology 2014; Vol. 11, №1. P. 1338-1340.
11. Parry N.G., Rozycki G.S. Traumatic rupture of the urinary bladder. J Trauma 2003; 54: 431-436 doi.org/10.1097/01.ta.0000053196.19218.4f.
12. Pereira B.M. et al. Bladder injuries after external trauma: 20 years experience report in a population-based cross-sectional view. World J Urol. 2013; 31: 913.
13. Phillips B, Holzmer S, Turco L, Mirzaic M, Mause E Mause A, et al. Trauma to the bladder and ureter: a review of diagnosis, management, and prognosis. Eur J Trauma Emerg Surg. 2017; Dec;43(6):763-773.
14. Santucci R.A., Bartley J.M. Urologic trauma guidelines: a 21st century update. Nat Rev Urol. 2010; 7(9):510-9.
15. Summerton D.J. et al. EAU guidelines on iatrogenic trauma. EurUrol, 2012; 62: 628. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22717550>
16. Urry R.J., Clarke D.L., Bruce J.L., Laing G.L. The incidence, spectrum and outcomes of traumatic bladder injuries within the Pietermaritzburg Metropolitan Trauma Service. Injury. 2016; 47(5):1057-63.