

TADQIQOT

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

Impact Factor: 5.878

JOURNAL OF
REPRODUCTIVE
HEALTH AND
URO-NEPHROLOGY
RESEARCH



TADQIQOT.UZ

VOLUME 2, ISSUE 1

2021

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 1
2021

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 Gynecology 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 Professor in
Surgery/Urology, Faculty of Medicine, Hebrew University,
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 on 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

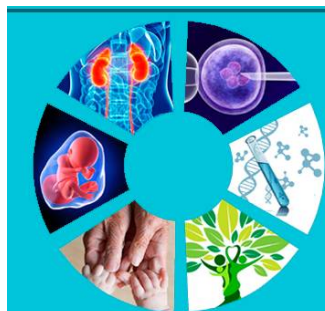
СОДЕРЖАНИЕ | CONTENT

ОБЗОРНЫЕ СТАТЬИ

1. Allazov Salah UROLOGIYA SOHASIDA ILMIY IZLANISHLAR ETIKASI (ADABIYOTLAR SHARHI).....	5
2. Agababyan Larisa, Nasirova Zebiniso, Alieva Malika ERTA MENOPAUAZA VA TOMIRLAR ENDOTELIYSI FUNKSIYASINING BUZILISHI (ADABIYOTLAR SHARHI).....	11
3. Agababyan Larisa, Nasirova Zebiniso, Gaybullaeva Zamira REHABILITATION AFTER MEDICAL ABORTION (LITERATURE REVIEW).....	15
4. Аллазов Салах, Камалов Нодир, Мурадова Раиля ЖИТКОСТНЫЕ ОБЪЕМНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПОЧЕК (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	18
5. Закирова Нодира, Жураева Фариза, Сафарова Лола ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ШЕЙКИ МАТКИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	22
6. Камалов Нодир СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО СТРЕССОВЫМ НЕДЕРЖАНИЕМ МОЧИ У ЖЕНЩИН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	25
7. Raximov Nodir, Karimova Mavluda, Shaxanova Shaxnoza, Bobokulov Siroj, Fayziyev Ilhom TARQALGAN PROSTATA BEZI SARATONINI ZAMONAVIY DAVOLASH KONSEPSIYASI (ADABIYOT SHARHI)....	28
8. Сафаров Алиаскар, Уринов Мухриддин, Сафарова Лола ОСОБЕННОСТИ ПРЕГРАВИДАРНОЙ ПОДГОТОВКИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПРИ АЛИМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОМ ТИПЕ ОЖИРЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	33

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

9. Абдуллаева Лола, Каттаходжаева Махмуда, Сафаров Алиаскар, Сулайманова Нодира КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ОСЛОЖНЕННОЙ МНОГОВОДИЕМ.....	37
10. Агабабян Лариса, Донабоева Зарнигор НОВЫЙ КОРОНАВИРУС COVID-19 И ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.....	42
11. Агабабян Лариса, Азимова Шахноза АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ КАК ВЕДУЩАЯ ПРИЧИНА МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ В ТРУДАХ АКАДЕМИКА И.З. ЗАКИРОВА.....	46
12. Аллазов Салах, Камалов Нодир УШИВАНИЕ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ.....	49
13. Raximov Nodir, Aslanova Lobar, Davronov Eshboy, Mirzakulov Bunyodjon BUYRAK SARATONINI TARQALISH DARAJASINI BAXOLASHDA NOINVAZIV VIZUALIZASIYA USULLARINI DIAGNOSTIK IMKONIYATLARI.....	54
14. Raximov Nodir, Assatulaev Akmal, Shakhanova Shaknoza, Yusupov Sherali, Fayziev Ilkhom TARQALGAN PROSTATA BEZI SARATONINI DAVOLASHDA XIRURGIK KASTRATSIYA OʻRNI.....	58



JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH

ЖУРНАЛ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ И УРО-НЕФРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

УДК.616.62-001.5-072.1-089

Аллазов Салах Аллазович
Самаркандский Государственный Медицинский
Институт, Кафедра урологии, профессор
Самарканд, Узбекистан
Камалов Нодир Аловаддинович
Магистр курса урологии
Самаркандского государственного
медицинского института, Самарканд, Узбекистан

УШИВАНИЕ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

For citation: Allazov Salakh Allazovich, Kamalov Nodir Alovaddinovich, Suturing of intraperitoneal bladder rupture, Journal of reproductive health and uro-nephrology research. 2021, vol. 2, issue 1. pp. 49-53



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-0990-2021-1-12>

АННОТАЦИЯ

Увеличение числа дорожно-транспортных происшествий привело к увеличению частоты и тяжести закрытых травм мочевого пузыря. Вплоть до настоящего времени вопросы диагностики и лечения этой травмы, особенно при внутрибрюшинных повреждениях мочевого пузыря разработаны недостаточно. Внедрение современной технологии (видеолапароскопии) позволило по-новому взглянуть на эту проблему. Необходимо изучить возможности этого метода в диагностике 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.

Ключевые слова: Мочевой пузырь, диагностика, лечение, лапароскопия, повреждение, внутрибрюшинно.

Allazov Salakh Allazovich
Professor of Department at Samarkand
State medical institute, Department of urology
Samarkand, Uzbekistan
Kamalov Nodir Alovaddinovich
Master's degree in urology
Samarkand State medical Institute,
Samarkand, Uzbekistan

SUTURING OF INTRAPERITONEAL BLADDER RUPTURE

ANNOTATION

Increase of the number of traffic accidents led to an increase in the frequency and severity of closed injuries of the bladder. However, many issues of diagnosis and treatment for this injury, especially with intraperitoneal injuries of the bladder, not developed enough. The introduction of modern technology of video laparoscopy has allowed a new 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.

Key words: Bladder, diagnosis, treatment, laparoscopy, injuries, intraperitoneal.

Аллазов Салах Аллазович
Самаркандский Государственный Медицинский
Институт, Кафедра урологии, профессор
Самарканд, Узбекистан
Камалов Нодир Аловаддинович
Магистр курса урологии
Самаркандского государственного
медицинского института, Самарканд, Узбекистан

УШИВАНИЕ ВНУТРИБРЮШИННОГО РАЗРЫВА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

АННОТАЦИЯ

Увеличение числа дорожно-транспортных происшествий привело к увеличению частоты и тяжести закрытых травм мочевого пузыря. Вплоть до настоящего времени вопросы диагностики и лечения этой травмы, особенно при внутрибрюшинных повреждениях мочевого пузыря разработаны недостаточно. Внедрение современной технологии (видеолапароскопии) позволило по-новому взглянуть на эту проблему. Необходимо изучить возможности этого метода в диагностике 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.

Ключевые слова: Мочевой пузырь, диагностика, лечение, лапароскопия, повреждение, внутрибрюшинно.

Allazov Salah Allazovich

Samarqand davlat tibbiyot instituti,
Urologiya kafedrası professori
Samarqand, O'zbekiston

Kamalov Nodir Alovaddinovich

Samarqand Davlat Tibbiyot Instituti,
Urologiya kursi magistri
Samarqand, O'zbekiston

QOVUQNING QORIN ICHI JAROHATINI TIKISH

ANNOTASIYA

Hozirgi kungacha qovuqning qorin ichi shikastlarini tashxislash va davolash muammolari yetarlicha o'rganib chiqilmagan. Videolaparoskopiya zamonaviy texnologiyasining joriy etilishi ushbu muammoga yangicha qarashga imkon berdi. Qovuqning qorin ichi yoritilishini tashxislashda va davolashda ushbu usulning imkoniyatlarini o'rganish lozim. Maqolada qovuqning qorin parda ichi shikastlanishlarida ananaviy ochiq (42 bemor) va kaminvaziv laparoskopik jarrohlik davolashning (22 bemor) qiyosiy ma'lumotlari keltirilgan. Ushbu usullarning afzalliklari va kamchiliklarining tahlili o'tkazilgan.

Kalit so'zlar: Qovuq, diagnostika, davolash, laparoskopiya, jarohat, qorin ichi.

Актуальность. Вопросы диагностики и лечения закрытых травм мочевого пузыря, особенно при внутрибрюшинных повреждениях, изучены недостаточно [1,2,3]. В связи с тем, что до сих пор не существует точных методов диагностики внутрибрюшинных разрывов мочевого пузыря [5,8,11]. Ошибки при применении ретроградной цистографии, ультразвукового исследования и других традиционных методов (цистоскопия, проба Зельдовича, нисходящая цистография) достигает 13,7-44,8% [5,6,7,8,11]. Лапароскопия с успехом применяется сравнительно давно, но по мнению Давидова М.И. и соавтор (2016) [5] техническое несовершенство прежней аппаратуры снижало её информативность. Применение видеолaparоскопии значительно улучшило диагностику внутрибрюшинных повреждений.

Внутрибрюшинные разрывы мочевого пузыря до сих пор ушиваются открытым оперативным образом, но они сопровождаются высокой летальностью, (18-45%), у 18-57% больных развиваются различные осложнения, а средняя продолжительность госпитализации составляет 23-30 дней [10,12]. Ушивание разрыва мочевого пузыря во время видеолaparоскопии разработана недостаточно [13,14,15]. В научной литературе имеются единичные публикации об использовании данного метода [15,16,17]. Приводимые в зарубежной литературе наблюдения, техника видеолaparоскопического ушивания разрыва мочевого пузыря разноречивые, показания и противопоказания к этому методу не конкретные [5].

Цель. Определение эффективности применения видеолaparоскопии 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±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. При изучении механизма повреждения мочевого пузыря оказалось, что у 32 (50%) пациента повреждение возникло вследствие удара в область живота. 20 (31,3%) человек были в состоянии алкогольного опьянения. У 4 (6,2%) пациентов повреждение мочевого пузыря сочеталось с переломом костей таза. Повреждения мочевого пузыря зачастую были изолированными 38 (59,4%) пострадавших сочетанные повреждения носили следующий характер: у 26 (40,6%) пациентов с разрывом тонкой кишки (4), печени (3), селезенки (3), перелом костей таза (4). У 8 больных сочетанная травма возникла после удара в область живота, у 4 пациентов - вследствие ДТП.

По времени поступления в стационар лишь 13 (21,4%) поступили в стационар в первые 6 часов с момента повреждения, 21 (32,8%) - в сроки от 7 до 12 часов. При этом у 4 (6,2%) больных не отмечались явления перитонита, у 6 (9,4%) отмечены явления перитонита, 30 (47,0%) пациентов поступили в сроки более 12 часов с момента повреждения. У 56 (87,5%) больных имело место 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 было тяжелым, 12 (18,7%) - средней тяжести.

Для диагностики использовали катетеризацию мочевого пузыря одноразовым эластичным катетером, пробу Я.Б. Зельдовича, обзорную урографию и напряженную ретроградную цистографию. При обнаружении жидкости в брюшной полости по данным УЗИ прибегали к лапароцентезу или лапароскопии.

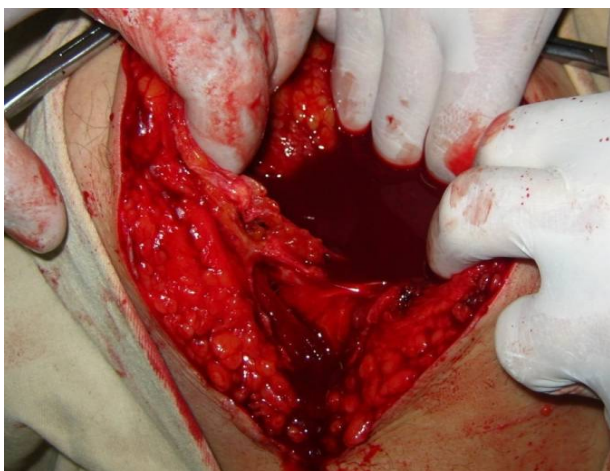
При оказании неотложной хирургической помощи в случае закрытой травмы живота мы использовали лапароскопию,

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.

42 больным I группы оказали экстренную помощь путем лапаротомии, ушивания разрыва двухрядными швами, дренированием брюшной полости. При этом устранили разрыв печени у 2 больных, тонкой кишки - у 1, селезенки у 1.

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).



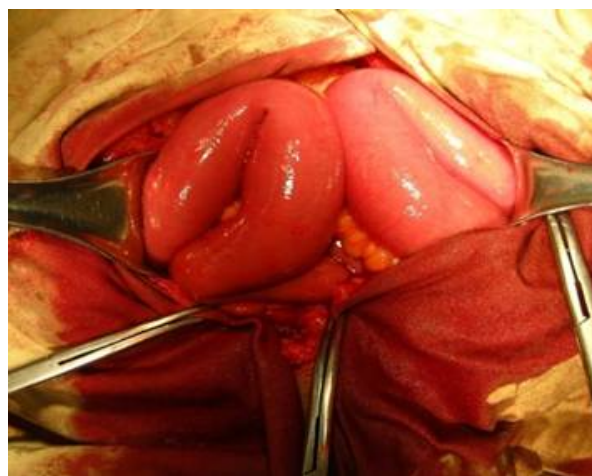
а



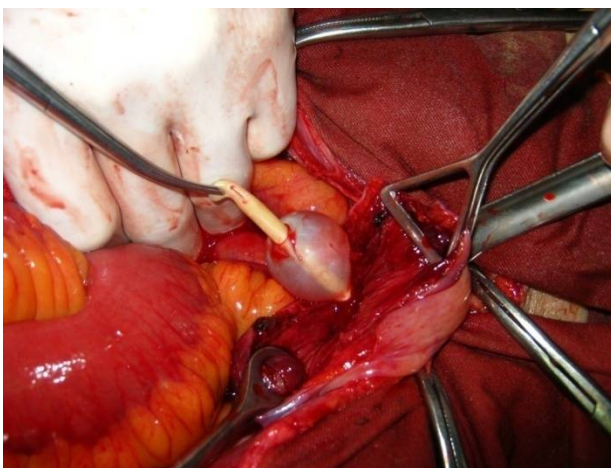
б



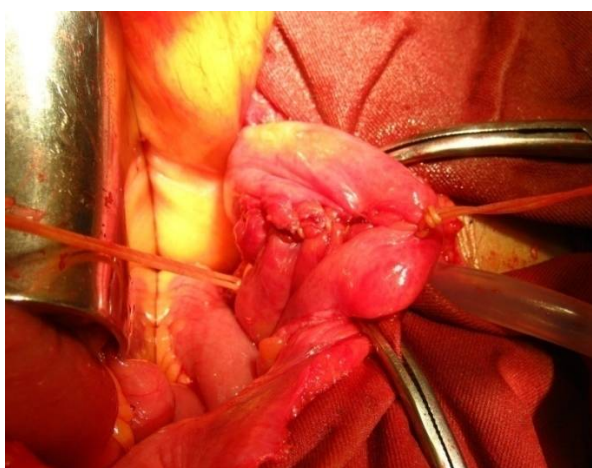
в



г



д



е



ж

Рис. 1. 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 пациента 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 видеокомплексу 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, мы шире применяли 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).



а



б



в



г

Рис. 2. 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 пузырьной 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 наружу), 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. Видеолaparоскопическое ушивание как метод хирургического вмешательства уменьшает время операции, имеет хорошие ближайшие и отдаленные результаты, почти два раза укорачивает сроки пребывания на койке и реабилитации пациентов по сравнению с открытым ушиванием разрыва мочевого пузыря во время лапаротомии.

Использованная 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 мочевыводительной системы. Вестник экстренной медицины 2011; 3: 103-107.
4. Басиашвили Г.Т., Гагаулли 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. Давидов М.И., Гернер А.О., Никонова О.Е., Алгоритм диагностики и лечения внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря. экспер. и клин. урология. 2016; 4:116-121.
6. Жебентяев А.А., Голдыцкий О.С., Современные методы диагностики и лечения травм органов мочеполовой системы. Пособие. УО «Витебский государственный медицинский университет» 2009; 28-32.
7. Зельдович Я.Б. Цит. по Люлько А.В. Повреждение органов мочеполовой системы. Киев: Здоровья, 1981. 77 с.
8. Рашидов М.М., Боймурадov Ш.Э. Роль видеолaparоскопии в диагностике и лечении повреждений мочевого пузыря. Вестник экстренной медицины, 2017, X (2):28-30.
9. Хаджибаев А.М., Рашидов М.М., Уринбаева Н.М., Диагностика и лечение травм нижних мочевыводящих путей. Вестник экстренной медицины, 2018; 3(11):37-43.
10. Johnsen N.V. et al. Epidemiology of Blunt Lower Urinary Tract Trauma With and Without Pelvic Fracture. Urology 2017; 102: 234.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Phillips B, Holzmer S, Turco L, Mirzaie 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.
15. Santucci R.A., Bartley J.M. Urologic trauma guidelines: a 21st century update. Nat Rev Urol. 2010; 7(9):510-9.
16. Summerton D.J. et al. EAU guidelines on iatrogenic trauma. EurUrol, 2012; 62: 628. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22717550>
17. 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.