На правах рукописи

САИДЗОДА
ПАРВИНА АБДУФАТОХ

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

3.1.9. Хирургия

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Душанбе 2026

Работа выполнена на кафедре хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М. Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Научный руководитель:	**Рузибойзода Кахрамон Рузибой** – доктор медицинских наук, доцент
Научный консультант:	**Курбонов Шамсиддин Мирзоевич** – кандидат медицинских наук, доцент
Официальные оппоненты:	**Власов Алексей Петрович** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсами топографической анатомии и оперативной хирургии, урологии и детской хирургии Медицинского института федеральной государственной бюджетной образовательной учреждения высшего образования «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва» Минобрнауки Российской Федерации **Рахматуллаев Рахимджон** – доктор медицинских наук, директор лечебно-диагностического центра «Вароруд» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
Ведущая организация:	**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Защита состоится «___»_____2026 г. в ____ч на заседании диссертационного совета 73.2.009.01 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» (Республика Таджикистан, 734026, г. Душанбе, ул. Сино, 29-31).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» по адресу: 734026, г. Душанбе, ул. Сино, 29-31 (www.tajmedun.tj).

Автореферат разослан «_____»_____ 2026 г.

Учёный секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук **Юлдошев Р.З.**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Перитонит относится к числу тяжёлых хирургических заболеваний и требует неотложного лечения, поскольку при отсутствии своевременного оперативного вмешательства значительно возрастает риск тяжёлых осложнений (Кузнецова М.П. и соавт. 2024; Абдуллозода Д.А. и соавт. 2024; Siembida N. et al. 2022). В экономически развитых странах частота перитонита остаётся относительно стабильной, при этом показатели летальности по-прежнему сохраняются на высоком уровне (Гараев М.Р. и соавт. 2025; Ельский И.К. 2023; Курбонов К.М. и соавт. 2017). При распространённом перитоните летальность составляет от 26 до 60%, а при развитии абдоминального сепсиса и инфекционно-токсического шока может достигать 90-93% (Савельев В.В. и соавт. 2022; Дибиров М.Д. и соавт. 2024; Махмадов Ф.И. и соавт. 2025; Салахов Е.К. и соавт. 2023).

Наряду с хирургическими заболеваниями органов брюшной полости перитонит у женщин может развиваться вследствие гинекологической патологии, прежде всего при гнойно-воспалительных процессах в придатках матки. По данным литературы, его доля в общей структуре перитонитов составляет 3,5-4,0% (Власов А.П. и соавт. 2021; Мухиддинов Н.Д. и соавт. 2023; Андреева Н.Л. и соавт. 2022; Goje O., et al. 2021). Для перитонита гинекологического генеза, как правило, характерен гнойный перитонеальный экссудат. К основным гнойно-воспалительным заболеваниям придатков матки, способным привести к острому гнойному перитониту, относятся пиосальпинкс, пиовар и тубооваариальные гнойные образования. Эти состояния нередко имеют длительное прогрессирующее течение, склонность к рецидивированию и риск прорыва гнойного очага в брюшную полость с развитием распространённого гнойного перитонита (Медянникова И.В. и соавт. 2023; Шатунова Е.П. и соавт. 2021).

Несмотря на значительный прогресс в гинекологии и хирургии, в современной клинической практике сохраняется тенденция к увеличению частоты перитонита гинекологической этиологии. При данной форме заболевания летальность на протяжении последних 10-15 лет остаётся высокой и, по данным разных авторов, составляет 10-25% (Гайбуллаева, Г.У. и соавт. 2020; Cho Y. et al. 2024). При прогрессировании абдоминальной инфекции и развитии абдоминального сепсиса риск неблагоприятного исхода резко возрастает, а летальность может достигать 90% (Коробков, Н.А. 2018; Varlas V.N. et al. 2025).

Гнойный перитонит гинекологического генеза относится к наиболее сложным проблемам современной неотложной гинекологии и абдоминальной хирургии. Его течение во многом определяется тем, что воспалительный процесс формируется на фоне уже имеющихся нарушений гемостаза, эндотоксемии, иммунной недостаточности, ишемических изменений и расстройств микроциркуляции, связанных с основным гинекологическим заболеванием. По мере прогрессирования

перитонита усиливается эндотоксемия, повышается внутрибрюшное давление, развивается эндотелиальная дисфункция, что существенно утяжеляет состояние больных и влияет на исход заболевания (Масляков В.В. и соавт. 2025; Сараев А.Р. и соавт. 2021; Kazemi, S.N. et al. 2021).

Хирургическое вмешательство остаётся основным методом лечения гнойного перитонита гинекологического генеза, поскольку без устранения источника инфекции дальнейшая терапия не может быть достаточно эффективной. Общепринятой является позиция, согласно которой радикальная ликвидация источника перитонита и полноценная хирургическая санация брюшной полости являются ключевыми условиями успешного лечения данной патологии (Фазылбеков Р. и соавт. 2022; Салахов Е.К. и соавт. 2023; Маскин С.С. и соавт. 2022). Вместе с тем объём операции определяется не только стадией заболевания, но и распространённостью воспалительного процесса, характером перитонеального экссудата, наличием местных и системных осложнений. Эти факторы существенно усложняют выбор оптимальной лечебной тактики у больных с перитонитом гинекологического генеза (Аль-Кубайси Ш.С. и соавт. 2023; Федотова Е.В. и соавт. 2025).

Остаются нерешёнными вопросы оптимизации и обоснования дифференцированной хирургической тактики при гнойном перитоните гинекологического генеза. Это касается выбора между миниинвазивными лапароскопическими и традиционными вмешательствами, а также последующего проведения комплексной патогенетически обоснованной консервативной терапии.

Степень разработанности темы исследования

Тяжесть клинического течения гнойного перитонита гинекологического генеза определяется не только воздействием патогенной микрофлоры, но и выраженным инфекционно-воспалительным эндотоксикозом, который существенно ухудшает общее состояние пациенток (Дибиров М.Д. и соавт. 2023; Михельсонм Е.П. и соавт. 2018; Власов А.П. и соавт. 2025). В связи с этим большое значение имеет изучение биологически активных соединений из группы среднемолекулярных пептидов, а также продуктов перекисного окисления липидов. Эти вещества участвуют в развитии синдрома эндогенной интоксикации и могут способствовать формированию полиорганной недостаточности (Журавлева Ю.А. и соавт. 2022; Михальчик Е.В. и соавт. 2020; Попов В.В. 2023).

Наряду с этим повышение внутрибрюшного давления запускает каскад патофизиологических нарушений, способных привести к полиорганной дисфункции и повысить риск летального исхода, особенно при распространённом гнойном перитоните гинекологического генеза (Власов А.П. и соавт. 2020; Кучин Д.А. и соавт. 2021). Анализ опубликованных данных показывает, что к настоящему времени диагностические критерии эндотелиальной дисфункции при данной патологии остаются недостаточно определёнными, а механизмы её формирования у женщин с перитонитом гинекологического генеза изучены не в полной мере.

Хирургическое лечение занимает центральное место в терапии гнойного перитонита гинекологического генеза, поскольку без своевременного оперативного вмешательства последующие лечебные мероприятия не обеспечивают достаточного клинического эффекта (Бушмелева Н.Н. и соавт. 2024; Hussaini M.S. et al. 2022). Современные подходы к диагностике и лечению данной патологии предусматривают применение не только традиционной лапаротомии, но и видеолапароскопических технологий (Адамян Л.В. и соавт. 2022; Li H. et al. 2021).

В диагностическом алгоритме видеолапароскопия имеет важное значение. Она позволяет провести дифференциальную диагностику между хирургической и гинекологической причиной патологического процесса, уточнить нозологическую форму заболевания и выбрать наиболее рациональную тактику операции с учётом особенностей конкретного клинического случая. Эти возможности метода определяют актуальность дальнейшего изучения проблемы гнойного перитонита гинекологического генеза (Гайбуллаева Г.У. и соавт. 2020; Фазылбеков Р. и соавт. 2022).

Таким образом, комплексное лечение гнойного перитонита гинекологического генеза должно проводиться по двум взаимосвязанным направлениям. Первое направление включает воздействие на инфекционный процесс, то есть хирургическую санацию брюшной полости и устранение первичного гнойного очага. Второе направление направлено на коррекцию системных нарушений и восстановление гомеостаза у пациентки (Аль-Кубайси Ш.С. и соавт. 2023; Андреева Н.Л. и соавт. 2022).

Решение этих дискуссионных вопросов может способствовать разработке более обоснованных рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения гнойного перитонита гинекологического генеза. Это позволит повысить своевременность диагностики, уточнить показания к дифференцированной лечебной тактике, определить оптимальный объём и характер операции, а также обосновать более ранние сроки её выполнения. Наряду с этим существенное значение имеет коррекция окислительно-гипоксического стресса, что подчёркивает актуальность проблемы и необходимость её дальнейшего изучения.

Цель исследования. Улучшить результаты лечения пациенток с гнойным перитонитом гинекологического генеза на основе совершенствования диагностики и применения индивидуализированной тактики хирургического лечения.

Задачи исследования:

1. Установить частоту, структуру и основные причины развития гнойного перитонита гинекологического генеза.
2. Изучить выраженность изменений показателей оксидативно-гипоксического стресса, иммунного статуса, эндотелиальной дисфункции и интраабдоминальной гипертензии при гнойном перитоните гинекологического генеза.

3. Разработать алгоритм диагностики и верификации гнойного перитонита гинекологического генеза на основе комплекса клинико-лабораторных и инструментальных данных.
4. Оптимизировать и обосновать персонифицированную хирургическую тактику лечения пациенток с гнойным перитонитом гинекологического генеза на основе разработанных критериев выбора лапароскопических или традиционных вмешательств.
5. Оценить непосредственные результаты хирургического лечения пациенток с гнойным перитонитом гинекологического генеза, включая результаты применения усовершенствованной схемы комплексной терапии с препаратами антиоксидантного, антигипоксантного и иммуностимулирующего действия, а также донаторами оксида азота.

Научная новизна. На достаточном клиническом материале уточнены причины, частота и структура гнойного перитонита гинекологического генеза. Получены данные, свидетельствующие о наличии при гнойном перитоните гинекологического генеза взаимосвязи между маркерами оксидативного стресса, состоянием анаэробного гликолиза, эндотелиальной дисфункцией, степенью интраабдоминальной гипертензии, с одной стороны, и выраженностью гнойно-воспалительных и деструктивных изменений в придатках матки и париетальной брюшине – с другой. Показано, что для повышения точности дифференциальной диагностики и верификации гнойного перитонита гинекологического генеза обосновано применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма, основанного на комплексной оценке клинических, лабораторных и инструментальных данных, включая ультразвуковое исследование и лапароскопию. Доказано, что у пациенток с гнойным перитонитом гинекологического генеза, развившимся на фоне гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки, применение лапароскопических вмешательств повышает эффективность хирургического лечения. Дополнительное включение в комплексную терапию на этапе предоперационной подготовки и в раннем послеоперационном периоде антиоксидантов, антигипоксантов, донаторов оксида азота и иммуномодуляторов способствует более благоприятному течению заболевания. Установлено, что эффективность предложенного комплексного подхода при гнойном перитоните гинекологического генеза связана со снижением хирургической агрессии, меньшей выраженностью нарушений гомеостаза и более быстрым восстановлением функционального состояния организма. Разработан и предложен способ профилактики прогрессирования послеоперационных гнойно-воспалительных и гнойно-септических осложнений, снижения риска формирования спаечного процесса в маточных трубах и полости малого таза, а также сохранения репродуктивного статуса у пациенток детородного возраста с перитонитом гинекологического генеза (рационализаторское удостоверение №3576/R1045 от 24.12.2025 г.).

Практическая значимость работы. Для клинической практики уточнены структура и основные причины развития гнойного

перитонита гинекологического генеза. Внедрён алгоритм диагностики и лечения гнойного перитонита гинекологического генеза, позволяющий снизить частоту диагностических ошибок, своевременно установить причину заболевания и определить рациональную лечебную тактику. Предложены объективные критерии пациент-ориентированного выбора метода хирургического лечения больных с гнойным перитонитом гинекологического генеза. Разработаны и предложены схемы коррекции нарушений гомеостаза, включая эндотоксикоз, оксидативный стресс, нарушения анаэробного гликолиза, эндотелиальную дисфункцию и вторичный иммунодефицит. Указанные схемы предусматривают включение в состав комплексной терапии в раннем послеоперационном периоде антиоксидантов, антигипоксантов, донаторов оксида азота и иммуномодуляторов.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Выраженность изменений маркёров эндотоксемии, липопероксидации, анаэробного гликолиза, эндотелиальной дисфункции и иммунологического дисбаланса в крови в сочетании с повышением внутрибрюшного давления прямо связана со степенью гнойно-воспалительных и деструктивных изменений в придатках матки и париетальной брюшине.
2. Применение разработанного индивидуализированного лечебно-диагностического алгоритма при гнойном перитоните гинекологического генеза, основанного на комплексной оценке клинических, лабораторных и инструментальных данных, включая ультразвуковое исследование и лапароскопию, позволяет с высокой точностью верифицировать диагноз и определить рациональную пациент-ориентированную тактику ведения больных.
3. Использование малотравматичных лапароскопических вмешательств и комплексного лечения гнойного перитонита гинекологического генеза с применением антиоксидантной, антигипоксантной, иммунокорригирующей терапии и донаторов оксида азота, а также локального введения антисептиков и антибиотиков непосредственно в очаг поражения способствует уменьшению выраженности оксидативного стресса, анаэробного гликолиза и эндотелиальной дисфункции, коррекции иммунного статуса и профилактике послеоперационных гнойно-воспалительных и спаечных осложнений. Такой подход оптимизирует течение раннего послеоперационного периода и улучшает результаты лечения.

Личное участие автора. Автором диссертационного исследования осуществлены набор больных, их комплексное обследование и проведение инструментальных диагностических мероприятий. Большинство оперативных вмешательств, включенных в исследование, выполнено при непосредственном участии автора. Автором также проведены отбор, регистрация, статистическая обработка и анализ полученных клинических данных, их интерпретация, оформление диссертационной работы, подготовка

материалов для публикаций и докладов, а также активное участие в их внедрении.

Внедрение в практику. Результаты диссертационной работы внедрены в повседневную клиническую практику хирургических отделениях ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе, а также ООО «Медицинский центр Насл». Материалы диссертационного исследования используются в учебном процессе при подготовке студентов 6 курса медицинского факультета, интернов и клинических ординаторов на кафедре хирургических болезней №1 имени академика Курбонова К.М. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Апробация диссертационной работы. Основные положения диссертационной работы были представлены и обсуждены на XX юбилейной научно-практической конференции молодых ученых и студентов с международным участием, посвященной годам развития цифровой экономики и инноваций 2025-2030, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» «Интеллектуальные технологии в медицинском образовании и науке: инновационные подходы» (Душанбе, 2025), юбилейном конгрессе Российского общества эндоскопических хирургов «35 лет эндохирургии в России. Достижения и перспективы» (Москва, 2025), а также на заседании межкафедральной комиссии по хирургическим дисциплинам ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» (протокол №10/42 от 05.05.2026 г.).

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Диссертационная работа соответствует формуле специальности 3.1.9. Хирургия. Результаты проведенного исследования соответствуют области исследования специальности, конкретно 1, 2, 3, 4 пунктам паспорта 3.1.9. Хирургия.

Публикации. По теме диссертационной работы опубликовано 7 научных работ, из них 5 - в журналах, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России. Получено 1 удостоверение на рационализаторское предложение.

Объем и структура работы. Диссертационная работа представляет собой клиническое исследование, изложенное на 166 страницах машинописного текста. Работа включает введение, обзор литературы, три главы собственных исследований, заключение, выводы, практические рекомендации и список литературы, состоящий из 188 источников, из которых 102 являются отечественными и 86 - зарубежными. Материалы диссертации иллюстрированы 22 рисунками и 27 таблицами.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Настоящая диссертационная работа основана на результатах комплексной диагностики и хирургического лечения 94 (100%) пациенток с гнойным перитонитом гинекологического генеза, проходивших стационарное лечение в хирургических отделениях ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» города Душанбе, а также в ООО

«Медицинский центр Насл» в период с 2019 по 2025 год. Все обследованные пациентки были разделены на две группы для сравнительного анализа. В I, основную, группу, проспективную, вошли 44 (46,8%) пациентки, у которых для своевременной диагностики и верификации причин гнойного перитонита гинекологического генеза и его осложнений, а также для дифференциальной диагностики с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости применялись современные лабораторно-инструментальные методы исследования, включая видеолапароскопию. В раннем послеоперационном периоде назначали патогенетически обоснованную комплексную консервативную терапию, включавшую антиоксидантные и иммуностимулирующие препараты, а также донаторы оксида азота. II (контрольная) группа была ретроспективной и включала 50 (53,2%) пациенток. В этой группе обследование выполняли по общепринятым стандартным протоколам, а хирургическое лечение проводили с использованием традиционных открытых оперативных вмешательств.

В хирургических отделениях ГУ «Городской центр скорой медицинской помощи» г. Душанбе в 2019–2025 годах проведено комплексное обследование госпитализированных пациентов с патологией органов брюшной полости и малого таза, осложнённой местным либо распространённым перитонитом. Всего в исследование включено 2574 (100%) наблюдения. Среди всех обследованных больных с перитонитом доля пациенток с гнойным перитонитом гинекологического генеза составила 94 (3,6%) из 2574 (100%) случаев.

Все пациентки поступали по экстренным показаниям. Из общего числа обследованных (n=94) 63 (67,0%) пациентки были направлены после осмотра гинекологом. При этом у 38 (60,3%) из 63 пациенток основанием для направления в хирургический стационар являлся диагноз «острый живот», у 9 (14,3%) - острый аппендицит, у 16 (25,4%) - перитонит на фоне хирургической патологии, что требовало осмотра хирурга и проведения дальнейших лечебно-диагностических мероприятий. Самостоятельно в приемное отделение обратилась 31 (33,0%) пациентка.

Установлено, что у 49 (52,1%) из 94 (100%) пациенток основанием для первичной госпитализации являлся диагноз «острый живот», у 20 (21,3%) - острый аппендицит, у 25 (26,6%) - перитонит. Именно эти предварительные диагнозы определяли дальнейшую лечебно-диагностическую тактику в условиях хирургического стационара.

Возраст обследованных варьировал от 18 до 53 лет.

Анализ сроков поступления и госпитализации пациенток показал, что в течение первых 5 суток от начала заболевания госпитализировали 85 (90,4%) из 94 пациенток, что отражает преобладание ранних обращений.

Следует отметить, что при выборе метода хирургического лечения особое значение имеют этиологические факторы развития гнойного перитонита гинекологического генеза. Наиболее частым этиологическим фактором являлся гнойный сальпингит, осложненный перитонитом, который был диагностирован у 32 (34,0%) из 94 пациенток, в том числе у 15 (34,1%) больных основной группы и у 17 (34,0%) пациенток

контрольной группы. В 18 (19,1%) случаях причиной заболевания был пиосальпинкс, при этом в основной группе он отмечен у 8 (18,2%) пациенток, а в контрольной - у 10 (20,0%). Прорыв абсцесса маточной трубы (пиосальпинкса) в брюшную полость зарегистрирован у 13 (13,8%) пациенток, в том числе у 7 (15,9%) в основной группе и у 6 (12,0%) в контрольной. Гнойные тубоовариальные образования явились причиной перитонита у 12 (12,8%) больных, по 6 пациенток в каждой группе. Прорыв тубоовариального абсцесса в брюшную полость отмечен в 7 (7,4%) наблюдениях, из них у 3 (6,8%) пациенток основной группы и у 4 (8,0%) контрольной. Прорыв абсцесса яичника (пиовара) зафиксирован у 3 (3,2%) больных. Кроме того, у 4 (4,3%) пациенток причиной перитонита явился разрыв нагноившейся дермоидной кисты яичника.

В большинстве случаев имел место местный гнойный перитонит гинекологического генеза, который был выявлен у 53 (56,4%) из 94 пациенток. Распространенный гнойный перитонит диагностирован у 41 (43,6%) больной. Следует отметить, что в большинстве случаев перитонеальный экссудат при перитоните гинекологического генеза имел гнойный характер - у 78 (83,0%) из 94 пациенток. Гнойно-фибринозный характер экссудата выявлен у 16 (17,0%) больных. При этом в основной группе гнойный перитонит наблюдался у 37 (84,1%) из 44 пациенток, а гнойно-фибринозный - у 7 (15,9%). В контрольной группе соответствующие показатели составили 41 (82,0%) и 9 (18,0%) из 50 наблюдений (Рисунок 1).

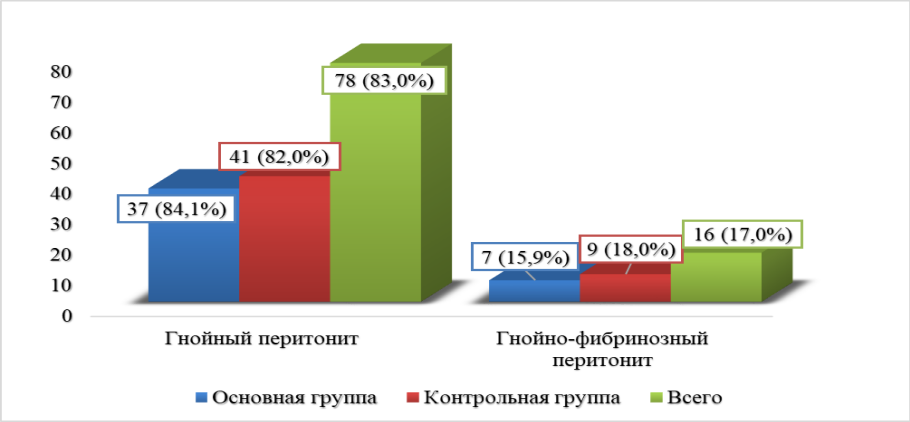

Рисунок 1. – Распределение пациенток с перитонитом гинекологического генеза в зависимости от характера перитонеального экссудата

У пациенток обеих групп нередко выявлялось сочетание гнойного перитонита гинекологического генеза с другой хирургической патологией органов брюшной полости: такие случаи составили 28 (29,8%). Среди сопутствующих состояний наиболее часто отмечали спаечную болезнь брюшной полости, зарегистрированную у 16 (17,0%) пациенток, в том числе у 7 больных основной группы и у 9 контрольной группы.

Вторичный аппендицит диагностирован в 7 (7,4%) наблюдениях (3 пациентки основной группы и 4 контрольной). Гнойный оментит выявлен в 5 (5,3%) случаях, из них у 2 больных основной группы и у 3 контрольной, что также требовало расширения объёма интраоперационных мероприятий

Интенсивность процессов перекисного окисления липидов оценивали по концентрации малонового диальдегида, которую определяли с использованием реакции с тиобарбитуровой кислотой. Содержание диеновых конъюгатов устанавливали по модифицированной методике Стальной в модификации Л.И. Андреевой. Содержание лактата в плазме крови определяли с применением реакции с параоксидифенилом, что обеспечивало количественную характеристику метаболических нарушений. С целью изучения патогенетических механизмов формирования эндотелиальной дисфункции при гинекологическом перитоните оценивали уровни оксида азота, эндотелина-1 и тромбомодулина в сыворотке крови. Исследование выполняли фотоколориметрическим методом на иммуноферментном анализаторе StatFax 3200 (США) с использованием диагностических наборов фирмы «Вектор-Бест» (Россия). Состояние клеточного звена иммунитета оценивали по содержанию CD3+, CD4+ и CD8+ лимфоцитов методом проточной цитометрии с использованием моноклональных антител. Для оценки гуморального иммунитета применяли метод количественной иммунодиффузии по Манчини с определением содержания иммуноглобулинов A, G и M в периферической крови. Микробиологический анализ перитонеального экссудата (гноя) для выявления возбудителей проводили посевы на стерильность с последующей идентификацией аэробной и анаэробной микрофлоры, что позволяло уточнить характер микробной контаминации. Чувствительность грамположительных и грамотрицательных аэробных микроорганизмов к антибактериальным препаратам определяли диффузионным методом на агаре Мюллера-Хинтона.

Для выявления ультразвуковых признаков перитонита и своевременной диагностики возможных осложнений в рамках комплексного обследования выполняли УЗИ. Использовали аппараты производителей «Toshiba» (Япония) и «Siemens» CV-70 (Германия), применяя линейные и секторальные датчики с рабочей частотой 3,5 и 5 МГц. Для оценки внутрибрюшного давления применяли непрямое измерение через мочевой пузырь по методике I. Kron (1984). В рамках диагностических и лечебных мероприятий у пациенток основной группы с перитонитом гинекологического генеза активно применяли современные видеолапароскопические технологии. Для выполнения данных вмешательств использовали аппаратуры «Karl Storz» (Германия).

Статистическую обработку результатов выполняли в R 4.5.2 (R Core Team, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, 2025). Для оценки распределения количественных данных использовали критерий Шапиро-Уилка, а при необходимости - критерий Колмогорова-Смирнова. С учетом преимущественно ненормального распределения клинико-

лабораторных показателей, а также небольших объемов отдельных подгрупп, количественные данные представляли в виде медианы и межквартильного размаха - Me [Q1-Q3]. Для сравнения двух независимых групп по количественным признакам применяли U-критерий Манна-Уитни, для сравнения трех и более независимых групп - критерий Краскела-Уоллиса с последующими попарными сравнениями по критерию Данна с поправкой Холма. Для анализа динамики зависимых количественных показателей до и после лечения использовали критерий Вилкоксона для парных выборок; при сравнении величины изменений между группами анализировали дельту показателей с использованием U-критерия Манна-Уитни. Качественные данные представляли в виде абсолютных значений и процентных долей - n (%). Для сравнения частотных показателей в таблицах сопряженности 2x2 применяли критерий $\chi 2$ Пирсона, а при малых ожидаемых частотах - точный критерий Фишера. При анализе таблиц большей размерности, в том числе 2x3, 2x4 и 2x5, использовали критерий $\chi 2$ Пирсона либо, при наличии малых ожидаемых частот, точный критерий Фишера-Фримена-Холтона. Для диагностических методов рассчитывали чувствительность и специфичность по отношению к окончательному клиническому диагнозу. Во всех случаях различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

При анализе состояния иммунной системы у пациенток гнойным перитонитом гинекологического генеза наиболее выраженные отклонения выявлены в группе пациенток с распространенным гнойным перитонитом**.** Показатели гуморального иммунитета у обеих групп пациенток превышали референсные значения. Уровень IgA составил 5,70 [4,08-7,32] г/л при местном и 6,40 [4,44-8,36] г/л при распространенном перитоните, при этом статистически значимых различий между группами не выявлено, $p=0,395$. Уровни IgM и IgG были выше у больных с распространенным перитонитом и составили соответственно 6,70 [5,02-8,39] г/л и 23,60 [22,12-25,08] г/л против 4,90 [3,35-6,45] г/л и 19,50 [18,35-20,65] г/л при местном процессе, $p=0,018$ и $p<0,001$.

Ультразвуковое исследование, направленное на диагностику перитонита гинекологического генеза и уточнение его причины, было выполнено всем 94 (100,0%) пациенткам. В рамках комплексного УЗ-обследования, помимо оценки гнойно-воспалительных и деструктивных изменений придатков матки различной выраженности, регистрировали также эхографические признаки, характерные для перитонита.

Видеолапароскопия выполнена всем пациенткам основной группы (n=44) и использовалась как ключевой метод уточняющей диагностики. Ее применяли для установления причины «острого живота» у 23 пациенток, для диагностики или исключения острого аппендицита у 4 больных, а также для верификации причин перитонита у 17 пациенток. Использование видеолапароскопии позволяло дифференцировать перитонит хирургического и гинекологического генеза и, на основании

полученных интраоперационных данных, выбирать наиболее рациональную персонализированную хирургическую тактику.

При диагностике перитонита гинекологического генеза, установлении его причин и развившихся осложнений, а также при дифференциальной диагностике с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости диагностическая лапароскопия продемонстрировала существенно более высокую диагностическую эффективность по сравнению с УЗИ. При анализе диагностических показателей для УЗИ: чувствительность составило 73,9% и специфичность 78,0%. Для диагностической лапароскопии чувствительность соответствовало 98,6% и специфичность 99,0%.

Наряду с клиническими проявлениями у пациенток с гнойным перитонитом гинекологического генеза отмечались выраженные изменения лабораторных показателей эндогенной интоксикации, степень которых возрастала по мере распространения воспалительного процесса. Так, уровень прокальцитонина составил 5,70 [3,95-7,45] нг/мл, С-реактивного белка - 89,25 [86,06-92,44] мг/л, лейкоцитарного индекса интоксикации - 3,24 [2,75-3,73] ед., а молекул средней массы - 427,21 [401,24-453,18] ед., что свидетельствовало о наличии выраженной системной воспалительной реакции и эндогенной интоксикации. В группе пациенток с распространенным гнойным перитонитом указанные изменения были еще более выраженными. Уровень прокальцитонина достигал 8,90 [6,47-11,33] нг/мл, С-реактивного белка - 173,55 [167,59-179,51] мг/л, лейкоцитарного индекса интоксикации - 7,32 [6,28-8,36] ед., молекул средней массы - 876,50 [845,27-907,73] ед. Одновременно отмечалось повышение уровня креатинина до 146,40 [136,82-155,98] мкмоль/л, что отражало нарастание метаболических нарушений и усугубление тяжести общего состояния больных.

Для подтверждения активации окислительно-гипоксического стресса проведена оценка выраженности изменений показателей, характеризующих продукты перекисного окисления липидов и степень гипоксии (таблица 1).

Таблица 1. – Сравнительный анализ уровней биомаркеров окислительно-гипоксического стресса у пациенток с местным и распространенным гнойным перитонитом гинекологического генеза (n=44), Me [Q1-Q3]

Показатель	Местный перитонит (n=24)	Распространенный перитонит (n=20)	p
МДА, нмоль/л	3,25 [3,10-3,40]	4,36 [4,18-4,54]	<0,001
ДК, ед.	2,18 [2,08-2,28]	2,92 [2,81-3,03]	<0,001
Лактат, ммоль/л	2,36 [2,24-2,48]	3,14 [3,00-3,28]	<0,001

Примечание: p - статистическая значимость различий показателей между группами по U-критерию Манна-Уитни

Представленные данные указывают на более выраженные процессы перекисного окисления липидов и более глубокие гипоксические

нарушения при распространенном гнойном перитоните гинекологического генеза.

У пациенток с местным перитонитом повышение ВБД отсутствовало в 6 (40,0%) наблюдениях, а I степень ИАГ выявлена у 9 (60,0%) больных. В группе распространенного перитонита отсутствие повышения ВБД не зарегистрировано, I степень ИАГ отмечена у 4 (13,8%) пациенток, II степень - у 20 (69,0%), III степень - у 3 (10,3%) и IV степень - у 2 (6,9%) больных.

Совокупность выявленных изменений окислительно-гипоксического статуса, выраженности эндогенной интоксикации и повышения внутрибрюшного давления при гнойном перитоните гинекологического генеза, непосредственно участвующих в патогенезе эндотелиальной дисфункции, послужила основанием для дальнейшего изучения показателей, характеризующих состояние эндотелия (Таблица 2).

Таблица 2. – Показатели маркеров эндотелиальной дисфункции у пациенток с местным и распространенным гнойным перитонитом гинекологического генеза, Me [Q1-Q3]

Категория	Метаболиты Оксид азота (NO), мкмоль/л	Эндотелин-1 (ЭТ-1), пг/мл	Тромбомодулин, пг/мл
Местный перитонит (n=15)	31,70 [29,82-33,58]	7,10 [6,02-8,18]	7,20 [5,31-9,09]
Распространенный перитонит (n=29)	38,60 [36,59-41,61]	10,80 [9,59-12,01]	11,30 [9,14-13,46]
p	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: p - статистическая значимость различий между группами пациенток с местным и распространённым перитонитом (по U-критерию Манна-Уитни)

Функциональное состояние эндотелия характеризовалось статистически значимым повышением уровней эндотелина-1 и тромбомодулина, особенно при распространенном варианте заболевания. Так, медианные значения ЭТ-1 и тромбомодулина при распространенном перитоните гинекологической этиологии составили соответственно 10,80 [9,59-12,01] пг/мл и 11,30 [9,14-13,46] пг/мл, что было выше как по сравнению с референсной группой, так и по сравнению с пациентками с местным перитонитом.

При местном гнойном перитоните гинекологического генеза уровень метаболита оксида азота. его значение составляло 31,70 [29,82-33,58] мкмоль/л, а при распространенном - 38,60 [36,59-41,61] мкмоль/л, что было ниже по сравнению с референсной группой и ниже, чем у пациенток с местным перитонитом. Полученные данные свидетельствуют о прогрессирующем нарушении эндотелиальной регуляции по мере распространения гнойно-воспалительного процесса.

С учетом полученных результатов в клинике была разработана патогенетическая концепция эндотелиальной дисфункции при гнойном перитоните гинекологического генеза (Рисунок 2).

Рисунок 2. – Схема патогенетической концепции эндотелиальной дисфункции при гнойном перитоните гинекологического генеза.

По итогам комплексного диагностического обследования пациенток с гнойным перитонитом гинекологического генеза в клинической практике были сформулированы критерии, позволяющие обоснованно определить наиболее целесообразную лечебную тактику (таблица 3).

На основании этих критериев принимают решение о варианте хирургического вмешательства, реализуя индивидуальный подход: в зависимости от клинической ситуации выбирают как малоинвазивные лапароскопические методики, так и традиционные лапаротомные операции.

Исходя из вышеизложенного, всем пациенткам основной группы (n=44) были выполнены оперативные вмешательства различного объема и характера на основании разработанных критериев, что позволило индивидуализировать лечебный подход (таблица 4).

Таблица 3. – Критерии определения оптимального лапароскопического или традиционного способа хирургического лечения при гнойном перитоните гинекологического генеза

Критерии выбора	Лапароскопич. вмешательства	Традицион. вмешательства
Степень ВБГ:		
I степень	+	-
II степень	+	-
III степень	+/-	+
IV степень	-	+
Присутствие «акустического окна» для пункции брюшной полости	+	+
Отсутствие висцеропариетальных сращений (УЗИ)	+	+
Общее состояние больного по APACHE-II:		
от 0 до 10 баллов	+	+
от 10 до 20 баллов	+/-	+
более 20 баллов	-	+
Сроки госпитализация пациенток от начала заболевания:		
До 24 часов	+	+
От 1 до 3 суток	+/-	+
Более 3 суток	+/-	+
Характер экссудата в брюшной полости:		
Гнойный	+	+
гнойно-фибринозный	-	+
Распространенность экссудата в брюшной полости:		
Местный	+	-
Распространенный	+/-	+
Наличие или отсутствие внутрибрюшных гнойно-септических и системных осложнений:		
Есть	-	+
Нет	+	-
Диаметр дилатации петель тонкого кишечника:		
До 4 см	+	-
Более 4 см	-	+

Как видно из таблицы 4, у пациенток основной группы применялся персонализированный подход к выбору объема хирургического вмешательства с использованием видеолапароскопических технологий. Наиболее часто выполнялась диагностическая лапароскопия с санацией и дренированием малого таза - в 13 (29,5%) случаях. Тубэктомия в общей сложности была выполнена у 9 (20,5%) пациенток, из них как самостоятельный этап - у 8 (18,2%), а в 1 (2,3%) случае при сочетании с

вторично измененным червеобразным отростком дополнительно произведена аппендэктомия. Среди этих больных правосторонняя тубэктомия выполнена у 5 пациенток, левосторонняя - у 2, двусторонняя - у 2.

Таблица 4. – Виды лапароскопических операций, выполненных у пациенток основной группы с гнойным перитонитом гинекологического генеза (n=44)

Характер операций	Кол-во	%
Диагностическая лапароскопия, санация и дренирование малого таза	13	29,5%
Диагностическая лапароскопия, адгезиолизис, санация и дренирование малого таза	2	4,5%
Диагностическая лапароскопия, тубэктомия, санация и дренирование малого таза	8	18,2%
Диагностическая лапароскопия, тубэктомия, аппендэктомия, санация и дренирование малого таза	1	2,3%
Диагностическая лапароскопия, туботомия, санация и дренирование малого таза	5	11,4%
Диагностическая лапароскопия, овариоэктомия, санация и дренирование малого таза	3	6,8%
Диагностическая лапароскопия, аднексэктомия, санация и дренирование малого таза	2	4,5%
Диагностическая лапароскопия, адгезиолизис, аднексэктомия, санация и дренирование брюшной полости	2	4,5%
Диагностическая лапароскопия, аднексэктомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости	2	4,5%
Диагностическая лапароскопия, цистовариоэктомия, санация и дренирование брюшной полости	1	2,3%
Диагностическая лапароскопия, клиновидная резекция правого яичника, санация и дренирование брюшной полости	1	2,3%
Диагностическая лапароскопия, лапаротомия, адгезиолизис, тубэктомия, интубация тонкого кишечника, санация и дренирование брюшной полости	1	2,3%
Диагностическая лапароскопия, лапаротомия, адгезиолизис, цистовариоэктомия, интубация тонкого кишечника, санация и дренирование брюшной полости	1	2,3%
Диагностическая лапароскопия, лапаротомия, адгезиолизис, субтотальная гистерэктомия, вскрытие и дренирование межкишечных абсцессов, резекция большого сальника, интубация тонкого кишечника, санация и дренирование брюшной полости	1	2,3%
Диагностическая лапароскопия, лапаротомия, субтотальная гистерэктомия, вскрытие и дренирование межкишечных абсцессов, резекция большого сальника, интубация тонкого кишечника, санация и дренирование брюшной полости	1	2,3%
Итого	44	100,0%

В клинике была разработана методика локального подведения антибиотиков и антисептиков в просвет маточной трубы и полость

матки в раннем послеоперационном периоде (рационализаторское удостоверение №3576/R1045 от 24.12.2025 г.). По предложенной методике после санации очага поражения и эвакуации гноя, при выполнении органосохраняющих вмешательств с сохранением маточной трубы и матки, осуществляли дренирование маточной трубы тонким катетером с боковыми отверстиями. В раннем послеоперационном периоде, начиная с первых суток, через катетер, установленный в маточную трубу, локально, медленно, капельно вводили антибиотик, 50,0 мл декасана и 50,0 мл озонированного физиологического раствора 2 раза в сутки в течение 5-7 суток. Предложенная методика продемонстрировала практическую эффективность и была применена у 5 пациенток.

У пациенток с гнойным перитонитом гинекологического генеза контрольной группы (n=50) выполнены различные по характеру традиционных открытых оперативных вмешательств.

В раннем послеоперационном периоде помимо хирургической санации с ликвидацией гнойно-деструктивного очага, проводили комплексную коррекцию нарушений гомеостаза на системном уровне, включая оксидативно-гипоксический стресс, вторичного иммунодефицита, эндогенную интоксикацию и эндотелиальную дисфункцию.

В этой связи в состав комплексных лечебных мероприятий целесообразно включать препараты с антиоксидантным и антигипоксическим действием. В частности, Ремаксол назначали по 400 мл 2 раза в сутки курсом 5-7 дней; дополнительно применяли Тиворел по 100 мл 2 раза в сутки в течение 5-7 суток, при этом продолжительность терапии определяли с учётом тяжести состояния пациенток. В группе с применением Ремаксола и Тиворела уровень ДК снизился с 2,86 [2,77-2,95] до 1,64 [1,59-1,69] ед., МДА - с 4,22 [4,04-4,40] до 2,37 [2,29-2,45] нмоль/л, а лактата - с 3,05 [2,93-3,17] до 1,65 [1,59-1,71] ммоль/л; во всех случаях различия до и после лечения были статистически значимыми, $p<0,001$. Одновременно отмечалось улучшение показателей эндотелиальной функции: уровень оксида азота повышался с 18,70 [17,69-19,71] до 26,80 [25,86-27,74] мкмоль/л, тогда как содержание эндотелина-1 снижалось с 10,30 [9,29-11,31] до 5,80 [4,92-6,68] пг/мл, а тромбомодулина - с 10,90 [8,81-12,99] до 5,10 [3,28-6,92] пг/мл, $p<0,001$.

В раннем послеоперационном периоде у пациенток основной группы для своевременной коррекции нарушений иммунной системы в состав лечения включали иммунотропную терапию с использованием иммуномодулятора Тимоцин и вводили внутримышечно по 1,0 мл 1 раз в сутки на протяжении 7 дней. При оценке результатов комплексной терапии в динамике было отмечено, что у пациенток, получавших иммунокорригирующую терапию, по сравнению с больными без целенаправленной коррекции иммунных нарушений, наблюдалась более выраженная тенденция к нормализации иммунологических показателей.

Для оценки ближайших непосредственных результатов хирургического лечения пациенток обеих групп с гнойным перитонитом гинекологического генеза применяли классификацию Clavien-Dindo (Таблица 5).

Таблица 5. – Характер ранних послеоперационных осложнений у пациенток основной и контрольной групп согласно классификации Clavien-Dindo

Характер осложнений	Степень тяжести	Основная группа (n=44)		Контрольная группа (n=50)	
		абс.	%	абс.	%
Нагноение троакарной раны	II	2	4,5%	0	0,0%
Нагноение лапаротомной раны	II	2	4,5%	4	8,0%
Послеоперационная пневмония	II	1	2,3%	2	4,0%
Паралитическая кишечная непроходимость	II	1	2,3%	2	4,0%
Послеоперационные внутрибрюшные абсцессы	III	0	0,0%	2	4,0%
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	III	0	0,0%	2	4,0%
Персистирующий вялотекущий перитонит	III	0	0,0%	2	4,0%
Эвентерация	III	0	0,0%	1	2,0%
Всего		6	13,6%	15	30,0%
p1		0,047			
Летальный исход		1	2,3%	3	6,0%
Без летального исхода		43	97,7%	47	94,0%
p2		0,621			
Общее число неблагоприятных исходов		7	15,9%	18	36,0%
p3		0,026			

Примечание: p1 - статистическая значимость различий общей частоты ранних нефатальных послеоперационных осложнений между группами по критерию χ^2 Пирсона; p2 - статистическая значимость различий послеоперационной летальности между группами по точному критерию Фишера; p3 - статистическая значимость различий общего числа неблагоприятных исходов между группами по критерию χ^2 Пирсона

Проведение комплексной многофакторной персонифицированной диагностики гнойного перитонита гинекологического генеза с применением клинико-биохимических, лучевых и инструментальных методов исследования позволило разработать диагностический и лечебный алгоритм ведения пациенток с перитонитом гинекологического генеза, который дает возможность в кратчайшие сроки установить и верифицировать причину заболевания, провести дифференциальную диагностику с острой хирургической патологией органов брюшной полости, включая синдром острого живота, перитонит неясной этиологии и острый аппендицит, а также выбрать радикально обоснованный и оптимальный метод хирургического лечения (Рисунок 3).

Рисунок 3. – Алгоритм диагностики и лечения гнойного перитонита гинекологического генеза.

ВЫВОДЫ

1. Среди всех обследованных пациентов с перитонитом (n=2574) доля пациенток с гнойным перитонитом гинекологического генеза составила 94 (3,6%). У больных преобладали местные формы заболевания - 53 (56,4%) случая, тогда как распространённый перитонит диагностирован у 41 (43,6%) пациентки. В большинстве наблюдений перитонеальный экссудат имел гнойный характер - 78 (83,0%) случаев; у 16 (17,0%) пациенток он был гнойно-фибринозным. Основными причинами развития гнойного перитонита гинекологического генеза были гнойный сальпингит - 32 (34,0%) случая, пиосальпинкс - 18 (19,1%), прорыв абсцесса маточной трубы - 13 (13,8%), гнойные тубоовариальные образования - 12 (12,8%), прорыв тубоовариального абсцесса - 7 (7,5%), пиовар - 5 (5,3%) и разрыв нагноившейся дермоидной кисты яичника - 4 (4,3%). Другие причины отмечены у 3 (3,2%) пациенток.

2. По мере увеличения длительности заболевания и прогрессирования гнойно-воспалительных и деструктивных изменений в придатках матки и париетальной брюшине, на фоне транслокации бактерий и их токсинов в брюшную полость и системный кровоток, усиливается бактериальная токсемия. Она сопровождается активацией свободнорадикального окисления липидов и анаэробного гликолиза, иммунологическим дисбалансом, развитием интраабдоминальной гипертензии различной степени тяжести и формированием эндотелиальной дисфункции. Выраженность этих нарушений коррелирует с тяжестью и распространённостью гнойно-воспалительного процесса в придатках матки и париетальной брюшине у пациенток с гнойным перитонитом гинекологического генеза.

3. Диагностика перитонита гинекологического генеза во многих случаях представляет значительные трудности и требует дифференциального поиска с ургентной хирургической патологией органов брюшной полости. В таких ситуациях применение разработанного лечебно-диагностического алгоритма, основанного на оценке клинических, лабораторных и инструментальных данных, позволяет с высокой точностью верифицировать диагноз. Включение в алгоритм ультразвукового исследования повышает чувствительность диагностики до 73,9% ($p<0,05$) и специфичность до 78,0% ($p<0,05$), тогда как применение диагностической лапароскопии увеличивает эти показатели соответственно до 98,6% и 99,0% ($p<0,05$).

4. Тактика хирургического лечения пациенток с гнойным перитонитом гинекологического генеза, включая выбор лапароскопического или традиционного оперативного вмешательства, должна быть строго персонифицированной и основываться на разработанных объективных критериях и лечебно-диагностическом алгоритме. Выбор хирургического доступа определяется давностью заболевания, характером и распространённостью перитонеального

экссудата, а также наличием или отсутствием внутрибрюшных и системных осложнений.

5. Применение предложенной хирургической тактики с использованием лапароскопических технологий у пациенток основной группы, а также дополнительное включение в комплексное лечение антиоксидантной, антигипоксантной, иммунокорригирующей терапии и донаторов оксида азота способствует уменьшению выраженности оксидативного стресса, анаэробного гликолиза и эндотелиальной дисфункции, а также коррекции иммунного статуса. Это улучшает течение раннего послеоперационного периода. Эффективность предложенного подхода подтверждается статистически значимым снижением частоты ранних нефатальных послеоперационных осложнений по классификации Clavien-Dindo с 30,0% в контрольной группе до 13,6% в основной группе (p=0,047).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. При подозрении на перитонит гинекологического генеза, особенно у пациенток с синдромом острого живота и при необходимости дифференциальной диагностики с острым аппендицитом и другой ургентной хирургической патологией органов брюшной полости, согласно разработанному диагностическому алгоритму целесообразно раннее выполнение видеолапароскопии. После верификации диагноза лечение должно быть направлено на радикальное устранение источника перитонита, что позволяет снизить риск персистирующей и рецидивирующей инфекции.

2. При выборе способа и объёма оперативного вмешательства следует применять индивидуализированный подход с учётом давности заболевания, распространённости перитонита, характера перитонеального экссудата, степени деструктивных изменений в придатках матки, выраженности спаечного процесса, наличия межкишечных абсцессов, а также сопутствующей хирургической и соматической патологии. Предпочтение следует отдавать малотравматичным лапароскопическим вмешательствам. Лапаротомию необходимо выполнять по строгим показаниям при распространённом гнойно-фибринозном перитоните, наличии внутрибрюшных и системных осложнений, а также в ситуациях, когда требуется радикальное устранение источника инфекции и проведение назоинтестинальной интубации кишечника.

3. У пациенток с гнойным перитонитом гинекологического генеза в комплекс предоперационной и послеоперационной оценки целесообразно включать мониторинг маркёров эндотоксемии, оксидативно-гипоксического стресса, иммунного статуса, эндотелиальной дисфункции и уровня внутрибрюшного давления. Это позволяет объективно оценить тяжесть состояния, своевременно выявить системные нарушения и провести их целенаправленную коррекцию.

4. Для профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных и гнойно-септических осложнений, снижения риска формирования спаечного процесса в маточной трубе и полости малого таза, а также сохранения репродуктивного статуса у пациенток детородного возраста рекомендуется применять разработанный способ локального подведения антибиотиков и антисептиков непосредственно к очагу поражения через катетер, установленный в маточную трубу.

5. Наряду с хирургическим устранением источника перитонита, в составе комплексной патогенетически обоснованной терапии пациенток с гнойным перитонитом гинекологического генеза целесообразно проводить коррекцию оксидативно-гипоксического стресса, вторичного иммунодефицита и эндотелиальной дисфункции в раннем послеоперационном периоде. С этой целью рекомендуется применение Ремаксола, Тиворела и Тимоцина по следующей схеме: Ремаксол по 400 мл внутривенно 2 раза в сутки курсом 5-7 дней, Тиворел по 100 мл внутривенно 2 раза в сутки в течение 5-7 суток, Тимоцин по 1,0 мл 1 раз в сутки внутримышечно на протяжении 7 дней.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Рузибойзода К.Р. Мониторинг лабораторных показателей и внутрибрюшного давления в ранней диагностике послеоперационных осложнений у пациенток с гинекологическим перитонитом / К.Р. Рузибойзода, **П.А. Саидзода**, Ш.М. Курбонов, С.Г. Али-заде // **Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова**. – 2025. - Т. 20. - № 3. – С. 69-73.

2. Рузибойзода К.Р. Видеолапароскопия в диагностике и лечении пациенток с гинекологическим перитонитом / К.Р. Рузибойзода, **П.А. Саидзода,** Ш.М. Курбонов, Г.Н. Ашурова // **Здравоохранение Таджикистана**. – 2025. - № 2. – С. 54-64.

3. Рузибойзода К.Р. Биомаркеры воспаления, процессов липопероксидации, гипоксия и интраабдоминальная гипертензия при гинекологическом перитоните / К.Р. Рузибойзода, **П.А. Саидзода**, Ш.М. Курбонов, С.Г. Али-заде // **Здравоохранение Таджикистана**. – 2025. - № 4. – С. 102-111.

4. Рузибойзода К.Р. Эндотелиальная дисфункция при гинекологическом перитоните / К.Р. Рузибойзода, **П.А. Саидзода**, Ш.М. Курбонов, Н.Ю. Самандарзода // **Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана**. – 2025. – Т. 15. - № 4 (56). – С. 50-59.

5. Саидзода П.А. Применения программы «fast-track» у пациенток с гинекологическим перитонитом / П.А. Саидзода // Материалы XX (юбилейной) научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием. «Интеллектуальные технологии в медицинском образовании и науке: инновационные подходы». Душанбе. – 2025. – С.205-206.

6. Рузибойзода К.Р. Возможности видеолапароскопии в диагностике и лечении гинекологического перитонита. // К.Р. Рузибойзода, П.А. Саидзода, Ш.М. Курбонов, Г.Н. Ашурова // Материалы юбилейного конгресса российского общества эндоскопических хирургов «35 лет эндохирургии в России. Достижения и перспективы». Москва – 2025. – С.99-100.
7. Рузибойзода К.Р. Некоторые аспекты лечебно-диагностической тактики при гинекологическом перитоните / К.Р. Рузибойзода, **П.А. Саидзода,** Ш.М. Курбонов // **Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения.** – 2026. –№1. – С. 45-52.

Рационализаторское удостоверение

Рузибойзода К.Р., Саидзода П.А. Способ профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений при гинекологическом перитоните. Рац. удост. №3616/R1104 выданное ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино» от 02.02.2025.

СПИСОК СОКРАЩЁННЫХ СЛОВ

ВБД – внутрибрюшное давление
ГВЗПМ – гнойно-воспалительные заболевания придатков матки
ИАГ – интраабдоминальная гипертензия
ГУ ГМЦ – Государственное учреждение городской медицинский центр
ДК – диеновые конъюгаты
ЛИИ – лейкоцитарный индекс интоксикации
МДА – малоновый диальдегид
МСМ – молекул средней массы
ПОЛ – перекисное окисление липидов
УЗИ – ультразвуковое исследование

Сдано в печать 07.07. 2026 г.
Подписано в печать 10.07.2026 г.
Формат 60х84 1/16. Бумага офсетная.
Печать офсетная. Тираж 100 экз.
Отпечатано в типографии
ООО «Сармад-Компания»
г. Душанбе, ул. Лахути 6, 1 проезд