



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

2 (88) 2026

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
У.О. АБИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Д.Т. АШУРОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (88)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026
февраль

УДК 618-008.6(075)

**РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСЛОЖНЁННОГО ТЕЧЕНИЯ
ПРЕЭКЛАМПСИИ И ТЯЖЁЛОЙ АНЕМИИ: МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНАЯ
ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА**

Курбанов Пазылбек Жолымбетович, <https://orcid.org/0009-0004-9819-7135>
Жолымбетов Исламбек Пазылбекович, <https://orcid.org/0009-0008-4888-2678>
Базарова Серегул Калмурзаевна, <https://orcid.org/0009-0000-8626-6384>
Реймова Минайым Калмурзаевна, <https://orcid.org/0009-0000-7369-7396>
Утениязова Дилбар Кожамбергеновна, <https://orcid.org/0009-0003-1833-7373>

¹Филиал Республиканского научно-практического медицинского центра здоровья матери и ребёнка Республики Каракалпакстан. Узбекистан.

²Медицинский Институт Каракалпакстана, Республики Каракалпакстан. Узбекистан город Нукус, улица А.Досназарова, 108, 230100 тел: +998(61)2228432 e-mail: nukusmed@mail.ru

✓ **Резюме**

Тяжёлая преэклампсия и выраженная анемия беременных являются одними из наиболее опасных осложнений гестации, значительно повышающих материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность. Их сочетание ассоциировано с риском полиорганной недостаточности, ДВС-синдрома, инфекций и несостоятельности швов. Цель статьи — представить редкий клинический случай тяжёлой преэклампсии при гемоглобине 35 г/л, осложнённый десерозализацией кишечника и расхождением лапаротомной раны, и показать значение мультидисциплинарного подхода. Пациентке выполнены экстренное кесарево сечение, релапаротомия с ушиванием серозного дефекта восходящей ободочной кишки, гистерэктомия и дренирование. Послеоперационно развились ДВС-синдром, парез кишечника и раневая несостоятельность. Применение альгинатного геля, интенсивная терапия и коррекция анемии обеспечили очищение раны, сохранение грануляций и благоприятный исход. Случай подтверждает эффективность своевременной диагностики, поэтапной хирургической тактики, междисциплинарного взаимодействия и современных средств локальной терапии в акушерской практике при крайне тяжёлых сочетанных осложнениях.

Ключевые слова: преэклампсия; анемия беременных; кесарево сечение; ДВС-синдром; несостоятельность швов; десерозализация толстого кишечника, труднозаживающая рана; альгинатный гель.

**RARE CLINICAL CASE OF COMPLICATED PREECLAMPSIA AND SEVERE
ANEMIA: MULTIDISCIPLINARY SURGICAL TACTICS**

Kurbanov Pazyzbek Zholymbetovich, <https://orcid.org/0009-0004-9819-7135>
Zholymbetov Islambek Pazyzbekovich, <https://orcid.org/0009-0008-4888-2678>
Bazarova Seregul Kalmurzaevna, <https://orcid.org/0009-0000-8626-6384>
Reimova Minaim Kalmurzaevna, <https://orcid.org/0009-0000-7369-7396>
Uteniyazova Dilbar Kozhambergenovna, <https://orcid.org/0009-0003-1833-7373>

¹Branch of the Republican Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health, Republic of Karakalpakstan, Uzbekistan.

²Medical Institute of Karakalpakstan, Republic of Karakalpakstan, Uzbekistan, Nukus, A. Dosnazarov Street, 108, 230100. Tel.: +998(61)2228432. Email: nukusmed@mail.ru

✓ **Resume**

Severe preeclampsia and pronounced anemia in pregnant women are among the most dangerous complications of gestation, significantly increasing maternal and perinatal morbidity and mortality. Their combination is associated with a risk of multiple organ failure, disseminated intravascular coagulation (DIC), infections, and suture dehiscence. The aim of this article is to present a rare clinical case of severe preeclampsia with hemoglobin of 35 g/L, complicated by intestinal deserosalization and laparotomy wound dehiscence, and to highlight the importance of a multidisciplinary approach. The patient underwent emergency cesarean section, relaparotomy with repair of the serosal defect of the ascending colon, hysterectomy, and drainage. Postoperatively, DIC, intestinal paresis, and wound dehiscence developed. The use of alginate gel, intensive therapy, and correction of anemia ensured wound cleansing, preservation of granulations, and a favorable outcome. This case confirms the effectiveness of timely diagnosis, staged surgical tactics, interdisciplinary collaboration, and modern local therapy tools in obstetric practice for extremely severe combined complications.

Keywords: preeclampsia; anemia in pregnancy; cesarean section; DIC syndrome; suture dehiscence; deserosalization of the large intestine; hard-to-heal wound; alginate gel.

**ПРЕЭКЛАМПСИЯ ВА ОҒИР АНЕМИЯНИНГ АСОРАТЛИ КЛИНИК ҲОЛАТИ: КЎП
ТАРМОҚЛИ ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИ**

Қурбонов Пазилбек Жолимбетович, <https://orcid.org/0009-0004-9819-7135>
Жолимбетов Исломбек Пазилбекович, <https://orcid.org/0009-0008-4888-2678>
Базарова Серегул Калмурзаевна, <https://orcid.org/0009-0000-8626-6384>
Реймова Минайим Калмурзаевна, <https://orcid.org/0009-0000-7369-7396>
Утениязова Дилбар Кожамбергеновна, <https://orcid.org/0009-0003-1833-7373>

¹Она ва бола саломатлиги бўйича Республика илмий-амалий тиббиёт маркази филиали,
Қорақалпоғистон Республикаси, Ўзбекистон.

²Қорақалпоғистон тиббиёт институти, Қорақалпоғистон Республикаси, Ўзбекистон, Нукус,
А. Досназаров кўчаси, 108, 230100. Тел.: +998(61)2228432. Email: nukusmed@mail.ru

✓ **Резюме**

Ҳомиладор аёлларда оғир преэклампсия ва сезиларли анемия гестациянинг энг хавфли асоратларидан бўлиб, она ва перинатал касаллик ҳамда ўлим хавфини сезиларли даражада оширади. Уларнинг комбинацияси кўп орган этишмовчилиги, ДВС-синдроми, инфекциялар ва шовларнинг очилиши хавфи билан боғлиқ. Мақоланинг мақсади — гемоглобин 35 г/л бўлган оғир преэклампсиянинг ноёб клиник ҳолатини тақдим этиш, унинг ичакнинг десерозализацияси ва лапаротомия жароҳатининг очилиши билан мураккаблашган ҳолатини кўрсатиш ва кўп соҳали ёндашувнинг аҳамиятини таъкидлаш. Пациентга фавқулодда кесарев кесиш, восходящий қовоқ ичакнинг сероз дефектни тиклаш билан релапаротомия, гистерэктомиа ва дренаж амаллари бажарилди. Операциядан кейин ДВС-синдроми, ичак парези ва жароҳат очилиши ривожланди. Альгинат гели қўлланилиши, интенсив терапия ва анемияни тузатиш жароҳатни тозалаш, грануляцияларни сақлаш ва яхши натижага эришишни таъминлади. Ушбу ҳолат акушер амалиётида жуда оғир қўшма асоратлар вақтида диагностика, босқичма-босқич жарроҳлик тактикаси, соҳалар орасидаги ҳамкорлик ва замонавий маҳаллий терапия воситалари самарадорлигини тасдиқлайди.

Калит сўзлар: преэклампсия; ҳомиладор аёлларда анемия; кесарев кесиш; ДВС-синдром; шовларнинг очилиши; товон ичакнинг десерозализацияси; секин шифоланувчи жароҳат; альгинат гель.

Актуальность

Тяжёлая преэклампсия (ПЭ) относится к числу наиболее опасных осложнений беременности, частота ПЭ составляет 2–8% всех беременностей, и ежегодно данное осложнение приводит примерно к 46 000 материнских смертей. Она остаётся одной из ведущих причин материнской летальности наряду с кровотечениями и инфекциями [2].

Дополнительным отягчающим фактором является анемия беременных, которая регистрируется до в 41,8% случаев в мире. Тяжёлая анемия (Hb <70 г/л) способствует гипоксии тканей, иммунной дисфункции и развитию акушерских осложнений [3]. Таким образом, сочетание ПЭ и выраженной анемии формирует крайне опасную ситуацию как для матери, так и для плода.

Оперативное родоразрешение в таких условиях может сопровождаться повреждением тканей и последующим несостоятельным заживлением раны. К факторам риска несостоятельности послеоперационных швов относят анемию, гипопроотеинемия, артериальную гипертензию, экстренный характер операции, наличие гематомы и инфицирование раны [1]. Повышение внутрибрюшного давления (парез кишечника, метеоризм) и системные нарушения гемостаза усугубляют ситуацию и могут приводить к расхождению швов [1].

В настоящей статье представлен уникальный клинический случай, в котором сочетались все перечисленные факторы: тяжёлая ПЭ, крайне низкий уровень гемоглобина, экстренное кесарево сечение, раннее развитие послеоперационного пареза кишечника с десеролизацией кишки и кровотечением, ДВС-синдром и расхождение послеоперационной раны вплоть до брюшины. Особое внимание уделено мультидисциплинарной хирургической тактике, данной патологии, а также методике лечения труднозаживающей раны с использованием современного ферментного гидрогеля на основе альгината. Ранее подобные средства применялись преимущественно для лечения ожогов и хронических язв, однако опыт их использования у акушерских пациенток с тяжёлыми осложнениями ранее не описан. Настоящая работа призвана восполнить этот пробел и продемонстрировать междисциплинарный подход к спасению жизни пациентки.

Цель исследования - представить редкий клинический случай тяжёлой преэклампсии при гемоглобине 35 г/л, осложнённый десеролизацией восходящей ободочной кишки и расхождением лапаротомной раны, и показать значение мультидисциплинарного подхода.

Материалы и методы исследования

Работа выполнена в формате клинического наблюдения. Анализ проведён на основании медицинской документации, лабораторных и инструментальных данных, а также интраоперационных находок. Пациентке выполнены экстренное кесарево сечение, релапаротомия с ушиванием серозного дефекта восходящей ободочной кишки по taenia libera, гистерэктомия и дренирование брюшной полости. Послеоперационное ведение включало интенсивную терапию и местное лечение раны с применением ферментного альгинатного геля. Публикация осуществлена с соблюдением этических норм, получено информированное согласие пациентки. Статистическая обработка данных не проводилась в связи с описательным характером исследования.

Результат и обсуждения

Клинический случай. Пациентка Ф., 42 года, экстренно госпитализирована в отделение реанимации родильного дома с диагнозом: беременность V, срок 36 недель; роды V; тяжёлая преэклампсия; хроническая железодефицитная анемия крайне тяжёлой степени. При поступлении общее состояние оценивалось как тяжёлое. Показатели крови: гемоглобин — 35,1 г/л, эритроциты — $1,6 \times 10^{12}/л$, гематокрит — 16%;

Сразу после поступления начата профилактика эклампсии сульфатом магния по схеме Зуспана, проведена антигипертензивная терапия. С учётом необратимого прогрессирования ПЭ было принято решение о родоразрешении путём кесарева сечения, после согласия пациентки, выполнена операция — кесарево сечение в нижнем сегменте матки. Операция прошла без осложнений, но на 4-е сутки у пациентки появились признаки острой кишечной непроходимости: усилилось вздутие живота, возникли тошнота и повторная рвота, прекратилось отхождение газов, стула не было в течение трёх дней. Живот был значительно раздут, перистальтика

кишечника ослаблена. По данным УЗИ брюшной полости выявлены свободная жидкость (~300 мл) и гематома в толще правой прямой мышцы живота размером ~6,7 × 5,8 см. Возникло подозрение на внутреннее кровотечение и кишечную непроходимость.

Консилиумом принято решение о проведении срочной релапаротомии. Релапаротомия выполнена через прежний разрез под эндотрахеальным наркозом. При ревизии обнаружено: в толще правой половины мышечной апоневротической раны – полужидкий сгусток крови ~100 мл; идентифицирован поврежденный кровоточащий сосуд, который перевязан. Брюшная полость содержала ~300 мл геморрагического выпота. Петли тонкой кишки, слепой и ободочной кишки резко расширены (диаметр поперечной ободочной кишки >9 см). Для адекватного осмотра брюшная рана была продлена вверх. При этом выяснилось, что из-за чрезмерного натяжения и вздутия слепой кишки на ее передней стенке имеется участок отсутствия серозной оболочки размером ~8×6 см – так называемая десерозализация. В центре этого участка виден разрыв продольной ленты (*taenia libera*) слепой кишки с прилежащим тромбированным сосудом (кровотокающих сосудов не осталось). Данная находка объясняет наличие кровянистого выпота в брюшной полости. Дефект серозы за *taenia libera* (так как захват стенки кишечника даже тонким швом представляется невозможным из-за чрезмерной тонкости стенки) ушит отдельными викриловыми швами 2/0. Проводилась попытка декомпрессировать кишечник: через прямую кишку заведена толстая ректальная трубка, по которой удалось эвакуировать около 1 литра жидкого кишечного содержимого и газов, после чего вздутие несколько уменьшилось. При осмотре матки обнаружено, что швы на рубце матки частично несостоятельны: краевые участки разошлись, местами видны участки некроза по краям раны. При пальпации матки через дефект раны выделялся газ из полости матки. Матка увеличена до 15–16 недель, дрябловатая, бледно-розового цвета; маточные трубы перевязаны (стерилизация выполнена во время кесарева). Признаков продолженного кровотечения из матки не было, однако наличие открытого сообщения полости матки с брюшной полостью создавало риск тяжелого сепсиса. Консилиум хирургов и акушеров принял решение выполнить радикальную операцию – гистерэктомию, чтобы предотвратить перитонит и другие осложнения. Выполнена тотальная гистерэктомия с придатками стандартной техникой. Параллельно осуществлен тщательный гемостаз и санация брюшной полости 2 л изотонического раствора. Установлены дренажи в латеральные каналы живота и малый таз.

Дальнейшее течение характеризовалось постепенной стабилизацией: паралитическая кишечная непроходимость купировалась, перистальтика восстановилась на 3-й день после релапаротомии, начала отходить кишечная флора. Состояние крови улучшилось (Hb 79 г/л на 10-й день). Температура нормализовалась к концу 2-й недели, воспалительные маркеры пошли на убыль. Однако к 15-м суткам после первой операции (через 10 дней после релапаротомии) возникло локальное осложнение – расхождение краев послеоперационной раны. Пациентка отметила появление серозно-гнойного отделяемого из центральной части раны и «размягчение» раневых краев. При осмотре – частичная несостоятельность швов: в центральной части лапаротомного рубца длиной ~5 см края раны разошлись до брюшины, в глубине виден серозный выпот, признаков эвентрации нет. Принято решение о повторной санации раны в операционной. Под внутривенной анестезией выполнено расширение раневого канала, удалены все неспособные швы. Обнаружено около 10 мл мутного экссудата; признаков абсцесса или диффузного перитонита нет. Края раны и подкожно-жировая клетчатка частично некротичны; выполнено экономное иссечение некротических участков до визуально жизнеспособных тканей. После тщательной антисептической обработки раневое ложе решено оставить открытым для заживления вторичным натяжением. С целью сближения краев и уменьшения натяжения наложены несколько провизорных швов «кожа-aponевроз-кожа» через удерживающие пуговицы. На всю поверхность раны толстым слоем (~5 мм) нанесен ферментативный гидроактивный гель и наложена стерильная атрауматическая повязка. Дальнейшее ведение раны – ежедневные перевязки с повторным нанесением ферментного альгинатного геля и контролем за состоянием тканей. Уже через 3 дня отмечено появление обильных грануляций по всей глубине раны, раневое отделяемое стало скудным и серозным. К 10-му дню после обработки рана практически полностью эпителизировалась, провизорные швы были поэтапно сняты. Пациентка выписана домой в удовлетворительном состоянии; гемоглобин на момент выписки – 89 г/л

(суммарно за время лечения ей было перелито 8 доз эритроцитарной массы). После выписки проводилось амбулаторное наблюдение: рана зажила вторичным натяжением с формированием мягкого линейного рубца (~15 см) без признаков инфекции.

Обсуждение:

Представленный случай иллюстрирует крайне тяжелое течение преэклампсии, отягченное множеством взаимосвязанных осложнений. Известно, что при преэклампсии выраженная эндотелиальная дисфункция и гипоксемия тканей могут приводить к полиорганной недостаточности, включая нарушения функции почек, печени и системы свертывания [5,6]. У нашей пациентки уже при поступлении наблюдались критически низкий уровень гемоглобина и признаки коагулопатии, что резко увеличивало риск ДВС-синдрома и геморрагических осложнений. Анемия сама по себе усугубляет гипоксию тканей и подавляет репаративные процессы: в исследованиях продемонстрировано, что снижение Hb <70–90 г/л ассоциируется с ростом частоты инфекций и неспособности швов [4]. В данном случае исходно низкий гемоглобин (35 г/л) был обусловлен хронической железодефицитной анемией – распространенным состоянием у многорожавших женщин. Ведущей тактикой при тяжелой ПЭ является незамедлительное родоразрешение, что и было выполнено у нашей пациентки. Однако, экстренное кесарево сечение на фоне анатомо-функциональных изменений при преэклампсии сопряжено с рядом технических сложностей. Известно, что чрезмерное растяжение ободочной кишки может приводить к ишемии её стенки и даже перфорации в 15% случаев, при этом летальность достигает 40% [1].

В представленном наблюдении своевременная релапаротомия позволила предотвратить трансмуральный некроз кишки: был выявлен лишь серозный разрыв слепой кишки без сквозного повреждения. Полученные данные согласуются с наблюдениями Carlaw et al. (2025), описавших изолированную серозную трещину ободочной кишки на фоне массивного вздутия при сохранённом кровоснабжении, расценённую авторами как следствие ишемического повреждения серозы при повышенном внутрипросветном давлении [5]. Мы полагаем, что в данном случае сочетание выраженного механического растяжения кишечника и ДВС-синдрома с микротромбозами привело к локальному повреждению и десерозализации кишечной стенки. В условиях коагулопатии такие изменения могут сопровождаться формированием гематом и скрытых источников интраабдоминального кровотечения, что часто приводят к позднему диагностированию. Аналогичные механизмы описаны и при спонтанных забрюшинных гематомах после родов у пациенток с тяжёлой преэклампсией, возникающих даже после технически благополучного кесарева сечения [7].

Таким образом, сочетание гипертензивного синдрома, нарушений гемостаза, массивного вздутия кишечника и хирургического вмешательства формирует патогенетическую основу для редких, но крайне опасных осложнений, включая десерозализацию ободочной кишки. В представленном клиническом случае выявление дефекта на передней стенке восходящей ободочной кишки и невозможность его стандартного ушивания из-за истончённости серозы потребовали применения альтернативной хирургической тактики — наложения швов по белым продольным лентам (*taenia libera*), что позволило надёжно устранить источник кровотечения и стало решающим фактором в спасении жизни пациентки.

Несостоятельность послеоперационной раны является редким, но тяжёлым осложнением лапаротомий (0,4–3,5%), при полном разрыве летальность достигает 20–45% [6,11]. Риск дегисценции повышается при анемии, гипопроteinемии, инфекции, экстренных операциях и повышенном внутрибрюшном давлении [7], что в полном объёме имело место у данной пациентки. Благодаря раннему выявлению осложнения удалось избежать полной эвентрации и своевременно выполнить хирургическую коррекцию. Применение ферментного альгинатного геля создало оптимальные условия для регенерации, обеспечило антимикробный эффект и позволило сократить частоту перевязок [1]. Несмотря на выраженные отягощающие факторы и антикоагулянтную терапию, рана быстро очистилась и эпителизовалась без побочных эффектов, что подтверждает эффективность данного подхода и его значение в лечении труднозаживающих послеоперационных ран.

Заключение

Комплексное критическое состояние, развившееся у роженицы с тяжёлой преэклампсией и крайне тяжёлой анемией, потребовало максимально интенсивного и междисциплинарного подхода к лечению. Благодаря своевременной диагностике и проведению двух последовательных хирургических вмешательств (релапаротомии с гистерэктомией и повторной ревизии раны) удалось спасти жизнь пациентки и обеспечить постепенную реабилитацию.

В представленном клиническом наблюдении десерозализация была выявлена на передней стенке восходящей ободочной кишки. Из-за крайней истончённости серозной оболочки её ушивание стандартными тонкими швами оказалось невозможным. Использование альтернативной техники — наложение швов по белым продольным лентам (*taenia libera*) — позволило надёжно устранить дефект и остановить кровотечение. Применённый хирургический приём оказался жизнеспасующим и подчёркивает необходимость высокой настороженности и индивидуального подхода при ревизии кишечника у пациенток с тяжёлыми акушерскими и реанимационными осложнениями. Представленный опыт имеет практическую ценность и может быть использован хирургами и акушерами-гинекологами в клинической практике при ведении пациенток с тяжёлыми акушерскими осложнениями, ДВС-синдромом и выраженным вздутием кишечника, особенно в ситуациях неясного источника внутрибрюшного кровотечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Васильев Ю. Л., Байрашевская А. В., Каштанов А. Д. Обзор современных материалов, применяемых для покрытия раневых поверхностей. *Оперативная хирургия и клиническая анатомия*. 2020;4(2):49–56. DOI: 10.17116/operhirurg2020402149
2. Гусева Е. В., Коноплянников А. Г., Ляхова Т. Н. Диагностика и лечение преэклампсии тяжелой степени. *Акушерство и гинекология*. 2020;(4):17–22. DOI: 10.18565/aig.2020.4.17-22
3. Шалина Р. И., Лебедева О. М., Новикова О. Н. Роль эндотелиальной дисфункции в патогенезе преэклампсии. *Российский вестник акушера-гинеколога*. 2021; 21(3): 34–39. DOI: 10.17116/rosakush20212103134
4. Adina Alberts, Dana Tudorache Adelina, Gabriela Niculescu Alexandru, Mihai Grumezescu. Advancements in wound dressing materials: Highlighting recent progress in hydrogels, foams, and antimicrobial dressings. *Gels*. 2025;11(2):123. (In Engl.) DOI: 10.3390/gels110201235.
5. Kirsten Rose Carlaw, Aizat Drahman, Angelina Di Re. Pseudo-obstruction after reversal of ileostomy. *Surgical Techniques Development*. 2025;55-14(1):7. (In Engl.) DOI: 10.3390/std14010007
6. Misganaw Fikrie Melesse, Getie Lake Aynalem Martha Berta Badi, Bewket Yeserah Aynalem. Maternal outcomes of severe preeclampsia and eclampsia and associated factors among women admitted at referral hospitals of Amhara Regional State, institutional-based cross-sectional study, North-West Ethiopia. *Frontiers in Global Women's Health*. 2025;6:Article 1555778. (In Engl.) DOI: 10.3389/fgwh.2025.1555778 Frontiers
7. Jingwen Yu, Mengge Ke, Guangming WangYu, Ke M., Wang G. Conservative management of giant retroperitoneal hematoma after cesarean section in severe preeclampsia: A rare case report. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2025;25:346. (In Engl.) DOI: 10.1186/s12884-025-07467-6

Поступила 20.01.2026