

КАЗУИСТИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТРАНСВАГИНАЛЬНОЙ ЭВИСЦЕРАЦИИ ПОСЛЕ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ В АНАМНЕЗЕ

М.Т. ХУСАНХОДЖАЕВА¹, Д.Т. КАЮМОВА², А.Г. ИВАНИСОВА¹, С.О. ТИЛЕМИСОВ¹,
С.Ш. ЮНУСОВ³, Н.Т. ТУЛКИНОВА¹, М.А. ХОМИДОВ¹

¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент, Узбекистан

²Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан

³Международный университет КИМЁ, Ташкент, Узбекистан

A CASE REPORT OF TRANSVAGINAL EVISCERATION AFTER VAGINAL EXTIRPATION OF THE UTERUS IN HISTORY

M.T. KHUSANKHODZHAEVA¹, D.T. KAYUMOVA², A.G. IVANISOVA¹, S.O. TILEMISOV¹,
S.SH. YUNUSOV³, N.T. TULKYNOVA¹, M. A. KHOMIDOV¹

¹Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Tashkent, Uzbekistan

²Tashkent State Medical University, Uzbekistan

³KIMYO International University in Tashkent, Uzbekistan

В статье представлен клинический случай 79-летней женщины, обратившейся в приёмное отделение Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с жалобами на боли в животе и кровянистые выделения из половых путей. При осмотре выявлено выпадение петли тонкой кишки через манжету влагалища. В анамнезе – выполнение 2 года назад влагалищной гистерэктомии и хирургической коррекции пролапса тазовых органов. В качестве экстренной помощи выполнены нижнесрединная лапаротомия, вправление выпавшей петли кишечника через дефект культи влагалища в брюшную полость и трансабдоминальное ушивание влагалищной манжеты. К моменту операции признаков нарушения функции кишечника выявлено не было. Мультидисциплинарный подход к экстренной гинекологической и хирургической диагностике и лечению имел ключевое значение для снижения риска развития тяжёлых осложнений и летального исхода в представленном казуистическом случае.

Ключевые слова: влагалищная экстирпация, пролапс тазовых органов, хирургическое лечение, несостоятельность влагалищной манжеты, трансвагинальная эвисцерация кишечника.

The article presents a clinical case of a 79-year-old woman who was admitted to the emergency department of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care with abdominal pain and bloody vaginal discharge. Examination revealed a prolapsed loop of the small intestine through the vaginal cuff. Her medical history showed that two years earlier she had undergone a vaginal hysterectomy and surgical correction of pelvic organ prolapse simultaneously. As an emergency measure, a lower midline laparotomy was performed, the prolapsed intestinal loop was reduced through the vaginal stump defect into the abdominal cavity, and the vaginal cuff was closed transabdominally. At the time of surgery, no signs of intestinal dysfunction were detected. Multidisciplinary emergency gynecological and surgical diagnosis and treatment were crucial for reducing complication this morbidity and mortality in this rare clinical case.

Keywords: vaginal extirpation, pelvic organ prolapse, surgical treatment, vaginal cuff dehiscence, transvaginal intestinal evisceration.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol19_iss1/a9

Введение

Трансвагинальная кишечная эвисцерация – редкая неотложная хирургическая ситуация с потенциально фатальными последствиями [1]. Термин «расхождение влагалищной манжеты» часто используется наряду с терминами «расхождение манжеты» и «разрыв манжеты», обозначающими несостоятельность шва влагалища, сформированного при тотальной гистерэктомии [2]. Расхождение влагалищной манжеты увеличивает риск выпадения органов малого таза во влагалище, что определяется как вагинальная эвисцерация [3]. S.A. Guttman и M. Afilalo (1990) выделили пять ключевых мероприятий, необходимых при оказании неотложной помощи при разрыве и эвисцерации: (1) стабилизация состояния пациента; (2) коррекция водно-электролитного баланса, особенно при шоке; (3) сохранение выпавшего кишечника во влажной стерильной среде; (4) назначение антибиотиков широкого спектра действия для подавления кишечной микрофлоры; (5) немедленное хирургическое вмешательство [4]. Лечение трансвагинальной кишечной эвисцерации следует начинать с тщательной оценки состояния выпавшего органа. Попытка вправления возможна при сохранённой жизнеспособности кишечника, отсутствии предшествующей лучевой терапии и признаков «острого живота». В таких случаях может быть целесообразно последующее трансвагинальное хирургическое вмешательство [5]. Однако данный подход ограничивает возможность полноценной ревизии кишечника. В связи с этим может быть оправдан комбинированный лапароскопический и вагинальный доступ, позволяющий провести адекватный осмотр органов брюшной полости и малого таза перед устранением дефекта влагалища [6]. Тем не менее, в большинстве случаев, как и в представленном наблюдении, внутрибрюшинное вправление выпавшей кишки может быть затруднено или невозможно (вследствие состояния кишечных петель или высокого расположения дефекта влагалища) [7]. Как правило, клиническая картина включает симптомы кишечной непроходимости, обусловленные выпадением кишечника через влагалище. Диагноз устанавливается на основании данных визуализирующих методов исследования или во время лапаротомии [5]. В редких случаях наблюдается массивное выпадение петель тонкой кишки через влагалище, что сопровождается высоким риском нарушения её жизнеспособности [1]. У нашей пациентки вне-

запно возникла выраженная боль в животе с последующим самопроизвольным выпадением тонкой кишки через влагалищную манжету, что потребовало экстренного хирургического вмешательства.

Среди доступных публикаций узбекских авторов отсутствуют работы, в которых представлены клинические случаи выпадения петель кишечника через влагалище. В большинстве исследований рассматриваются пролапс тазовых органов, ректоцеле и энтероцеле, а не истинная эвисцерация кишечника через влагалищную манжету.

Описание случая из практики

Пациентка Н.М., 79 лет, ИБ № 32052, обратилась 02.08.2025 г. самостоятельно, в сопровождении родственников, в приёмное отделение Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи с жалобами на общую слабость, кровянистые выделения из половых путей, а также выпадение образования из влагалища. Пациентка отмечает, что в течение последних 3 месяцев ощущала «выпадение» через влагалище при подъёме тяжестей или во время акта дефекации. За медицинской помощью по данному поводу ранее не обращалась. По её словам, в течение последних трёх дней наблюдалась задержка стула. Примерно за час до поступления, после натуживания, возникло выпячивание из половых путей, сопровождающееся кровотечением. В домашних условиях никаких мер не предпринимала, после чего обратилась в приёмное отделение.

Из анамнеза: 2 года назад по поводу полного выпадения матки выполнена влагалищная экстирпация матки с кольпофиксацией. Анамнез жизни без особенностей: росла и развивалась соответственно возрасту. Менопауза наступила более 20 лет назад. В анамнезе – 5 родов. В 2023 году выполнена экстирпация матки через влагалище без придатков. Из перенесённых операций: холецистэктомия 35 лет назад лапаротомным доступом. В послеоперационном периоде сформировалась грыжа передней брюшной стенки, по поводу чего выполнена герниопластика с использованием сетчатого эндопротеза. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет – более 10 лет; артериальная гипертензия – более 10 лет. Принимает: глимепирид 2 мг – по 2 таблетки в сутки; бисопролол 5 мг – 1 таблетка в сутки; дигидропиридин 10 мг – 1 таблетка в сутки; ацетилсалициловую кислоту 100 мг – 1 таблетка в сутки.



Рис. 1. Выпадение петли тонкой кишки через влагалище

Объективный осмотр. Общее состояние тяжёлое. Положение активное, телосложение правильное, гиперстенического типа. Сознание ясное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Опорно-двигательный аппарат без деформаций. Температура тела – 36,4 °С. В лёгких – везикулярное дыхание, проводится с обеих сторон одинаково. Частота дыхательных движений – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление – 130/80 мм рт. ст. Пульс – 97 ударов в минуту, ритмичный, среднего наполнения и напряжения. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот симметричный, участвует в акте дыхания равномерно. Послеоперационный рубец (верхняя, средняя и нижняя срединная лапаротомия) зажил первичным натяжением. Живот мягкий, болезненный в правой и левой боковых областях, а также в околопупочной области. Симптом Кохера – положительный. Симптомы Ровзинга и Ситковского – отрицательные. Симптом мышечного напряжения передней брюшной стенки – отрицательный. Симптом Щёткина–Блумберга во всех отделах живота – отрицательный. Перистальтика кишечника ослаблена. Болезненность в рёберно-позвоночных углах с обеих сторон не определяется. Стул отсутствует в течение 3 суток. Мочеиспускание свободное, безболезненное, учащённое (со слов пациентки).

Гинекологическое обследование. Наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В области промежности определяется состоятельный рубец после перинеорафии (заживление первичным натяжением). Влагалище узкое, слизистая оболочка истончена. В области влагалищной манжеты определяется дефект, через который вы-

падает петля тонкой кишки длиной 15–20 см. При осмотре выпавшая петля имеет выраженный отёк и эритему, однако явных признаков ишемии не выявлено. Осмотр в зеркалах невозможен, так как кишечник практически полностью заполняет влагалище (рис. 1).

В результате лабораторно-диагностических исследований выявлены: лейкоцитоз – $18,7 \times 10^9/\text{л}$, гипергликемия – 14,1 ммоль/л. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки и брюшной полости (исследование выполнено в положении лёжа, в условиях шокового зала): грудная клетка не деформирована, костно-травматические изменения не визуализируются. Мягкие ткани без дополнительных теней. Лёгочные поля расправлены, лёгочный рисунок усилен и деформирован. Корни лёгких уплотнены. Плевральные синусы свободны, купола диафрагмы ровные. Сердечно-сосудистая тень расположена срединно, расширена влево, талия сердца сглажена.

Заключение. Умеренные признаки венозного полнокровия, расширение тени левого желудка.

Кишечник: перистальтика определяется, вялая; петли кишечника не расширены, умеренно вздуты. Свободная жидкость в брюшной полости определяется между петлями кишечника до 0,5 см, в малом тазу и подпечёночном пространстве – до 0,4 см. Поскольку внутрибрюшинное репозиционирование выпавшей кишки было невозможно, а диагноз очевиден при осмотре, компьютерная томография не проводилась с целью экономии времени. На основании анамнеза, жалоб, данных осмотра и результатов исследований, выполненных в срочном порядке (cito!), установлен клинический диагноз: основ-

ной – трансвагинальная эвисцерация кишечника; сопутствующие – сахарный диабет 2 типа, эссенциальная (контролируемая) артериальная гипертензия, колит. Решение о проведении операции в максимально ранние сроки принято с учётом состояния выпавшей петли кишечника. Целью вмешательства являлось сохранение жизнеспособности кишечника и, по возможности, отказ от его резекции. Учитывая вышеизложенное, консилиум врачей принял решение о срочной подготовке к хирургическому лечению лапаротомным доступом. Для предоперационного обследования вызван анестезиолог, пациентка переведена в операционную.

Лечение. В операционной, после укладывания пациентки на спину и индукции общей анестезии, выполнен срединный разрез передней брюшной стенки по ходу предыдущего послеоперационного рубца длиной 21 см – выше и ниже пупка.

При лапаротомии обнаружено: петли кишечника раздуты до 5–6 см; между петлями определяется серозный выпот объёмом до 100 мл, который был аспирирован. В ходе дальнейшей ревизии органов брюшной полости и малого таза выявлен разрыв брюшины над влагалищной манжетой в Дугласовом пространстве. В области влагалищной манжеты определяется дефект диаметром около 5 см, через который кишечная петля пролабирует во влагалище (рис. 2).

Выпавшая петля тонкой кишки была ущемлена и располагалась на расстоянии 35 см от связки Трейтца. Она была осторожно выведена, после чего дефект серозной оболочки

ушит рассасывающимся швом. При осмотре визуализировались участки изменения окраски, подозрительные на возможную ишемию кишечника (рис. 3).

Для обеспечения жизнеспособности тонкой кишки выполнена новокаинизация брыжейки, после чего отмечено появление перистальтики. Тщательный осмотр брыжейки кишечника также не выявил признаков ишемии. С целью закрытия влагалищной манжеты произведено ушивание дефекта культи влагалища в два слоя. В первом слое слизистая оболочка

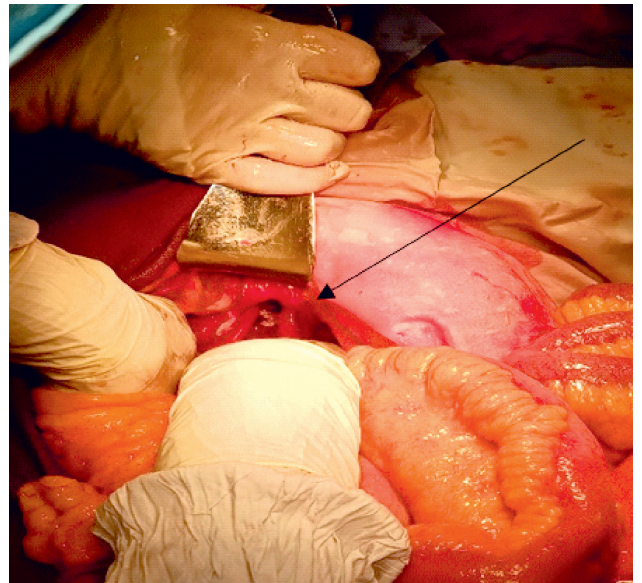


Рис. 2. Стрелкой указано отверстие влагалищной манжеты, через которое выпадает петля тонкой кишки

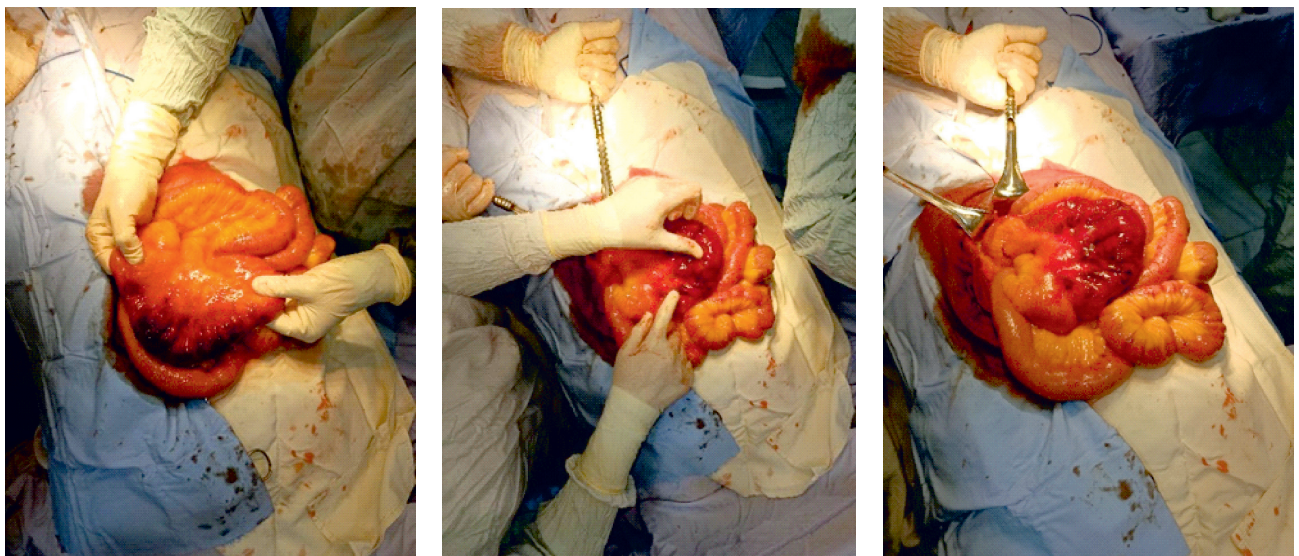


Рис. 3. Отёк и изменение окраски петли тонкой кишки после её выведения из ущемления

переднего и заднего отделов влагалища сближена и ушита непрерывным капроновым швом. Также ушит мышечный слой влагалища. В заключение влагалищная манжета реперитонизирована путём ушивания переднего и заднего листков париетальной брюшины, мобилизованных с боковых стенок таза. Установлен контрольный дренаж в полость малого таза с выведением через правую контрапертуру в подвздошной области. Послеоперационный период протекал без осложнений; пациентка выписана на 7-й день после операции в удовлетворительном состоянии. *Рекомендации при выписке:* эластическое бинтование нижних конечностей, низкомолекулярный гепарин, ацетилсалициловая кислота, настои печёночных трав, аллохол, контроль уровня сахара в крови и артериального давления, наблюдение у врача семейной поликлиники.

Обсуждение

М. Нугнаух впервые описал трансвагинальный пролапс органов брюшной полости в 1864 году [8]. Позже, в 1907 году, А. N. McGregor сообщил о выпячивании тонкой кишки через разрыв стенки влагалища [9]. В период с 1981 по 2022 год было зарегистрировано ещё 116 случаев (1981–1990 годы – 2 случая; 1991–2000 годы – 11 случаев; 2001–2010 годы – 23 случая; 2011–2022 годы – 80 случаев) [10]. Несмотря на активное развитие данной области и увеличение числа публикаций клинических наблюдений, нам не удалось найти надёжных данных, обобщающих общее количество случаев к 2025 году.

Около 70% пациенток, столкнувшихся с данной патологией, находились в постменопаузе. Рост заболеваемости может быть обусловлен атрофией стенок влагалища, сопровождающейся триадой факторов: гипоэстрогенией, хронической девакуляризацией тканей и слабостью тазового дна. У большинства пациенток с трансвагинальной эвисцерацией в анамнезе отмечались гинекологические операции или сопутствующий пролапс тазовых органов [7].

Атрофические процессы в постменопаузе и слабость тазового дна могут приводить к формированию дефекта культи влагалища спустя несколько лет после гистерэктомии, однако этот риск снижается в связи с уменьшением частоты половых контактов в пожилом возрасте [11, 12]. В большинстве описанных случаев эвисцерация провоцируется недавней травмой или хирургическим вмешательством, кашлем, запором либо любыми другими факторами, внезапно повышающими внутрибрюшное давление на фоне слабости тазового дна [6, 7]. В представленном нами

случае провоцирующими факторами явились длительный запор и натуживание пациентки. По данным литературы, к другим факторам риска несостоятельности культи влагалища относятся сахарный диабет, лучевая терапия, приём глюкокортикоидов, курение, хронические запоры и влагалищные инфекции [3, 13]. Наша пациентка находилась в постменопаузе, страдала сахарным диабетом более 10 лет и хроническими запорами, что могло способствовать ослаблению стенок влагалища. Осложнения, связанные с трансвагинальной эвисцерацией тонкой кишки, включают ишемию и гангрену кишечника, абдоминальный сепсис и тромбоз глубоких вен [12, 14]. В связи с этим ранняя диагностика и хирургическое лечение имеют решающее значение. Ввиду редкости данного состояния единое мнение об оптимальной хирургической тактике отсутствует [15].

Заключение

Трансвагинальная эвисцерация кишечника – крайне редкое неотложное состояние. Ранняя диагностика и хирургическое вмешательство имеют решающее значение для предотвращения ишемии кишечника и абдоминального сепсиса. При ишемии и нежизнеспособности эвисцерированного кишечника требуется его резекция и наложение анастомоза. Подход должен быть индивидуальным и осуществляться многопрофильной командой.

Литература

1. Arabadzhieva E., Bulanov D., Shavalov Z., Yonkov A., Bonev S. Spontaneous transvaginal intestinal evisceration in case of long-standing uterine prolapse. BMC Surg. 2022; 22(1):157. doi: 10.1186/s12893-022-01615-x.
2. Mastrolia S.A., Di Naro E., Schonauer L.M., Loverro M.T., Indellicati B., Barnaba M., et al. Vaginal treatment of vaginal cuff dehiscence with visceral loop prolapse: a new challenge in reparative vaginal surgery? Case Rep Obstet Gynecol. 2014; 2014:257398. doi: 10.1155/2014/257398.
3. Dabiri S.R., Mehri A., Mollanorouzi F., Alavi D., Abdollahi A., Rajabi Mashhadi MT. Small bowel evisceration after abdominal hysterectomy with open vaginal cuff technique: A case report. Clin Case Rep. 2024; 12(6): e8910. doi: 10.1002/ccr3.8910.
4. Guttman S.A., Afilalo M. Vaginal evisceration. Am J Emerg Med. 1990; 8(2): 127–128. doi: 10.1016/0735-6757(90) 90199-A.
5. Bendjaballah A., Taieb M., Haidar A., Khiali R., Ammari S., et al. Evisceration of small intestine through the vagina: a rare surgical cause of acute intestinal obstruction. J Univer Surg. 2020; 8(3):1.
6. Chan A.K.Y., Oluwajobi O., Ehsan A., Tahmasebi F., Chan A. Transvaginal evisceration of the small

- bowel more than 15 years after abdominal hysterectomy and vaginal surgery. *Cureus*. 2021; 13(3):e13778.
7. McMaster B.C., Molins C. Small bowel evisceration after spontaneous vaginal cuff rupture. *Cureus*. 2019; 11(8): e5535.
 8. Hyernaux M. Rupture tramatique du vagin; issue des intestines a l'extieur; application du grand forceps au detroit superieur; gurison. *Bull Mem Acad Med Belg*. 1864; 2:957.
 9. McGregor A.N. Rupture of the vaginal wall with protrusion of small intestine in woman of 63 years of age. *Br J Gynecol*. 2005; 11:252-258.
 10. Jaime Moens B., Buonomo A., De Sutter P. Vaginal cuff dehiscence: two case reports and a review of the literature. *J Clin Med*. 2023; 12(13):4187. doi:10.3390/jcm12134187.
 11. Agha R.A., Borrelli M.R., Farwana R., Koshy K., Fowler A., Orgill D.P., et al. The SCARE 2018 statement: updating consensus Surgical CAse REport (SCARE) guidelines. *Int J Surg*. 2018; 60:132-136.
 12. Amakpa E., Hernandez-Gonzalez G., Camejo-Rodriguez E. Small bowel evisceration in a perforated uterine prolapse. *Ghana Med J*. 2021; 55(2):156-159.
 13. Tsakona S., Iavazzo C., Fotiou A., Kokkali K., Vorgias G. Vaginal evisceration after abdominal hysterectomy: a case report. *Cureus*. 2022; 14(11):e31191. doi:10.7759/cureus.31191.
 14. Rogers P., Lee H., Jape K., Ng Z.Q., Koong D. Vaginal evisceration of small bowel. *J Surg Case Rep*. 2019; 2019(11):1-3.
 15. Hassan W., Narasimhan V., Arachchi A., Manolitsas T., Teoh W. Small bowel evisceration from vagina. *J Surg Case Rep*. 2021; 2021(8): rjab 343.

ANAMNEZDA BACHADON VAGINAL EKSTIRPATSİYADAN KEYIN TRANSVAGINAL EVISSERATSIYA HOLATI

M.T. XUSANHODJAYEVA¹, D.T. KAYUMOVA², A.G. IVANISOVA¹, S.O. TILEMISOV¹,
S.SH. YUNUSOV³, N.T. TULKINOVA¹, M. A. XOMIDOV¹

¹Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi, Toshkent, O'zbekiston

²Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Toshkent, O'zbekiston

³Kimyo xalqaro universiteti, Toshkent, O'zbekiston

Maqolada 79 yoshli ayolning holati ko'rib chiqiladi, u Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazining qabul bo'limiga qorin og'rig'i va jinsiy yo'ldan qon aralash ajralmalar bilan murojaat qilgan. Ko'rik davomida ingichka ichak qovuzlog'i qin manjetasi orqali tushib qisilib qolishi aniqlangan. Anamnezida 2 yil avval qin orqali bachadon olib tashlash (vaginal gistorektomiya) va tos a'zolari prolapsini bartaraf qilish amaliyoti jarrohlik yo'li bilan bir vaqtda bajarilgan. Bemorga yuqoridagi shikoyatlar bilan murojaat qilganida shoshilinch yordam sifatida past o'rta chiziqli laparotomiya bajarilgan, ichakning qisilgan qovuzloq halqasi qin cho'ltog'i nuqsoni orqali qorin bo'shlig'iga qaytarilgan, qin manjetasi transabdominal usulda tikilgan. Operatsiya vaqtida ichak faoliyatining buzilish belgilari aniqlanmagan. Shoshilinch ginekologik va jarrohlik ko'p yo'nalishli diagnostika hamda davolash ushbu kam uchraydigan klinik holatda kasallikning asoratini murakkablashish va o'lim xavfini kamaytirishda muhim ahamiyatga ega bo'lgan.

Kalit so'zlar: vaginal ekstirpatsiya, tos a'zolari prolapsi, jarrohlik davolash, qin manjetasi yetishmovchiligi, transvaginal ichak evisseratsiyasi.

Сведения об авторах:

Хусанходжаева Малика Турсунходжаевна – доктор медицинских наук, старший научный сотрудник, заведующая отделением экстренной гинекологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Каюмова Дилрабо Талмасовна – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии Ташкентского государственного медицинского университета.

Information about authors:

Khusankhodzhaeva Malika Tursunkhodzhaevna – DSc, Senior Researcher, Head of the Department of Emergency Gynecology, Republican Research Center of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan.

Kayumova Dilrabo Talmasovna – DSc, Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan.

Иванисова Алёна Григорьевна – врач-гинеколог приемно-диагностического отделения Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, специалист отдела по подготовке кадров и непрерывному образованию Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра Здоровья матери и ребенка.

Тилемисов Султан Онгарбоевич – кандидат медицинских наук, врач-хирург приемно-диагностического отделения Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Юнусов Сейдамет Шевкет-ог'лу – PhD, доцент кафедры хирургических болезней Международного университета КИМЭ в Ташкенте.

E-mail: dr.syu1990@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6084-8730

Тулкинова Нигора Тулкиновна – акушер-гинеколог отделения экстренной гинекологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, акушер-гинеколог родильного отделения 4-й городской клинической больницы имени И. Иргашева.

Хомидов Мухаммадхон Абдугофурхон угли – врач-хирург отделения экстренной хирургии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Поступила в редакцию: 05.12.2025

Ivanisova Alyona Grigoryevna – Gynecologist, Admission and Diagnostic Department, Republican Research Center of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan; Specialist, Department of Training and Continuing Education, Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center for Maternal and Child Health, Tashkent, Uzbekistan.

Tilemisov Sultan Ongarboevich – PhD, Surgeon, Admission and Diagnostic Department, Republican Research Center of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan.

Yunusov Seydamet Shevket o'g'li – PhD, Associate Professor, Department of Surgical Diseases, KIMYO International University in Tashkent, Tashkent, Uzbekistan.

E-mail: dr.syu1990@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6084-8730

Tulkinova Nigora Tulkinovna – Obstetrician-Gynecologist, Department of Emergency Gynecology, Republican Research Center of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan; Obstetrician-Gynecologist, Maternity Department, I. Irgashev 4th City Clinical Hospital, Tashkent, Uzbekistan.

Khomidov Mukhammadkhon Abdugofurkhon o'g'li – Surgeon, Department of Emergency Surgery, Republican Research Center of Emergency Medicine, Tashkent, Uzbekistan.

Received: 05.12.2025