



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

9 (59) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
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)
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)

9 (59)

2023

сентябрь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.08.2023, Accepted: 05.09.2023, Published: 15.09.2023.

УДК 616.34-007.43-031:611.26-06:616

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧНО-КАМНЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И ГААСТЕРОПИЩЕВОДНЫМ РЕФЛЮКСОМ

Уроков Ш.Т. <https://orcid.org/0000-0003-3549-0954>

Холиков Ф.Й. Email: Faridxoliqov89@mail.ru.

Кенжаев Л.Р. <https://orcid.org/0000-0003-2781-9617>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г.

Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи

Узбекистан, Бухарская область, 200100, Бухара, ул. Бахоуддина Накшбанди 159, тел:

+998652252020 E-mail: bemergency@rambler.ru

✓ Резюме

В исследовании представлены результаты обследования и хирургического лечения 84 больных желчнокаменной болезнью в сочетании с грыжей диафрагмального отверстия пищевода. Из них 49 пациентов вошли в основную группу, а 35 - в группу сравнения. Эти пациенты были госпитализированы и прооперированы в клинике в период с 2017 по 2022 год. На основании комплексного сравнительного анализа как ранних, так и отдаленных хирургических результатов отмечено повышение эффективности хирургического лечения у больных желчнокаменной болезнью, у которых также наблюдались желудочно-пищеводные поражения, рефлюксная болезнь и грыжа пищеводно-диафрагмального отверстия. Выбор тактики лечения определялся расчетным методом по оригинальной формуле. Проведенные в данном исследовании исследования способствовали оптимизации тактики хирургического лечения больных с этой сочетанной патологией.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, диафрагмальная грыжа, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, сочетанная патология.

CHOICE OF SURGICAL TACTICS FOR DIAPHRAGMAL HERNIA CORRECTION IN PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS IN COMBINATION WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX

Urokov Sh.T. <https://orcid.org/0000-0003-3549-0954>

Kholikov F.Y. Email: Faridxoliqov89@mail.ru.

Kenjayev L.R. <https://orcid.org/0000-0003-2781-9617>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1 Tel:

+998(65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care Uzbekistan, Bukhara region, 200100, Bukhara, st. Bakhoudin Nakshbandi 159, tel: +998652252020 E-mail:

bemergency@rambler.ru

✓ Resume

The study presents the results of examination and surgical treatment of 84 patients with gallstone disease in combination with a hiatal hernia of the esophagus. Of these, 49 patients were included in the main group, and 35 were included in the comparison group. These patients were hospitalized and operated on at the clinic between 2017 and 2022. Based on a comprehensive comparative analysis of both early and long-term surgical results, an increase in the effectiveness of surgical treatment was noted in patients with cholelithiasis who also had gastroesophageal lesions, reflux disease and hiatal hernia. The choice of treatment tactics was determined by the calculation method using the original formula. The studies conducted in this study contributed to the optimization of surgical treatment tactics for patients with this combined pathology.

Key words: cholelithiasis, hiatal hernia, gastroesophageal reflux disease, combined pathology.

O'T TOSH KASALLIGI, XOLEDOXOLITIAZ BEMORLARDA DIAFRAGMA CHURRASINI, GASTROEZOFAGAL REFLUKSI BILAN BIRGA KELGANDA DOVOLASH UCHUN XIRURGIK DAVO TAKTIKASINI TALANLASH

O'roqov Sh.T. <https://orcid.org/0000-0003-3549-0954>

Xoliqov F.Y. Email: Faridxoliqov89@mail.ru.

Кенжаев Л.П. <https://orcid.org/0000-0003-2781-9617>

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro, st. A. Navoiy. 1

Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

O'zbekiston Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Buxoro filiali, Buxoro viloyati, 200100, Buxoro, ko'ch. Bahouddin Naqshbandiy 159, tel: +998652252020 E-mail:

bemergency@rambler.ru

✓ Rezyume

Tadqiqotda qizilo'ngachning diafragmal churrasi bilan birgalikda o't pufagida tosh kasalligi bilan og'rigan 84 bemorni tekshirish va jarrohlik davolash natijalari taqdim etilgan. Ulardan 49 nafari asosiy guruhga, 35 nafari esa taqqoslash guruhiga kiritilgan. Ushbu bemorlar 2017-2022 yillar davomida shifoxonaga yotqizilgan va klinikada operatsiya qilingan. Erta va uzoq muddatli jarrohlik natijalarini har tomonlama qiyosiy tahlil qilish asosida xoledoxolitiazli bemorlarda gastroezofagial reflyukslari bo'lgan bemorlarda jarrohlik davolash samaradorligini oshirish qayd etildi. Reflyuks kasalligi va diafragmal churra. Davolash taktikasini tanlash dastlabki formuladan foydalangan holda hisoblash usuli bilan aniqlandi. Ushbu tadqiqotda olib borilgan tadqiqotlar ushbu kombinatsiyalangan patologiyasi bo'lgan bemorlarni jarrohlik davolash taktikasini optimallashtirishga yordam berdi.

Kalit so'zlar: xoledoxolitiaz, diafragmal churra, gastroezofagial reflyuks kasalligi, kombinatsiyalangan patologiya.

Актуальность

Многочисленными исследователями установлена достоверная связь между калькулезным холециститом (КХ) и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГГ). В частности, Р.Б. Авакян и А.Л. Гуца полагают, что существует естественная конвергенция гастроэзофагеального рефлюкса, вызванного ГГ, с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Это утверждение подтверждается различными клиническими синдромами, зафиксированными в анналах хирургической истории [1,6,7,8]. Одним из таких синдромов является триада Сэйнта, включающая сочетание ГГ, желчнокаменной болезни и дивертикула толстой кишки, выявляемая в 3,2-5% случаев. Триада Кастаинга манифестирует в 7,2% случаев сочетанием обструктивной болезни желчевыводящих путей (ОБЖ), острого холецистита и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Другой синдром, названный синдромом Лортата - Джейкоба, объединяет ГГ, острый калькулезный холецистит и дивертикул пищевода. При этом у 4,5-60% больных возникает отчетливое сочетание острого холецистита и ГГ. [18,12,11,13].

Исследования, проведенные в Западной Европе и США, показывают, что 30-40% населения получили диагноз гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Среди этих людей до 25% нуждаются в постоянной медикаментозной терапии, а 15% требуют исключительно хирургического лечения. [5,11, 12,14].

Результаты исследований Р. Блонде, Р. Фарландера, Харрингтона и Дж. Шлегеля бесспорно устанавливают связь между рефлюкс-эзофагитом и острым калькулезным холециститом (ОКК). Эти авторы полагают, что желчнокаменная болезнь (ЖКБ) не только сосуществует с гастроэзофагеальным рефлюксом, но и выступает его причинным фактором (Кубышкин В.А., Корняк Б.С., 2004) [11,12,15,16].

Многочисленные авторы подчеркивают, что до 11% больных желчнокаменной болезнью при повторном обследовании после холецистэктомии (ХЭ) обнаруживают клинические симптомы гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Эти симптомы часто оказываются резистентными к консервативной терапии и требуют хирургического вмешательства [3, 5, 8].

С внедрением лапароскопических методик стало возможным выполнение одномоментных оперативных вмешательств при сочетании желчнокаменной болезни (ЖКБ) с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГГ). Лапароскопические хирургические вмешательства при указанной патологии малоинвазивны, обеспечивая отличный результат у 88,5-94% пациентов при сроках наблюдения, превышающих 10 лет [9, 10]. Однако, несмотря на постоянное развитие современных методов диагностики и одномоментную хирургическую коррекцию этой сочетанной патологии, в настоящее время не существует единого подхода к лечению и оптимальной методики коррекции ГГ и ГЭРБ при ЖКБ.

Цель работы: Улучшение результатов хирургического лечения больных острым холециститом, осложненным грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Материал и методы

В основу исследования положен клинический анализ результатов обследования и лечения 84 больных, страдающих гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГГ) в сочетании с острым калькулезным холециститом (ОКХ). Основную группу составили 49 пациентов, которым одновременно были проведены операции по поводу ГГ и ГЭРБ в сочетании с АКХ с использованием ультразвуковых диссектора. Оригинальное исследование проведено в клинике отделения хирургических болезней и реанимации Бухарского филиала Республиканского научного центра скорой медицинской помощи.

Группу контроля составили 35 пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы (ГГ), ранее перенесших холецистэктомию по поводу острого калькулезного холецистита (АКХ). Всем пациентам контрольной группы выполнена лапароскопическая пластика хиатальной грыжи (ЛГГР) и фундопликация по Тупе (ТФ).

В послеоперационном периоде у этих больных отмечались жалобы на различные диспептические явления: изжогу, тошноту, рвоту, горечь во рту, икоту, боли в эпигастрии после еды, вздутие живота. У этой группы больных вышеуказанными инструментальными методами диагностики выявлены грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГГ), рефлюкс-эзофагит различной степени тяжести и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). У этих пациентов вышеупомянутые жалобы были рассмотрены на основании ретроспективного анамнеза и текущего состояния.

Распределение пациентов по возрасту и полу

Возраст (лет)	Люди		Женщины	
	Группа I	Группа II	Группа I	Группа II
18 - 44	1	1	2	3
45 - 59	10	12	15	12
60 - 74	7	5	9	7
75 - 90	-	-	-	-
Всего	18 (21,4%)	18 (21,4%)	26 (31%)	22 (26,2%)

Критериями включения пациентов в основную группу явились: клинические признаки хиатальной грыжи (ГГ), гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) и эзофагита, выявленные при эндоскопическом и рентгенологическом исследованиях у больных острым холециститом.

Среди пациентов I группы 26 (31%) женщин и 18 (21,4%) мужчин. Средний возраст пациентов составлял от 45 до 59 лет (27 пациентов).

Среди пациентов II группы было 22 женщины (26,2%) и 18 мужчин (21,4%). Средний возраст пациентов составлял от 45 до 59 лет (24 пациента).

Холецистэктомии, выполненные пациентам I группы (ХЭ), представляли собой лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ) у 25 пациентов (71,4%) и традиционные холецистэктомии (ТХЭ) у 10 пациентов (28,6%). Временной интервал выполнения операций колебался от 3 месяцев до 5 лет.

Несмотря на проведение инструментального обследования, хиатальных грыж (ГГ) у этих больных не выявлено. Всем этим пациентам после операции в связи с наличием диспепсических явлений была предложена антисекреторная терапия. Консервативная терапия рефлюкс-эзофагита оказалась эффективной у всех пациентов, однако после прекращения терапии симптомы возобновлялись.

Вторую группу составили 49 пациентов, направленных по поводу ОКК и имеющих сопутствующую патологию ГГ и ГЭРБ. Из них 42 (85%) перенесли лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) и 7 (15%) традиционную холецистэктомию (ТХЭ).

Лечение основной группы больных:

1. Оно включало одновременное выполнение холецистэктомии и антирефлюксных операций как лапароскопическим, так и традиционным (лапаротомическим) методами.
2. Лечение симптомов в раннем послеоперационном периоде консервативными методами по клиническим показаниям.

Лечение контрольной группы пациентов:

1. Лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в постхолецистэктомическом периоде консервативными методами.
2. Включены как лапароскопические, так и традиционные (лапаротомия) антирефлюксные хирургические вмешательства.
3. Лечение симптомов в раннем послеоперационном периоде консервативными методами по клиническим показаниям.

Симультанные операции проводятся только в случаях ограниченных воспалительных процессов желчного пузыря. Симультанные операции не проводят, если остро развился воспалительный процесс в желчном пузыре и его окрестностях (гангрена желчного пузыря, абсцесс желчного пузыря, локализованный и распространенный гнойный перитонит, перфорация желчного пузыря).

Развитие послеоперационных осложнений у этих больных наблюдалось у 6 (46,5%) больных в послеоперационном периоде.

Среди них раневая инфекция отмечена у 2 (15,4%) больных, гастропарез - у 1 (7,7%) больного, ранняя дисфагия - у 1 (7,7%) больного. В одном случае возникла локализованная боль в эпигастральной области, что было расценено как эпизод послеоперационного панкреатита.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре этой группы больных составила $8,2 \pm 1,3$ дня.

Как упоминалось ранее, первую группу составили 35 пациентов, перенесших в анамнезе холецистэктомию по поводу НК. Среди них у 24 (68,5%) в анамнезе была ЛХЭ, а у 11 (31,5%) в анамнезе была традиционная холецистэктомия (ТХЭ).

Действительно, в 1 (4,5%) типичном осложнении антирефлюксных операций дисфагия развилась вследствие гиперфункции сфинктера.

Общая продолжительность госпитализации данной группы больных составила $5,3 \pm 1,2$ дня.

Во II основную группу вошли 49 больных с ОКХ и ГГ, ГЭРБ и рефлюкс-эзофагитом. Симультанные операции традиционно были выполнены лишь в 9 (15%) случаях. 2 из 9 (4%) больных были переведены на традиционный метод лапаротомии.

Послеоперационное воспаление раны (инфекция) развилось у 2 (22,2%) больных после традиционного хирургического вмешательства. Следует отметить, что послеоперационное воспаление раны (инфекция) возникло у больных как I, так и II группы, оперированных традиционным способом. В этой подгруппе у 1 (11,1%) больного развился послеоперационный панкреатит, у этого же больного развился послеоперационный гастропарез.

Лапароскопическая одномоментная холецистэктомия (ЛХЭ) и фундопликация по Ниссену в модификации Черноусова выполнены лапароскопически 42 (85%) пациентам.

В двух случаях (4,7%) потребовался переход от лапароскопического метода. Оба случая были связаны с техническими трудностями в идентификации структур треугольника Кало. Развитие этого поля МК ускорило процесс воспаления. Дополнительно выполнялся этап фундопликации через лапаротомную рану вследствие конверсии.

У одного пациента ранняя послеоперационная дисфагия и гиперфункция сфинктера наблюдались в 2,3% случаев, оба из которых потребовали удовлетворительной эндоскопической дилатации и были выполнены до конусного уровня.

Всего осложнения в этой группе возникли в 3 (7,1%) неопасных для жизни случаях и разрешились.

Общая продолжительность госпитализации данной группы больных составила $6,1 \pm 1,5$ дня.

Таким образом, можно с уверенностью утверждать, что у больных ОКХ, ГГ и рефлюкс-эзофагитом одновременное выполнение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и фундопликации влияет на продолжительность операции; однако количество осложнений значительно ниже, чем в контрольной группе больных. Кроме того, симптоматика ГЭРБ и рефлюкс-эзофагита также показала положительные результаты как в раннем, так и в позднем послеоперационном периоде.

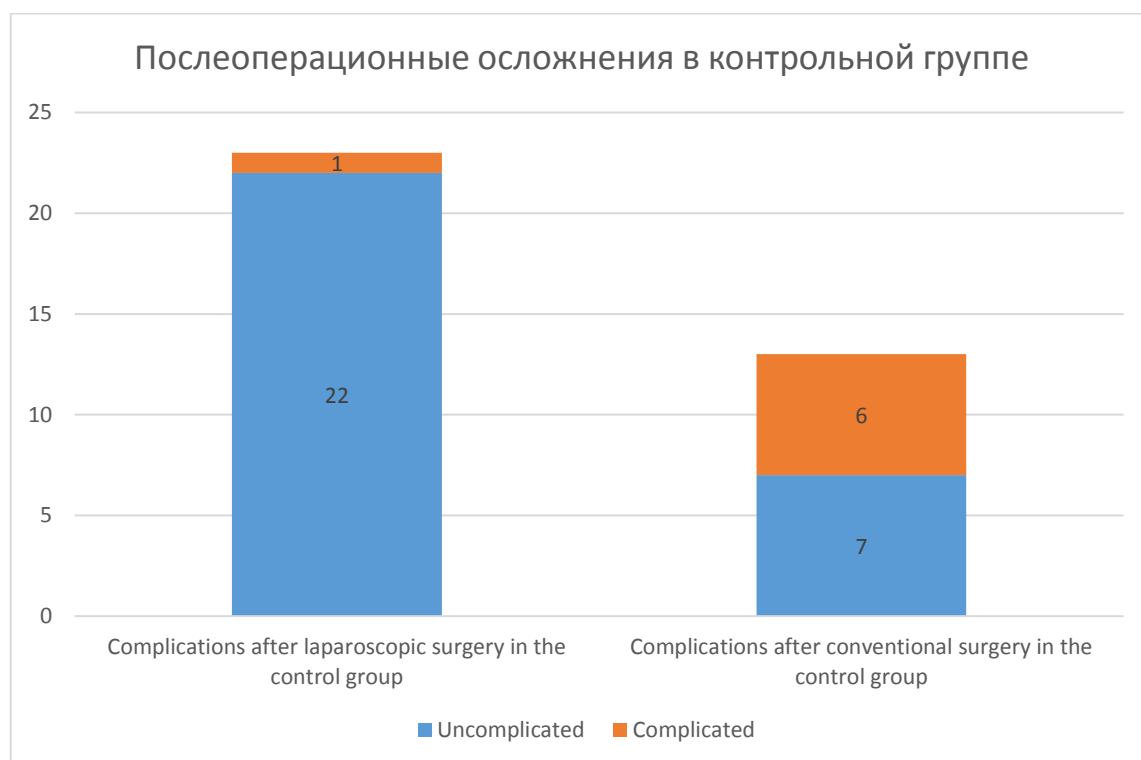
Учитывая тот факт, что больным контрольной группы ранее была выполнена холецистэктомия, им также была выполнена операция фундопликации. Фундопликацию выполняли лапароскопически в 22 (63%) случаях и традиционно в 13 (37%) случаях.

В контрольной группе осложнения отмечались после операций, выполненных традиционным (лапаротомным) методом. Среди них раневое воспаление (инфекция) - в 2 (15,4%) случаях, гастропарез - в 1 (7,7%), ранняя дисфагия - в 1 (7,7%), послеоперационный панкреатит - в 1 (7,7%), дренирование дренажной трубки - в 1 (7,7%). Всего у 13 пациентов развилось 6 (46,5%) осложнений, не угрожающих жизни.

Все вышеперечисленные осложнения раннего послеоперационного периода носили временный характер, требовали дополнительного эндопротезирования суставов, эндоскопической дилатации и не влияли на отдаленное функциональное состояние пациента.

В контрольной группе лапароскопические операции характеризовались снижением количества осложнений после фундопликации у 22 (63%) пациентов. Лишь в 1 (3,8%) случае возникла ранняя дисфункция за счет гиперфункции сфинктера. Эта ситуация была значительно ниже по сравнению с традиционными операциями в контрольной группе, где после них развивались осложнения.

Сравнивая результаты традиционной фундопликации в контрольной группе с результатами одновременной ЛХЭ и фундопликации по Ниссену в основной группе пациентов, мы можем наблюдать результаты. Наблюдаемые осложнения расценивались как неопасные для жизни. В контрольной группе, независимо от вида выполненной фундопликации, неопасные для жизни осложнения возникли только у одного пациента - 6 (46,5%) случаев. В основной группе количество осложнений вследствие симультанных операций, выполненных традиционным методом, составило 4 (44,4%). Среди них раневая инфекция - в 2 (22,2%) случаях, гастропарез - в 1 (11,1%) и панкреатит - в 1 (11,1%).



Можно сделать вывод, что в контрольной группе при традиционном методе фундопликации и в основной группе при одномоментном традиционном методе (холецистэктомия и фундопликация) процент осложнений был очень близким - 6(46,5%) по сравнению с 4(44,4%). В первую очередь это были состояния, связанные с воспалением лапаротомной раны. Менструальные дни у пациенток контрольной группы после традиционных симультанных операций составили $8,2 \pm 1,3$ дня, а в основной группе - $8,3 \pm 1,4$ дня. Продолжительность операции составила 85 минут в контрольной группе и 135 минут в основной группе.

В контрольной группе лапароскопически выполняли только операцию фундопликации, тогда как в основной группе выполняли одновременную лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) и фундопликацию. При анализе результатов хирургического лечения у этих больных выявлено следующее. В контрольной группе симптомы ранней дисфагии наблюдались только у 1 (4,5%) пациента при лапароскопической операции. В основной группе симптомы ранней дисфагии наблюдались у 1 (2,3%) пациента, а у 2 (4,7%) пациентов конверсия произошла вследствие технических трудностей.

Можно сделать вывод, что в контрольной группе выполнялась одна лапароскопическая процедура - фундопликация, тогда как в основной группе выполнялась одновременно лапароскопическая операция (холецистэктомия и фундопликация). Процент осложнений в контрольной группе (1, 4,5%) был очень близок к основной группе (3, 7,1%). Та же тенденция наблюдалась и в другом сценарии, поскольку результаты пациентов, прошедших конверсию, позже сравнивались с традиционной группой пациентов. В первую очередь это были состояния, связанные с воспалением лапаротомной раны. Продолжительность лапароскопической операции в контрольной группе составила $5,3 \pm 1,2$ дня, в основной группе - $6,1 \pm 1,5$ дня.

Таким образом, по нашим данным, симультанные малоинвазивные вмешательства у больных ОХ и ГПОД на фоне рефлюкс-эзофагита по сравнению с традиционными методами имеют лишь большую продолжительность операции, но возникновение интраоперационных и послеоперационных осложнений показали благоприятные результаты. Независимо от того, был ли выполнен один вид операции у больных I группы или два вида операций у больных II группы, разницы в количестве послеоперационных осложнений не было.

Выводы:

1. У больных острым калькулезным холециститом (ОКХ) наблюдается длительный симптомокомплекс, состоящий из общих диспептических явлений, характерных для хронического калькулезного холецистита, и двигательной дисфункции желчного пузыря (ДЖП). В предоперационном периоде при подозрении на ГМД и гастроэзофагеальную рефлюксную болезнь (ГЭРБ) необходимо провести дополнительные инструментальные исследования.

2. Последовательность операций следует соблюдать у больных с двигательной дисфункцией желчного пузыря (ДЖП) и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) на фоне острого калькулезного холецистита (ОКХ). В первую очередь выполняют холецистэктомию, а затем второй этап операции фундопликации с заменой инструментов на ультразвуковые аппараты.

3. У больных ОКХ и ГГ симультанные операции проводят только при наличии ограниченных воспалительных процессов в желчном пузыре. Симультанные операции не производят, если в желчном пузыре и окружающей его области развился острый воспалительный процесс (например, гангрена желчного пузыря, абсцесс вокруг желчного пузыря, местный и обширный гнойный перитонит, перфорация желчного пузыря).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авакян Р.Б., Хиатальная грыжа и хронический холецистит. (Клиника, диагностика и хирург, лечение). Дис. канд. медицинский науки. – 1984.
2. Балалыкин А.С., Крапивин Б.Н., Давыдов А.А. и другие. Одномоментная лапароскопическая ваготомия и холецистэктомия // Хирургия, 2007;4:68.

3. Березницкий Я.С., Астахов Г.В., Курыляк С.Н. Возможности хирургического лечения диафрагмальных грыж с использованием малоинвазивных технологий. // Вестник неотложной и восстановительной медицины. 2013;14(4):520-521.
4. Березницкий Я.С., Рубан В.М., Спивак В.П. Симультантные операции в плановой абдоминальной хирургии // Клиническая хирургия, Киев. 2003;5:19-22.
5. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л., Тамазян Г.С. Рефлюкс-эзофагит., 1998.
6. Курчилло П.Г., Кинг Т.С., Фишер Т. и Франклин М. (2008). Влияние хиатальной грыжи на давление в желудочно-пищеводном соединении. Хирургическая эндоскопия, 2008;22(10):2224-2229.
7. Гуца А.Л., Баулин С.С., Подъяблонская И.А. Рефлюкс-эзофагит при холецистите // Вестник хирургии. - СПб, 2003;3:21-25.
8. Хантер, Дж. Г. (2009). Лапароскопическая фундопликация: Ниссен и Тупе . Оперативный Техники в общей хирургии , 11 (1), 14-25.
9. Йоханссон Дж. и Джонссон Э. (2014). Хирургия желчнокаменной непроходимости: систематический обзор. //BMC Surgery, 2014;14(1):1-6.
10. Кахрилас П.Дж., и Пандольфино Дж.Э. (2008). Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. // Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь Спрингер. 2008;79-91.
11. Корняк Б.С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Диагностика и хирургическое лечение: Дис. ... Доктор медицинских наук. М. 2001 г.
12. Кубышкин В.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: Диагностика, консервативное и хирургическое лечение / Кубышкин В.А., Корняк Б.С. - М., 1999;189.
13. Ленглингер Дж., Риглер Ф.М. и Стаубер Р.Э. (2015). Параэзофагеальные грыжи: редкое показание к хирургическому вмешательству у пациентов с циррозом печени и рефрактерным асцитом. // Всемирный журнал Гастроэнтерология, 2015;21(44):12697-12702.
14. Миттал С.К., и Басер МГ (2017). Лапароскопическое лечение параэзофагеальных грыж: систематический обзор и метаанализ рандомизированных контролируемых исследований. //Всемирный журнал Хирургия 2017;41(3):798-805.
15. Шауэр П.Р., и Икрамуддин С. (2003). Лапароскопическая хирургия морбидного ожирения. //Хирургический Клиники, 2003;83(5):1145-1179.
16. Смит Дж.А., и Джонсон Б.Р. (2018). Хирургическое лечение хиатальных грыж у больных желчнокаменной болезнью и гастроэзофагеальным рефлюксом. //Журнал Желудочно-кишечный Хирургия 2018;20(3):456-465.
17. Стефанидис Д. и Хоуп WW (2008). Изменения в лечении хиатальных грыж в эпоху малоинвазивной хирургии. //Американский журнал Хирургия 2008;195(5):712-716.
18. Ветшев П.С., Чилингарики К.Э., Ипполитов Л.И. Холецистэктомия из мини-доступа с элементами открытой лапароскопической техники в хирургическом лечении желчнокаменной болезни // Хирургия - М., 1997;9:45-49.

Поступила 20.08.2023