



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 (76) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**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. АБДУМАЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
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
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. ИЛЬЯСОВ
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. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
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 (76)

2025

февраль

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.01.2025, Accepted: 03.02.2025, Published: 10.02.2025

УДК 617-089.844 - 616.381-089.85

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ С ЭХИНОКОККЭКТОМИЕЙ ИЗ ПЕЧЕНИ

Ходжиматов Г.М. <https://orcid.org/0000-0003-2573-8338>

Йигитов А.А. <https://orcid.org/0009-0003-8535-7892>

Яхёев С.М. <https://orcid.org/0000-0001-8577-3704>

Андижанский государственный медицинский институт Узбекистон,
Андижон, Ул. Атабеков 1 Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Резюме

Развитие лапароскопической хирургии сделало комбинированные симультанные операции при патологиях различных органов востребованными и широко используемыми в современной практике. Несмотря на очевидные преимущества таких операций и большое количество случаев заболеваний, они наблюдаются лишь у 3–5% хирургических пациентов, хотя, по данным ВОЗ, частота сочетанных патологий достигает 20–30%. Объектом исследования стали 66 пациентов с желчнокаменной болезнью сочетанные эхинококкозом печени, у которых была выполнена хирургическая коррекция. Симультанные лапароскопические операции при сочетанных патологиях органов брюшной полости являются экономически оправданным методом лечения, позволяющим устранить двух патологий за одну анестезию, сократить сроки госпитализации, реабилитации и медикаментозные расходы, а также обеспечить косметический эффект. Широкое внедрение симультанных операций в клинической практике позволяет снизить временные рамки и послеоперационные периоды.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, эхинококкоз печени, эндовидеохирургическая технология, симультанные операции

LAPAROSKOPIK HOLESISTEKTOMIYA VA JIGARDAN EXINOKOKKEKTOMIYA NATIJALARINI BAHOLASH

Xodjimatrov G. M. <https://orcid.org/0000-0003-2573-8338>

Yigitov A. A. <https://orcid.org/0009-0003-8535-7892>

Yaxyoyev S. M. <https://orcid.org/0000-0001-8577-3704>

Andijon davlat tibbiyot instituti O'zbekiston, Andijon, Otabekov 1
Tel: (0-374) 223-94-60. E.mail: info@adti

✓ Резюме

Laparoskopik jarrohlikning rivojlanishi turli organlar patologiyalarida bir vaqtda bajariladigan simultant operatsiyalarga ehtiyojni oshirdi va ularni zamonaviy amaliyotda keng qo'llaniladigan usulga aylantirdi. Bunday operatsiyalarning aniq afzalliklariga va kasalliklar sonining ko'pligiga qaramay, ularni jarrohlik bemorlarining bor-yo'g'i 3–5%ida amalga oshiriladi. Vaholanki, JSST ma'lumotlariga ko'ra, qo'shma patologiyalar uchrash chastotasi 20–30%ga yetadi. Tadqiqot ob'ekti sifatida o't tosh kasalligi bilan jigar echinokokkozi birga kuzatilgan va jarrohlik tashrixlari amalga oshirilgan 66 nafar bemorlar olingan.

Qorin bo'shlig'i a'zolarining qo'shma patologiyalarida simultant laparoskopik operatsiyalar iqtisodiy jihatdan maqbul davolash usuli bo'lib, bir anesteziya ostida ikki patologiyani bartaraf etish, gospitalizatsiya va reabilitatsiya muddatlarini qisqartirish, dori-darmon xarajatlarini kamaytirish hamda kosmetik natija berish imkonini beradi. Simulyant operatsiyalarni klinik amaliyotga keng joriy etish tashrix vaqtini va operatsiyadan keyingi davrni qisqartirish imkonini beradi.

Kalit so'zlar: O't tosh kasalligi, jigar echinokokkozi, endovideojarrohlik texnologiyasi, simultant operatsiyalar.

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY WITH ECHINOCOCCETOMY FROM THE LIVER

Khodjimatomov G.M. <https://orcid.org/0000-0003-2573-8338>

Yigitov A.A. <https://orcid.org/0009-0003-8535-7892>

Yaxyoyev S. M. <https://orcid.org/0000-0001-8577-3704>

Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1

Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ *Resume*

The development of laparoscopic surgery has made combined simultaneous operations for pathologies of various organs in demand and widely used in modern practice. Despite the obvious advantages of such operations and a large number of cases of diseases, they are observed only in 3-5% of surgical patients, although, according to WHO, the frequency of combined pathologies reaches 20-30%. The object of the study were 66 patients with cholelithiasis combined with echinococcosis of the liver, who underwent surgical correction.

Simultaneous laparoscopic operations for combined pathologies of the abdominal organs are an economically justified method of treatment, allowing to eliminate two pathologies during one anesthesia, reduce the duration of hospitalization, rehabilitation and drug costs, as well as provide a cosmetic effect. Widespread implementation of simultaneous operations in clinical practice allows to reduce time frames and postoperative periods.

Keywords: cholelithiasis, liver echinococcosis, endovideosurgical technology, simultaneous operations

Актуальность

Хирургическое вмешательство всегда является некоторой агрессией и сопровождается значительной травмой тканей организма, связанной с необходимостью доступа к пораженному органу, массивной его мобилизацией и удалением. За всю историю развития хирургии, особенно последнего столетия, были освоены и стали широко применяться традиционные хирургические вмешательства практически на всех органах человеческого тела. Освоена и внедрена в практику "большая хирургия", атрибутами которой стали скальпель, иглодержатель и "золотые руки" хирурга [1-4]. По этому поводу родилось и стало популярным старое немецкое выражение: "Grosse Chirurgie machen grosse Schnitte", что в русской интерпретации звучит как "большой хирург – большой разрез". Однако травматичность хирургических вмешательств и оперативного доступа крайне негативно отражалась на результатах лечения [5,6]. Выраженный болевой синдром, постоянный и значительный процент послеоперационных осложнений, большая половина которых непосредственно связана с наличием и травматичностью доступа, длительные сроки реабилитации, наличие уродливых рубцов на теле, опасность формирования вентральных грыж – вот далеко не полный перечень негативных последствий, утяжеляющих течение послеоперационного периода и снижающих качество жизни больных, подвергшихся когда-либо хирургическому вмешательству. Такое положение вещей не могло удовлетворить ни пациентов, ни хирургов [7].

Названная "минимально инвазивной" хирургия стала развиваться несколькими направлениями, из которых для полостной хирургии наиболее значимыми стали: хирургия из минидоступов и лапароскопическая хирургия. Наиболее перспективным направлением минимально инвазивной хирургии явилась лапароскопическая хирургия. Ее появлению предшествовал целый ряд открытий в области медицинской техники, включающий разработку и апробацию нового инструментария и видеоскопического оборудования [8-11]. С 80-х годов прошлого столетия появилась и стала развиваться хирургия из минидоступа. Операции выполнялись через разрез не более 3-5 см, инструменты обеспечивали возможность дистанционного оперирования и визуальный контроль операционного поля, границы которого распространяются за пределы раны брюшной стенки. Происходило это за счет смены зоны наблюдения, изменения угла изгиба оптической оси. Такой "аргументированный" подход к малоинвазивным операциям привел не только к улучшению результатов хирургических

вмешательств, но и к появлению большого числа сторонников [12-15]. По мере накопления опыта новых операций идет четкая тенденция к организации ее технических этапов. Если в начале пути «мини» лапаротомный разрез использовался просто как средство завершения операции, то сейчас многие авторы делят операцию на этапы, которые следуют друг за другом в строгой последовательности [16-18].

Таким образом, создается некий интраоперационный алгоритм техники вмешательства, где переход на "открытый" этап является подготовленным и запрограммированным действием среди других этапов.

Цель работы: оценить эффективность применения лапароскопической холецистэктомии в сочетании с эхинококкэктомией из печени с применением «мини» лапоротомного разреза

Материал и методы

Объектом исследования были 66 больных с сочетанием ЖКБ с эхинококкозом печени. Среди больных, которым выполнены симультанные операции (СО), женщин было 24 (36,4%), мужчин – 42 (63,6%). Возраст больных был от 16 до 80 лет (табл. 1).

Табл.1

Распределение больных по возрасту (согласно по рекомендации ВОЗ) и полу (n= 66).

Возраст больных в годах	Контрольная группа (n=34)				Основная группа (n=32)			
	М		Ж		М		Ж	
	n	%	n	%	n	%	n	%
18-44	8	23,5	4	11,8	8	25,0	3	9,4
45-59	7	20,6	5	14,7	7	21,9	5	15,6
60-74	5	14,7	2	5,9	3	9,4	3	9,4
75 <	2	5,9	1	2,9	2	6,2	1	3,1
Всего	22	64,7	12	35,3	20	62,5	12	37,5

Все больные были разделены на две группы: в первую контрольную группу включены 34 больных которым, выполняли симультанные операции открытым традиционным способом. Во вторую исследуемую группу включены 32 больные которым выполняли лапароскопические симультанные операции по поводу сочетания хронического калькулезного холецистита с эхинококком печени.

Больные основной и контрольной группы были сопоставимы по возрасту характеру и тяжести сопутствующей патологии, характеру и длительности основного заболевания. Все больные, перенесшие СО имели ее гистологическое подтверждения.

Обследование больных проводили с соблюдением принятых стандартов с учетом как сочетанных, так и основных сопутствующих заболеваний. Всем больным выполняли сбор анамнеза и физикальный осмотр, лабораторно–инструментальные исследования, лучевые диагностики, консультация профильных специалистов.

В работе использовали статистические методы описательной статистики, корреляционного анализа, определение достоверности разницы между сравниваемыми величинами на основе расчета критерия Стьюдента. Разницу считали достоверной при $p < 0,05$.

Все больные оперированы в хирургических отделения клиник Андижанского государственного медицинского института, в клинике “YIGITOV CLINIC” и в эндохирургическом отделении Андижанского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, в период с 2005 по 2023 гг.

Всем больным вначале выполняли холецистэктомию, а затем эхинококкэктомию из печени.

Все симультанные операции брюшной полости, выполненные традиционным способом производили в современных оснащенных всеми необходимым оборудованием операционных, под эндотрахиальным наркозом с применением миорелаксантов. Операции выполняли через широкой срединный разрез, обеспечивающий свободный доступ к органам любого этажа брюшной полости для осуществления их полноценной ревизии и создавший наиболее благоприятные условия для выполнения сочетанного оперативного вмешательства. Первым этом

выполняли холецистэктомию «от шейки» или «от дна». Затем выполняли эхинококкэктомию из печени по общепринятым методам. Остаточную полость ликвидировали методом Дельбе.

Эндовидеохирургические оперативные вмешательства выполняли в специальных видеоэндохирургических операционных с использованием стоек производство «Карл Шторц» (Германия), под внутривенной анестезией в условиях искусственной вентиляции легких.

У больных основной группы первым этапом выполняли лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), а затем симультанную эхинококкэктомию. Больным ЛХЭ выполняли по общепринятой методике (Пучков К.В. 2005). Время ЛХЭ не превышало 20±10 мин.

Показанием к проведению лапароскопическую эхинококкэктомию из печени являлись: единичные кисты средних размеров 10-15 см в диаметре локализирующиеся в III, IV, V сегментах печени, исключительно типа СL; СБ; СЕ-1 или СЕ-3; частичное поверхностное расположение кисты, согласно классификации ультразвуковых изображений эхинококковых кист по Н.А.Gharbi (1981) [7] в модификации ВОЗ (2003) [8].

Установки торакопортов при лапароскопической эхинококкэктомии из печени у 32 больных, осуществляли как при ЛХЭ по общепринятой методике, однако в правой подреберной области на месте 5мм устанавливаем 20 мм. торакопорт. После отграничения эхинококковой кисты марлевым тампоном, намоченным 76-80% спиртом, производили пункцию эхинококковой кисты с аспирацией содержимого. Через эту иглу в полость вводили 76% спирт, а затем промывали горячим раствором фурациллина (78-80°) экспозицией 5-8 мин. Затем рассекали фиброзную капсулу удаляли хитиновую оболочку и в специальном контейнере извлекали из брюшной полости. Остаточную полость обрабатывали 76% спиртом, затем теплым раствором фурациллина (78-80°). У 21 (65,6%) больных после этого остаточную полость тампонировали большим сальником.

У 11 (34,4%) больных из-за невозможности тампонирования остаточной полости сальником использовали «мини» лапоротомный доступ в проекции остаточной полости. Для проведения эхинококкэктомию из мини лапоротомный доступ при диагностической лапороскопии устанавливали точную локализацию кисты и место на передней брюшной стенки, где планировалось минилапоротомный разрез. Длина кожного разреза варьировала около 5 см. Использовали механические ранорасширители малых размеров. Поднятый валик под спиной больного приближал печень к ране, Яркое освещение лапороскопом со стороны брюшной полости является несомненным преимуществом операции. Этапы операций: пункция кисты с эвакуацией содержимого эхинококковой жидкости, затем вскрытие и удаление хитиновой оболочки. Обработка остаточной полости фиброзную оболочку глицириной с экспозицией 10 мин, обработка горячим раствором фурациллина и затем 80 С° спиртом. Иссечения фиброзной капсулы выступающей над паренхимой печени. Через «мини» лапоротомный доступ остаточную полость ликвидировали по методу Дельбе. Операцию завершали дренированием подпеченочной области силиконовой трубкой через 20 мм торакопорт установленный в правом подреберье.

Результат и обсуждение

В контрольной группе осложнения общего характера возникли у 9 (26,5%) больных (ранняя спаечная кишечная непроходимость у 3 (8,8%), застойная пневмония у 6 (17,7%) больных). Осложнения, связанные с оперативным вмешательством наблюдали у 10 (29,4%) больных. Из них у 2 (5,9%) больных наблюдали несостоятельность культи пузырного протока и ограниченный желчный перитонит, у 3 (8,8%) больных нагноение остаточной полости с образованием абсцесса печени и нагноение послеоперационной раны у 5 (14,7%) больных. Летальный исход у 2 (5,9%) больных.

В основной группе которым выполняли СЛХ + Эхинококкэктомию из печени у 23 (71,9%) больных дренажные трубки удаляли через 2-3 сутки после контрольной УЗИ брюшной полости. Осложнения возникли у 3 (9,4%) больных. Из них у 2 (6,3%) нагноение послеоперационной раны и 1 (3,1%) больных развивалась застойная пневмония. У 2 (6,3%) больных наблюдалась выделение желчи из дренажной трубки в количестве 120-160 мл в сутки, которое самостоятельно прекратилась на 11-21 сутки после операции. На контрольном УЗИ брюшной полости этих больных из-за отсутствие остаточной полости дренажные трубки были удалены на 28-29 сутки после операции (таб.2.)

Из-за технических сложностей при лапароскопическом удалении эхинококковой кисты у 13 (40,6%) больных лапороскопия сочеталась с «мини» лапоротомным доступом над кистой. Сочетанная методика с применением «мини» доступа, является перспективной, которая намного сокращает продолжительность операции, тем самым послеоперационный период у больных протекает благоприятно. Других осложнений у больных которые перенесли ЛХЭ + эхинококкэктомию из печени мы не наблюдали.

Таблица 2.

Послеоперационные осложнения у больных контрольной и основной группы больных

Осложнение	Контрольная группа		Основная группа	
	п	%	п	%
<i>Общие осложнения</i>				
Спаечная кишечная непроходимость	3	8,8	-	-
Пневмония	6	17,7	1	3,1
Всего	9	26,5	1	3,1
<i>Специфические осложнения</i>				
Несостоятельность культи пузырного протока и ограниченный желчный перитонит	2	5,9	-	-
Нагноение остаточной полости с образованием абсцесса печени	3	8,8	-	-
Нагноение послеоперационной раны	5	14,7	2	6,3
Всего	10	29,4	2	6,3
Летальный исход	2	5,9	-	-

У всех оперированных больных восстановление перистальтики кишечника, отхождение газов происходило на 2-3 сутки после операции. Все оперированные больные в послеоперационном периоде в назначении наркотических анальгетиков не нуждались, активизировались к концу дня, чувствовали себя удовлетворительно. У всех оперированных больных восстановление перистальтики кишечника, отхождение газов происходило на 2-3 сутки после операции. Тяжелое состояние больных в послеоперационном периоде не было, летальных исходов мы не наблюдали.

У больных контрольной группы которым проводили симультанные операции традиционным способом средняя продолжительность операции ХЭ + Удаление эхинококковой кисты печени составило $90,0 \pm 15,0$ мин.; у больных основной группы составило $65 \pm 15,0$ мин.; В контрольной группе средний койка день пребывания больного в стационаре составила: $8,5 \pm 1,5$ дней; в основной группе $5,0 \pm 1,0$ дней (Рис.1.).

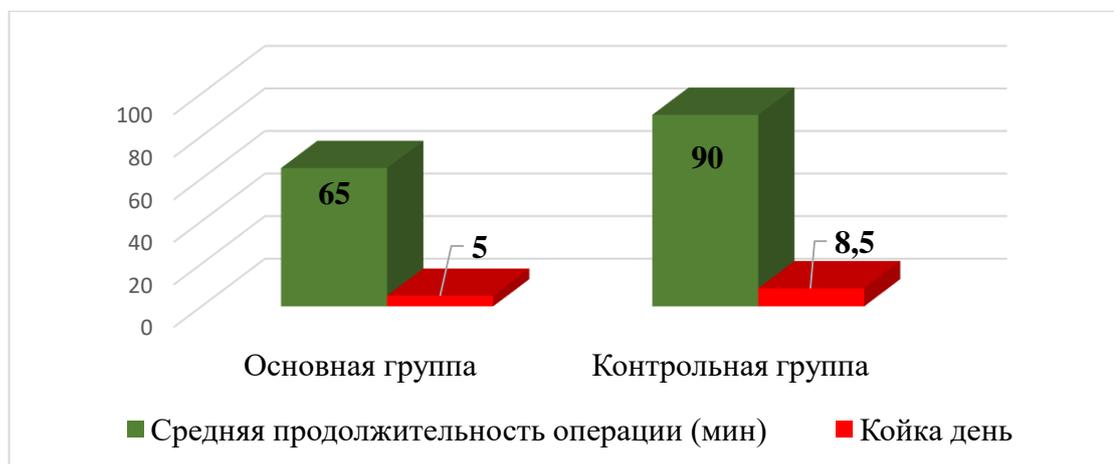


Рис.1. Показатели продолжительности операции и пребывания больных в стационаре.

Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия с удалением эхинококковой кисты из печени является наиболее оптимальными и оправданным вмешательством, которые при одной анестезии устраняется сочетанные хирургические патологии, сокращает сроки нахождения больного в стационаре и срока реабилитации. После симультанных лапароскопических операции пациенты чувствуют себя вполне удовлетворительно.

Сочетанная лапароскопическая методика с применением «мини» доступа, является перспективной, которая намного сокращает продолжительность операции, тем самым послеоперационный период у больных протекает благоприятно.

Выводы

1. Обеспечение симультанных операций возможно только в высококвалифицированных многопрофильных учреждениях, оснащенных современными приборами и специалистами.
2. Симультанные лапароскопические операции для коррекции сочетанных хирургических заболеваний органов брюшной полости являются наиболее оптимальными и оправданным вмешательством, которые при одной анестезии устраняются сочетанные хирургические патологии, сокращает сроки нахождения больного в стационаре и срока реабилитации.
3. Для ликвидации остаточной полости после лапароскопической эхинококкэктомии из печени необходимо использовать тампонаду большим сальником, при технической невозможности выполнения данной манипуляции применять способ Дельбе из минилапаротомии.
4. Преимуществом симультанных лапароскопических операций, несомненно, является экономический эффект за счет снижения койко-дней, а также снижения медикаментозных расходов. Большую роль играет косметический и эстетический эффект операции для больных.
5. Внедрение в широкую клиническую практику СЛО хирургических заболеваний органов брюшной полости позволяет добиться к резкому снижению осложнений и послеоперационной летальности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Артыков К. П., Рахматуллаев Р. Р., Рахматуллаев А. Р. Симультанные операции при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости //Вестник Авиценны. 2015;2(63):114-118.
2. Мишалов В. Г. И др. Симультанные лапароскопические вмешательства на органах брюшной полости у больных с ожирением при коррекции птоза передней брюшной стенки //Хірургія України. 2017;1:30-34
3. Рахматуллаев А. Р., Хасанов С. М. Возможности и целесообразность выполнения симультанных лапароскопических операций при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости //Евразийский союз ученых. 2015;10-1(19):113-116.
4. Ибрагимов Ш. У. Результаты хирургического лечения больных с грыжами живота и сочетанной абдоминальной патологией //Проблемы науки. 2022;4(73):69-73.
5. Golbrah V. A. et al. Modern approaches to simultaneous operations (indications, execution algorithms, complications) //Journal of Volgograd State Medical University. 2021;18(2):28-36.
6. Галимов О.В., Ханов В.О., Аминова А.Н., Зиганшин Д.М. Симультанные лапароскопические операции на органах малого таза //Эндоскопическаяхирургия. 2010;5:51-56.
7. Hayakawa S. et al. Simultaneous transabdominalpreperitoneal hernia repair and laparoscopic cholecystectomy: A report of 17 cases //Asian journal of endoscopic surgery. 2019;12(4):396-400.
8. Hart S. Laparoendoscopic singlesite combined cholecystectomy and hysterectomy / S. Hart, S. Ross, A. Rosemurgy //J. Minim. Invasive Gynecol. 2010;17(6):798-801.
9. Муродов А. И., Алиев З. О., Ермаков Н. А. Применение программы" fast track surgery" при симультанных лапароскопических операциях //Здравоохранение Таджикистана. 2017;3:51-55.
10. Orr N. T., Davenport D. L., Roth J. S. Outcomes of simultaneous laparoscopic cholecystectomy and ventral hernia repair compared to that of laparoscopic cholecystectomy alone //Surgical Endoscopy. 2013;27:67-73.
11. Рахматуллаев А. Р., Хасанов С. М. Возможности и целесообразность выполнения симультанных лапароскопических операций при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости //Евразийский союз ученых. 2015;10-1(19):113-116.
12. Токторов С. и др. Анализ симультанных и изолированных лапароскопических операций при желчнокаменной болезни //Бюллетень науки и практики. 2022;8(7):330-335.
13. Фёдоров А.В., Кригер А.Г., Колыгин А.В., Кочатков А.В. Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение) //Хирургия. 2011;7:72-76.
14. Ismailov U. S. et al. Simultaneous laparoscopic operations in high risk patients //Research Journal of Trauma and Disability Studies. 2023;2(6):58-70.
15. Reifferscheid M. Der simultaneingziff in der Bauychhohle-ChirurgischeAspekte //Zent. Bl. Chir. 1971;5:2010.
16. Surico D. Laparoendoscopic singlesite surgery fortreatment of concomitant ovarian cystectomy and cholecystectomy / D. Surico, S. Gentili, A. Vigone //J. Minim. Invasive Gynecol. 2010;17(5):656-659.
17. Quezada N. et al. Simultaneous TAPP inguinal repair and laparoscopic cholecystectomy: results of a case series //Hernia. 2019;23:119-123.
18. Lee J. H. et al. A technique for simultaneous cholecystectomy during bariatric surgery //JSLS: Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons. 2015;19:4.

Поступила 20.01.2025

