



СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Городская клиническая больница № 1 ¹,
Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева ², г. Бишкек,
Кыргызская Республика

Цель. Оценить результаты и эффективность симультанных операций при эхинококкозе печени.

Материал и методы. У 38 пациентов с эхинококкозом печени выявлены хирургические заболевания, требующие оперативного лечения (желчнокаменная болезнь: калькулезный холецистит, холедохолитиаз, узловой зоб, вентральная послеоперационная грыжа). У 23 пациентов по поводу эхинококкоза выполнены органосохраняющие операции, а у 15 – радикальные, все они проведены с холецистэктомией, холедохолитотомией, резекцией щитовидной железы и грыжесечением (пластикой грыжевых ворот с использованием полипропиленовой сетки). Изучались ближайшие и отдаленные результаты. Пациенты проходили обследование через 6 месяцев после операции на протяжении 3 лет. Обследование включало осмотр, общий анализ крови, печеночно-почечные тесты, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и один раз в год рентгенографию грудной клетки.

Результаты. В ближайшем послеоперационном периоде у 4 (10,5%) из 38 пациентов возникли осложнения. После симультанных операций, включающих органосохраняющие методы эхинококкэктомии, у 2 (8,7%) из 23 пациентов возникли осложнения (плеврит, нагноение раны), при радикальных операциях – у 2 из 15 (желчеистечение, плеврит). Все осложнения излечены к моменту выписки. До 1 года обследовано 34, от 1 до 2 лет – 31, от 2 до 3 – 26 пациентов. В эти сроки обследования и наблюдения ни у одного рецидив эхинококкоза не выявлен.

Заключение. При эхинококкозе печени в сочетании с заболеваниями требующими оперативного лечения, можно выполнять симультанные операции. При симультанных операциях и эхинококкэктомии печени необходимо строго соблюдать правила апаразитарности и антипаразитарности. Симультанные операции при эхинококкозе печени должны выполняться по строгим показаниям и квалифицированным хирургом, имеющим опыт оперативного лечения заболеваний печени. Пациенты, которым произведены симультанные операции, должны проходить контрольные обследования не реже одного раза в год.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, симультанные операции, осложнение, радикальные операции, органосохраняющие операции

Objective. To evaluate the results and effectiveness of simultaneous operations for echinococcosis of the liver.

Methods. Surgical diseases requiring surgical treatment (cholelithiasis: calculus cholecystitis, choledocholithiasis, nodular goiter, ventral postoperative hernia) were detected in 38 patients with echinococcosis of the liver. 23 patients underwent organ-preserving operations for echinococcosis, and 15 patients underwent radical operations, all operations were performed in combined with cholecystectomy, choledocholitotomy, thyroidectomy, and herniotomy (coating of a polypropylenemesh for hernia gate). Immediate and remote results were studied. Patients were reexamined 6 months after surgery within a 3-year period. The examination included the checkup, general blood test, liver and kidney tests, an ultrasound examination of the abdominal organs, and a chest x-ray once a year.

Results. During the immediate postoperative period 4 patients out of 38 (10.5%) had complications. After simultaneous operations using organ-preserving methods of echinococcectomy, 2 patients out of 23 (8.7%) had complications (pleuritis, wound suppuration), and 2 – out of 15 had radical operations (bile leakage, pleuritis). All complications had been cured by the time of discharge. The remote results were studied over a period of 6 months to 3 years. 34 patients were examined up to 1 year, 31 – from 1 to 2 years, 26 – from 2 to 3 years. Within the examination and follow-up periods no recurrence of echinococcosis was observed.

Conclusion. During simultaneous operations and the echinococcectomy of the liver it is necessary to observe accurately the rules of aparasiticity and antiparasiticity. Simultaneous operations for the liver echinococcosis should be performed according to strict indications and by a highly experienced and qualified surgeon. Patients who have undergone simultaneous operations was asked to undergo a medical control examination at least once a year.

Keywords: echinococcosis of the liver, simultaneous operations, complication, radical operations, organ-preserving operations



Научная новизна статьи

Определена возможность выполнения симультанных операций при эхинококкозе печени. Обоснована последовательность выполнения операций при эхинококкозе в сочетании с другими патологиями, требующими хирургического лечения.

What this paper adds

The possibility of performing simultaneous operations for echinococcosis of the liver has been defined. The sequence of operations for echinococcosis in combination with other pathologies requiring surgical treatment has been justified.

Введение

В последние годы многие исследователи отмечают увеличение числа пациентов с сочетанными заболеваниями, требующими оперативного лечения [1, 2, 3]. В таких случаях ранее операции чаще выполнялись последовательно, а по мере совершенствования техники операции, анестезиологических и реанимационных технологий возникла возможность одновременно осуществить операции на двух, иногда на трех органах.

В настоящее время общепринято название этих операций «симультантные» и оно используется большинством хирургов как ближнего, так и дальнего зарубежья. Используются термины «сочетанные» или «комбинированные», последний часто применяют в онкологических учреждениях [4, 5, 6, 7].

К настоящему времени уже накоплен достаточный клинический материал по использованию симультантных операций в гинекологии, хирургии, урологии [6, 7, 8, 9, 10, 11]. Все исследователи отмечают их преимущества перед последовательными: пациенты одновременно излечиваются от двух, иногда трех заболеваний; продолжительность операции, кровопотеря, длительность стационарного лечения увеличиваются незначительно, но существенно снижаются материальные затраты и сроки реабилитации [10, 11, 12, 13, 14]. Однако после симультантных операций может увеличиться и количество осложнений [15, 16]. Несмотря на многочисленные публикации, посвященные симультантным операциям, мы не встретили работ в которых сообщались результаты этих вмешательств при эхинококкозе печени.

На наш взгляд, это, возможно, обусловлено боязнью обсеменения брюшной полости в момент операции и неуверенностью обеспечения мер профилактики, а между тем и у пациентов с эхинококкозом печени нередко имеет место сочетание заболеваний, требующих оперативного лечения.

Цель. Оценить результаты симультантных операций при эхинококкозе печени.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 230 оперированных пациентов с эхинококкозом печени, из них у 38 выявлены сочетанные заболевания, требующие оперативного лечения. Это составило 16,5% от числа всех оперированных

по поводу эхинококкоза. Характер сочетанных заболеваний представлен в таблице 1.

У 32 пациентов уже при направлении в диагнозе были отмечены эхинококкоз печени и сочетанные заболевания, а у 6 эхинококкоз и другие заболевания выявлены уже при обследовании в стационаре (калькулезный холецистит – у 3, узловой зоб – у 3).

При эхинококкозе печени чаще выявляли желчнокаменную болезнь (ЖКБ) (калькулезный холецистит – у 27, холедохолитиаз – у 3), у 5 пациентов был эутиреоидный узловой зоб, в трех наблюдениях были выявлены вентральные грыжи.

Женщин было 26, мужчин – 12, их возраст варьировал от 16 до 60 лет, а давность заболевания – от 3 месяцев до 5 лет.

При оценке сроков заболевания установлено, что большинство отмечали жалобы в сроки от 6 до 12 месяцев (таблица 2).

У 36 эхинококковая киста располагалась в правой доле печени и у 2 – в левой. Определяли и размеры кист: средней величины (до 10 см в диаметре) было 18 кист, больших размеров (от 10 до 15 см) – 20. Гигантских и малых размеров кист не было.

При обследовании пациентов, помимо

Таблица 1
Характер сочетанных заболеваний, требующих оперативного лечения

Заболевание	Количество пациентов	
	абс. количество	%
ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит	27	71,1
Холедохолитиаз	3	7,9
Послеоперационная вентральная грыжа	3	7,9
Многоузловой зоб (эутиреоидное состояние)	5	13,1
Всего	38	100

Таблица 2
Длительность заболевания

Сроки	Количество пациентов	
	абс. число	%
До 6 мес.	11	28,9
6-12 мес.	14	36,8
От 1 года до 3 лет	9	23,7
От 3 до 5 лет	2	5,3
Более 5 лет	2	5,3
Всего:	38	100

общеклинических методов исследования (анализ крови, мочи, ЭКГ, свертываемость), выполняли ультразвуковое исследование аппаратом MEDISAN, SonoAceR7, в реальном масштабе времени и определяли функциональное состояние печени и почек общепринятыми методами исследования.

У большинства поступивших были жалобы на болевой синдром, особенно при сочетании эхинококкоза с калькулезным холециститом и холедохолитиазом, пациенты, как правило, отмечали приступообразные боли в правом подреберье и нарастающую слабость. Также боли отмечали пациенты с послеоперационными вентральными грыжами, особенно после физической нагрузки.

Специфических жалоб при сочетанных заболеваниях не обнаружено, наиболее часто на первый план выступали жалобы не эхинококкоза, а второго заболевания, так как при эхинококкозе основными жалобами были тупые боли в правом подреберье, чувство тяжести и дискомфорта. Пациенты с узловым зобом предъявляли жалобы на прогрессивное увеличение щитовидной железы.

Пациентам с эхинококкозом печени проведены органосохраняющие (капитонаж по Дельбе, инвагинация, оментопластика по Аскерханову и абдоминализация) и радикальные операции (гемигепатэктомия, краевая резекция печени, бисегментэктомия, тотальная перицистэктомия). А при сочетанных заболеваниях, требующих оперативного лечения, выполнены холецистэктомия, холедохолитотомия, грыжесечение с применением полипропиленовой сетки и резекция щитовидной железы.

Изучались ближайшие и отдаленные результаты. Результаты операции оценивали при выписке больных из стационара и в сроки от 6 мес. до 3 лет. Пациенты приходили на обследование каждые 6 месяцев после операции и наблюдались в течение 3 лет. Обследование

включало осмотр, общий анализ крови, печеночно-почечные тесты, ультразвуковое исследование печени и не реже одного раза в год рентгенографию грудной клетки.

Результаты

Мы выделили группы пациентов, у которых при эхинококкозе выполняли органосохраняющие (у 23) и радикальные (у 15) операции. Органосохраняющие эхинококкэктомии при наличии сопутствующих патологий, требующих выполнения оперативного лечения, проведены у 23 (60,5%) пациентов (таблица 3).

В этой группе пациентов при эхинококкэктомии печени чаще использовали абдоминализацию (у 12 чел.), которая сочеталась у 10 с холецистэктомией и у 2 с резекцией щитовидной железы. Реже применялась оментопластика по Р.П. Аскерханову (у 3 чел.). При этом методе у 2 выполнили холецистэктомию и у одного — холедохолитотомию. В раннем послеоперационном периоде в последнем случае на 3-и-4-е сутки появилась гиперемия в области раны, местное повышение температуры и болезненность, а затем рана нагноилась. Швы в нижнем углу раны были распущены, начата местная терапия антисептиками, с появлением грануляционных тканей подключена физиотерапия.

Инвагинация сочеталась с холецистэктомией у 2 больных, при этом осложнений не возникло.

Полость фиброзной капсулы ликвидировали капитонажем по Дельбе (у 5 чел.), и при этом у 5 пациентов произведена холецистэктомия, в послеоперационном периоде возникло 1 осложнение (плеврит). Плеврит излечен усилением антибиотиков и однократной пункцией плевральной полости.

Все операции выполнены под эндотрахеальным наркозом. У 3 пациентов операции осуществлены из двух доступов (у 2 — резекция

Таблица 3

Симультанные операции при органосохраняющей эхинококкэктомии печени

Тип операций при эхинококкозе печени	Тип операций сопутствующих заболеваний	Количество пациентов		Количество осложнений	
		абс. количество	%	плеврит	нагноение раны
Капитонаж по Дельбе	Холецистэктомия	5	21,8	1	—
Инвагинация	Холецистэктомия	2	8,7	—	—
Абдоминализация	Холецистэктомия	10	43,5	—	—
	Резекция щитовидной железы	2	8,7	—	—
	Грыжесечение	1	4,3	—	—
Оментопластика по Р.П. Аскерханову	Холецистэктомия	2	8,7	—	—
	Холедохолитотомия	1	4,3	—	1
Всего		23	100	2 (8,7%)	

щитовидной железы и у 1 – грыжесечение), а у остальных – из единого доступа (по Федорову в правом подреберье). При сочетании эхинококкоза с калькулезным холециститом сначала выполняли холецистэктомию, а затем эхинококкэктомию с обеззараживанием 0,02% раствором декасана с экспозицией 4-5 минут, затем выполняли все этапы эхинококкэктомии, этим же раствором орошали окружающие ткани. Мы использовали декасан, так как выполненные нами экспериментальные и клинические исследования показали, что этот раствор обладает хорошим сколексоцидным и бактерицидным действием [17].

При сочетании узлового зоба с эхинококкозом вначале выполняли резекцию щитовидной железы по Николаеву, а затем доступом в правом подреберье – эхинококкэктомию печени.

При сочетании эхинококкоза печени с послеоперационной вентральной грыжей сначала выполняли эхинококкэктомию, затем производилась смена перчаток, салфеток отграничивающих кисту, и дополнительно обрабатывали окружающие ткани, у одного пациента с наличием грыжи в правом подреберье выполнено грыжесечение с использованием собственных тканей. Поскольку в момент ушивания отмечено разволокнение мышц, апоневроза, ушитые грыжевые ворота дополнительно укрепили полипропиленовой сеткой и подкожная жировая клетчатка была дренирована двумя микроирригаторами.

Таким образом, при органосохраняющих операциях в послеоперационном периоде осложнения возникли у двух (8,7%) пациентов: у одного – плеврит и еще у одного – частичное нагноение раны (эхинококкэктомию сочеталась с холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха). Все осложнения излечены к моменту выписки пациентов из стационара.

При радикальных вмешательствах по по-

воду эхинококкоза печени произведена симультанная операция у 15 (39,5%) пациентов: холецистэктомию – у 8 (53,4%), холедохолитотомия у 2 (13,3%), грыжесечение – у 2 (13,3%) и резекция щитовидной железы – у 3 (20%) пациентов (таблица 4).

Гемигепатэктомию сочеталась с холецистэктомией у одного пациента, послеоперационный период осложнился плевритом, излечен плевральными пункциями. В этой группе у 4 пациентов симультантные операции выполнены из двух доступов (у 2 – резекция щитовидной железы и 2 – грыжесечение), а у остальных – из одного.

Краевая резекция печени сочеталась с холецистэктомией у 2 и у 2 – с резекцией щитовидной железы, при бисегментэктомии по одной была произведена холецистэктомию и резекция щитовидной железы, у 2 пациентов – с грыжесечением.

Послеоперационные грыжи были с размерами грыжевых ворот 15 и 13 см, что требовало сохранения объема брюшной полости, поэтому была использована полипропиленовая сетка с фиксацией по периметру грыжевых ворот. У 2 пациентов в подкожножировую клетчатку установили активный дренаж, который удаляли после прекращения отделяемого.

При тотальной перицистэктомии у 4 пациентов выполнена холецистэктомию и у 2 – холедохолитотомия. У одного после эхинококкэктомии с холецистэктомией на 2 сутки возникло желчеистечение из дренажной трубки в количестве до 70-80 мл в сутки. У этого пациента был нагноившийся эхинококкоз печени и на 7-8-е сутки желчеистечение самостоятельно прекратилось. При контрольном УЗИ со стороны печени и брюшной полости патологических образований не выявлено, пациент выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Таблица 3

Симультантные операции при радикальной эхинококкэктомии печени

Тип операций при эхинококкозе печени	Тип операций сопутствующих заболеваний	Количество пациентов		Количество осложнений	
		абс. кол-во	%	плеврит	желчеистечение
Гемигепатэктомию	Холецистэктомию	1	6,7	1	–
Краевая резекция печени	Холецистэктомию	2	13,3	–	–
	Резекция щитовидной железы	2	13,3	–	–
Бисегментэктомию	Холецистэктомию	1	6,7	–	–
	Резекция щитовидной железы	1	6,7	–	–
	Грыжесечение	2	13,3	–	–
Тотальная перицистэктомию	Холецистэктомию	4	26,7	–	–
	Холедохолитотомия	2	13,3	–	1
Всего		15	100	2 (13,3%)	

Из 15 пациентов, которым произведены радикальные операции по поводу эхинококкоза печени, осложнения возникли у 2 (13,3%) (плеврит и желчеистечение), которые излечены к моменту выписки.

Пациенты приходили на обследование каждые 6 месяцев после операции и наблюдались в течение 3 лет. До 1 года обследовано 34 больных, от 1 до 2 лет – 31, от 2 до 3 – 26. Рецидив эхинококкоза не выявлен ни у одного больного.

Обсуждение

Выполнение симультанных операций при эхинококкозе незначительно увеличивает время операции, но сокращается время пребывания в стационаре. Правильно выработанная тактика при симультанных операциях может привести к минимальному числу послеоперационных осложнений и обеспечить безопасность пациенту. Сопоставляя результаты нашей работы с данными публикаций других авторов, мы выявили, что количество осложнений при выполнении симультанных операций и сроки пребывания в стационаре не увеличиваются [1, 2, 5, 18]. Анализ результатов лечения 31 пациента в срок до 2 лет и 26 в срок до 3 лет наблюдения показал, что в отдаленном периоде рецидив эхинококкоза не выявлен. Осложнения в ближайшие сроки возникли у 4 из 38 оперированных (10,5%).

При сочетании эхинококкоза печени и ЖКБ необходимость выполнения симультанной операции обусловлена следующими факторами:

1. Если выполнить эхинококкэктомии, то в послеоперационном периоде есть высокий риск возникновения острого холецистита и тогда операция будет выполняться в худших условиях для пациента и врача.

2. Если выполнить лишь холецистэктомии, то в послеоперационном периоде будет продолжаться рост эхинококковой кисты, что неизбежно приведет к возникновению осложнений (нагноение, прорыв кисты и др.).

Эти же показания сохраняются для выполнения симультанных операций и при наличии послеоперационной вентральной грыжи.

При сочетании узлового зоба и эхинококкоза печени необходимость выполнения симультанной операции обусловлена желанием пациентов избавиться от двух заболеваний одновременно.

Таким образом, при выполнении симультанных операций нужно оценить общее состояние пациентов, учесть перенесенные болезни и выявить сопутствующую патологию. Ряд исследователей отмечают, что результаты

симультанных операций не уступают результатам отдельных изолированных хирургических операций. Для выполнения симультанных операций, по нашему мнению, нужно придерживаться следующих принципов: полное обследование пациентов, определение показаний и противопоказаний к симультанным операциям, объему планируемой операции, а также нужно уделить внимание полноценной предоперационной подготовке.

Заключение

При эхинококкозе печени в сочетании с заболеваниями, требующими оперативного лечения, можно выполнить симультанные операции, но с учетом состояния пациентов. При симультанных операциях и эхинококкэктомии необходимо строго соблюдать правила апаразитарности и антипаразитарности. Симультанные операции при эхинококкозе печени должны выполняться по строгим показаниям и квалифицированным хирургом, имеющим опыт оперативного лечения заболеваний печени.

Финансирование

Работа выполнялась в соответствии с планом научных исследований Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева.

Конфликт интересов

Авторы заявляют, что конфликт интересов отсутствует.

Этические аспекты.

Одобрение комитета по этике

Исследование одобрено этическим комитетом Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева.

ЛИТЕРАТУРА

1. Stancu B, Grad NO, Mihaileanu VF, Chiorescu S, Pintea SD, Constantinescu MI. Surgical technique of concomitant laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and laparoscopic cholecystectomy. *Clujul Med.* 2017;90(3):348-52. doi: 10.15386/cjmed-747
2. Дронова ВЛ, Дронов АИ, Крючина ЕА, Теслюк РС, Луценко ЕВ, Насташенко МИ. Симультанные операции при сочетанных хирургических и гинекологических заболеваниях. *Украин Журн Хирургии.* 2013;(2):143-51. <http://www.ujs.dsmu.edu.ua/journals/2013-02/2013-02.pdf>
3. Майстренко НА, Басос АС, Басос СФ, Берлев ИВ. Симультанные эндовидеохирургические вмешательства при заболеваниях матки и придатков,

- сочетающихся с неосложненными формами желчнокаменной болезни. *Журн Акушерства и Женских Болезней*. 2008;LVII(3):18-23. http://www.jowd.ru/arhiv/JOWD_3_2008/Maystrenko.html
4. Федоров ВЭ, Асланов АД, Логвина ОЕ, Масляков ВВ. Симультаннные операции при холецистолитиазе (обзор литературы). *Вестн Мед Ин-та «Реавиз»: Реабилитация, Врач и Здоровье*. 2018;(5):111-16. <https://cyberleninka.ru/article/n/simultannye-operatsii-pri-choletsistolitiaze-obzor-literatury>
5. Маховский ВЗ, Аксененко ВА, Лайпанов ИМ, Яхья ЖМ. Экстренные сочетанные операции в хирургии органов брюшной полости и малого таза. *Хирургия. Журн им НИ Пирогова*. 2012;(9):48-54. <https://www.mediasphera.ru/issues/khirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2012/9/030023-1207201299>
6. Kryger ZB, Dumanian GA, Howard MA. Safety issues in combined gynecologic and plastic surgical procedures. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007 Dec;99(3):257-63. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.05.028
7. Hart S, Ross S, Rosemurgy A. Laparoendoscopic single-site combined cholecystectomy and hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2010 Nov-Dec;17(6):798-801. doi: 10.1016/j.jmig.2010.07.006
8. Ищенко АИ, Александров ЛС, Ведерникова НВ, Жолобова МН, Шишков АМ, Шулутоко АМ, Раннев ИБ. Оценка клинической и экономической эффективности симультаннных операций в гинекологии. *Вестн Новых Мед Технологий*. 2006;XIII(4):109-12. <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/2006/06B4.pdf>
9. Тимербулатов ВМ, Тимербулатов МВ, Мехдиев ДИ, Тимербулатов ШВ, Смыр РА, Хабилов ДМ, Вагапов АА. Медицинские аспекты и экономическая эффективность сочетанных оперативных вмешательств. *Анналы Хирургии*. 2016;21(5):306-11. doi: 10.18821/1560-9502-2016-21-5-306-311
10. Celik O, Akand M, Ekin G, Duman I, Ilbey YO, Erdogru T. Laparoscopic radical prostatectomy alone or with laparoscopic herniorrhaphy. *JSLs*. 2015 Oct-Dec;19(4). pii: e2015.00090. doi: 10.4293/JSLs.2015.00090
11. Tohma YA, Tezcaner T, Günakan E, Küçükyıldız İ, Takal MK, Zeyneloğlu HB, Dursun P. Single-port laparoscopy for treatment of concomitant adnexal masses and chole-cystectomy or appendectomy. *Biomed Res*. 2018 Jan;29(7):1356-60. doi:10.4066/biomedicalresearch.29-17-3555
12. Стрижелецкий ВВ, Рутенбург ГМ, Жемчужина ТЮ, Альтмарк ЕМ. Экономическая эффективность симультаннных операций в хирургии и гинекологии. *Москов Хирург Журн*. 2008;(1):26-29. http://mossj.ru/journal/MOSSJ_2008/MXG_2008_01.pdf
13. Саткеева АЖ. Симультаннные оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза. *Молодой Ученый*. 2016;(21):81-84. <https://moluch.ru/archive/125/>
14. Massenburb BB, Sanati-Mehrizy P, Ingargiola MJ, Rosa JH, Taub PJ. Outcomes and safety of the combined abdominaloplasty-hysterectomy: a preliminary study. *Aesthetic Plast Surg*. 2015 Oct;39(5):667-73. doi: 10.1007/s00266-015-0531-7
15. Meriwether KV, Antosh DD, Knoepp LR, Chen CC, Mete M, Gutman RE. Increased morbidity in combined abdominal sacrocolpopexy and abdominaloplasty procedures. *Int Urogynecol J*. 2013 Mar;24(3):385-91. doi: 10.1007/s00192-012-1857-1
16. Iribarren-Moreno R, Cuenca-Pardo J, Ramos-Gallardo G. Is plastic surgery combined with obstetrical procedures safe? *Aesthetic Plast Surg*. 2019 Oct;43(5):1396-99. doi: 10.1007/s00266-019-01448-9
17. Абдисаматов БС, Алиев МЖ, Ниязбеков КИ, Максут УЭ, Макамбаи КА. Клинико-экспериментальное обоснование способа обеззараживания при эхинококкозе печени. *Вестн КГМА им ИК Ахунбаева*. 2016;(4):50-53. <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2016/vestnik-4-2016.pdf>
18. Tsivian A, Konstantinovskiy A, Tsivian M, Kyzer S, Ezri T, Stein A, Sidi AA. Concomitant laparoscopic renal surgery and cholecystectomy: outcomes and technical considerations. *J Endourol*. 2009 Nov;23(11):1839-42. doi: 10.1089/end.2009.0054

REFERENCES

1. Stancu B, Grad NO, Mihaileanu VF, Chiorescu S, Pintea SD, Constantinescu MI. Surgical technique of concomitant laparoscopically assisted vaginal hysterectomy and laparoscopic cholecystectomy. *Clujul Med*. 2017;90(3):348-52. doi: 10.15386/cjmed-747
2. Dronova VL, Dronov AI, Kriuchina EA, Tesliuk RS, Lutsenko EV, Nastashenko MI. Simul'tannye operatsii pri sochetannykh khirurgicheskikh i ginekologicheskikh zabolevaniyakh. *Ukrain Zhurn Khirurgii*. 2013;(2):143-51. <http://www.ujs.dsmu.edu.ua/journals/2013-02/2013-02.pdf> (In Russ.)
3. Maistrenko NA, Berlev IV, Basos AS, Basos SF. Simultaneous endovideosurgical interventions in gynecological patients with concurrent non-complicated gallstone disease. *Zhurn Akusherstva i Zhenskikh Boleznei*. 2008;LVII(3):18-23. http://www.jowd.ru/arhiv/JOWD_3_2008/Maystrenko.html (In Russ.)
4. Fedorov VE, Aslanov AD, Logvina OE, Masliakov VV. Simultaneous surgeries in patients with cholelithiasis (literature review). *Vestn Med In-ta «Reaviz»: Reabilitatsiya, Vrach i Zdorov'e*. 2018;(5):111-16. <https://cyberleninka.ru/article/n/simultannye-operatsii-pri-choletsistolitiaze-obzor-literatury> (In Russ.)
5. Makhovskii VZ, Akсененко VA, Laiпанov IM, Iakh'ia ZhM. Ekstrennye sochetannye operatsii v khirurgii organov briushnoi polosti i malogo taza. *Khirurgiya. Zhurn im NI Pirogova*. 2012;(9):48-54. <https://www.mediasphera.ru/issues/khirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova/2012/9/030023-1207201299> (In Russ.)
6. Kryger ZB, Dumanian GA, Howard MA. Safety issues in combined gynecologic and plastic surgical procedures. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007 Dec;99(3):257-63. doi: 10.1016/j.ijgo.2007.05.028
7. Hart S, Ross S, Rosemurgy A. Laparoendoscopic single-site combined cholecystectomy and hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol*. 2010 Nov-Dec;17(6):798-801. doi: 10.1016/j.jmig.2010.07.006
8. Ishchenko AI, Aleksandrov LS, Vedernikova NV, Zholobova MN, Shishkov AM, Shulutko AM, Rannev IB. Otsenka klinicheskoi i ekonomicheskoi effektivnosti simul'tannykh operatsii v ginekologii. *Vestn Novykh Med Tekhnologii*. 2006;XIII(4):109-12. <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/2006/06B4.pdf> (In Russ.)
9. Timerbulatov VM, Timerbulatov MV, Mekhdiev DI, Timerbulatov ShV, Smyr RA, Khabirov DM, Vagapov A.A. Medical aspects and economic efficiency of combined surgeries. *Annaly Khirurgii*. 2016;21(5):306-11. doi: 10.18821/1560-9502-2016-21-5-306-311 (In Russ.)
10. Celik O, Akand M, Ekin G, Duman I, Ilbey

YO, Erdogru T. Laparoscopic radical prostatectomy alone or with laparoscopic herniorrhaphy. *JSL.S.* 2015 Oct-Dec;19(4). pii: e2015.00090. doi: 10.4293/JSL.S.2015.00090

11. Tohma YA, Tezcaner T, Günakan E, Küçükyıldız İ, Takal MK, Zeyneloğlu HB, Dursun P. Single-port laparoscopy for treatment of concomitant adnexal masses and chole-cystectomy or appendectomy. *Biomed Res.* 2018 Jan;29(7):1356-60. doi:10.4066/biomedicalresearch.29-17-3555

12. Strizheletskii VV, Rutenburg GM, Zhemchuzhina TI, Al'tmark EM. Ekonomicheskaya effektivnost' simul'tannykh operatsii v khirurgii i ginekologii. *Moskov Khirurg Zhurn.* 2008;(1):26-29. http://mossj.ru/journal/MOSSJ_2008/MXG_2008_01.pdf (In Russ.)

13. Satkeeva AZh. Simultaneous surgery and gynecology operations. *Molodoi Uchenyi.* 2016;(21):81-84. <https://moluch.ru/archive/125/> (In Russ.)

14. Massenburg BB, Sanati-Mehrizi P, Ingargiola MJ, Rosa JH, Taub PJ. Outcomes and safety of the combined abdominoplasty-hysterectomy: a preliminary study. *Aesthetic Plast Surg.* 2015 Oct;39(5):667-73. doi:

10.1007/s00266-015-0531-7

15. Meriwether KV, Antosh DD, Knoepf LR, Chen CC, Mete M, Gutman RE. Increased morbidity in combined abdominal sacrocolpopexy and abdominoplasty procedures. *Int Urogynecol J.* 2013 Mar;24(3):385-91. doi: 10.1007/s00192-012-1857-1

16. Iribarren-Moreno R, Cuenca-Pardo J, Ramos-Gallardo G. Is plastic surgery combined with obstetrical procedures safe? *Aesthetic Plast Surg.* 2019 Oct;43(5):1396-99. doi: 10.1007/s00266-019-01448-9

17. Abdisamatov BC, Aliev MJ, Nijazbekov KI, Maksut UE, Makambay KA. Clinical and experimental basis of the method of disinfection in the liver echinococcosis. *Vestn KGMA im IK Akhunbaeva.* 2016;(4):50-53. <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2016/vestnik-4-2016.pdf> (In Russ.)

18. Tsivian A, Konstantinovskiy A, Tsivian M, Kyzer S, Ezri T, Stein A, Sidi AA. Concomitant laparoscopic renal surgery and cholecystectomy: outcomes and technical considerations. *J Endourol.* 2009 Nov;23(11):1839-42. doi: 10.1089/end.2009.0054

Адрес для корреспонденции

720054, Кыргызская Республика,
г. Бишкек, ул. Ю. Фучика, д. 15,
Городская клиническая больница № 1,
хирургическое отделение № 1,
тел. моб.: +996 550 65 00 08,
e-mail: musa-aliev-69@mail,
Алиев Мусабай Жумашович

Address for correspondence

720054, Kyrgyzstan, Bishkek,
Yu. Fuchik Str., 15,
City Clinical Hospital No1
The Surgery Unit No1,
tel.mob. +996 550 65 00 08,
e-mail: musa-aliev-69@mail
Aliev Musabai Z.

Сведения об авторах

Алиев Мусабай Жумашович, к.м.н., врач, хирургическое отделение № 1, Городская клиническая больница № 1, г. Бишкек, Кыргызская Республика. <http://orcid.org/0000-0003-0771-245X>

Зубехина Любовь Матвеевна, к.м.н., почетный профессор, доцент кафедры факультетской хирургии, Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика.

<http://orcid.org/0000-0001-8827-1021>

Ниязбеков Кубат Ибраимович, к.м.н., доцент кафедры хирургии общей практики с курсом комбустиологии, Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика.

<http://orcid.org/0000-0002-4103-3138>

Information about the authors

Aliev Musabai Zh., PhD, Physician, Surgical Unit No1, City Clinical Hospital No1, Bishkek, Kyrgyz Republic. <http://orcid.org/0000-0003-0771-245X>

Zubekhina Lyubov M., PhD, Honorary Professor, Associate Professor of the Department of the Faculty Surgery, Kyrgyz State Medical Academy Named after I. K. Akhunbayev, Bishkek, Kyrgyz Republic.

<http://orcid.org/0000-0001-8827-1021>

Niyazbekov Kubat I., PhD, Associate Professor of the Department of General Practice Surgery with a Course in of Combustiology, Kyrgyz State Medical Academy Named after I. K. Akhunbayev, Bishkek, Kyrgyz Republic. <http://orcid.org/0000-0002-4103-3138>

Информация о статье

Поступила 17 октября 2019 г.

Принята в печать 21 декабря 2020 г.

Доступна на сайте 1 марта 2021 г.

Article history

Arrived: 17 October 2019

Accepted for publication: 21 December 2020

Available online: 1 March 2021