Nurmurzayev Zafar Narbay o‘g‘li - t.f.n., v.b.dotsent
Umarqulov Zabur Zafarjonovich - t.f.n., v.b.dotsent
Eshnazarov Ravshanbek Baratovich - mustaqil izlanuvchi
Shakirova Umida Nasimovna - ordinator
Eshonqulova Rahimobonu Ravshan qizi - ordinator
Samarqand davlat tibbiyot universiteti (Samarqand, O‘zbekiston)

LAPAROSKOPIK XOLESISTEKTOMIYA FONIDA SIMULTAN OPERATSIYALARNI BAJARISHDA XIRURGIK TAKTIKANI TAKOMILLASHTIRISH

Dolzarbligi. *Laparoskopik xoletsistektomiya (LXE) hozirgi vaqtda surunkali kalkulyoz va o‘tkir xoletsistitni jarrohlik yo‘li bilan davolashning "oltin standarti"ga aylandi. Shu bilan birga, o‘t-tosh kasalligi bilan og‘rigan bemorlarning katta qismida jarrohlik aralashuvini talab qiladigan boshqa kasalliklar aniqlanadi. Tadqiqotlar ma’lumotlariga ko‘ra, o‘t-tosh kasalligining 40% gacha holatlari diafragmaning qizilo‘ngach teshigi churrasi va gastroezofageal reflyuks kasalligi bilan birga keladi. Shunga o‘xshash holat boshqa qo‘shma patologiya bilan ham kuzatiladi: masalan, xoletsistolitiaz ko‘pincha qorin old devori churralari, kichik tos a’zolari kasalliklari, appenditsit va boshqalar bilan birga keladi. Bu bir vaqtning o‘zida bir nechta kasalliklarni jarrohlik yo‘li bilan tuzatishga katta qiziqish uyg‘otadi.*

Bir vaqtning o‘zida (simultan) operatsiyalar takroriy operatsiya va takroriy anesteziyadan qochib, bitta aralashuv bilan bir nechta patologiyani bartaraf etish imkonini beradi. Bunday kombinatsiyalangan laparoskopik aralashuvlar kam travmatik va yuqori ijtimoiy-iqtisodiy samara bilan ajralib turadi. Xususan, bosqichma-bosqich davolashga nisbatan tezroq tiklanish, kamroq og‘riq sindromi va operatsiyadan keyingi asoratlarning umumiy sonining (ham erta, ham uzoq muddatli) kamayishi qayd etilgan. Simultan aralashuvlar alohida operatsiyalar oralig‘ida yondosh patologiyaning rivojlanishi yoki kuchayishi xavfini bartaraf etadi va davolanishning umumiy o‘limini kamaytiradi. Bundan tashqari, bitta kasalxonaga yotqizish hisobiga xarajatlar kamayadi va bemorning umumiy mehnatga layoqatsizlik davri qisqaradi.

Biroq, yaqqol afzalliklarga qaramay, bir vaqtning o‘zida bajariladigan operatsiyalar bajarish taktikasi va texnikasiga yuqori talablar qo‘yadi. Ikki va undan ortiq aralashuvlarning birga qo‘llanilishi operatsiya davomiyligi va jarrohlik jarohatining uzayishiga olib keladi, shuningdek, intra- va operatsiyadan keyingi asoratlar xavfini oshirishi mumkin. Ayniqsa, "toza" va "shartli infeksiyalangan" aralashuvlar kombinatsiyasida (masalan, bir vaqtning o‘zida gernioplastika va safro tushish xavfi bilan xoletsistektomiya) operatsiya maydonining infeksiyalanishini oldini olish muhimdir. Shu munosabat bilan, laparoskopik xoletsistektomiya asosida simultan operatsiyalarni bajarishning taktik va texnik jihatlarini optimallashtirish dolzarb vazifa bo‘lib, bu xavflarni minimallashtirishda bunday aralashuvlarning afzalliklarini maksimal darajada amalga oshirish imkonini beradi.

Kalit so`zlar: *xoletsistektomiya, gastroezofageal reflyuks, xoletsistolitiaz, simultan, laparoskopik xoletsistektomiya.*

Nurmurzaev Zafar Narbay ugli - C.M.Sc., acting associate professor
Umarkulov Zabur Zafarjonovich - C.M.Sc., acting associate professor
Eshnazarov Ravshanbek Baratovich - independent applicant
Shakirova Umida Nasimovna - resident
Eshonkulova Rakhimobonu Ravshan qizi - resident
Samarkand State Medical University (Samarkand, Uzbekistan)

IMPROVEMENT OF SURGICAL TACTICS WHEN PERFORMING SIMULTANEOUS OPERATIONS ON THE FRONT OF LAPHAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Relevance. *Laparoscopic cholecystectomy (LCE) has become the "gold standard" for surgical treatment of chronic calculous and acute cholecystitis. At the same time, a significant portion of patients with gallstone disease are found to have other diseases requiring surgery. According to research, up to 40% of gallstone disease cases are combined with diaphragm esophageal hernia and gastroesophageal reflux disease. A similar situation is observed with other combined pathologies: for example, cholecystolithiasis is often accompanied by anterior abdominal wall hernias, pelvic organ diseases, appendicitis, etc. This determines the high interest in the simultaneous surgical correction of several diseases.*

Simultaneous operations allow for the elimination of several pathologies with a single intervention, avoiding repeated surgery and repeated anesthesia. Such combined laparoscopic interventions are characterized by low trauma and high socio-economic effectiveness. In particular, faster recovery, less pain syndrome, and a decrease in the total number of postoperative complications (both early and long-term) are noted compared to the phased treatment. Simultaneous interventions eliminate the risk of progression or exacerbation of concomitant pathology

between separate operations and reduce overall mortality from treatment. In addition, due to one hospitalization, expenses are reduced and the total period of the patient's incapacity for work is reduced.

However, despite the obvious advantages, simultaneous operations place increased demands on execution tactics and techniques. Combining two or more interventions leads to an increase in the duration of surgery and surgical trauma, and potentially increases the risk of intra- and postoperative complications. It is especially important to prevent infection of the operating field when combined with "pure" and "conditionally infected" interventions (for example, with simultaneous hernioplasty and cholecystectomy with risk of bile entry). In this regard, optimizing the tactical and technical aspects of performing simultaneous operations based on laparoscopic cholecystectomy is a pressing task for maximizing the benefits of such interventions while minimizing risks.

Keywords: *cholecystectomy, gastroesophageal reflux, cholecystolithiasis, simultaneous, laparoscopic cholecystectomy.*

Нурмурзаев Зафар Нарбай угли - к.м.н., и.о. доцент
Умаркулов Забур Зафаржонович - к.м.н., и.о. доцент
Эшназаров Равшанбек Баратович - соискатель
Шакирова Умида Насимовна - ординатор
Эшонкулова Рахимобону Равшан кизи - ординатор
Самаркандский государственный медицинский университет (Самарканд, Узбекистан)

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ФОНЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Актуальность. *Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время стала "золотым стандартом" хирургического лечения хронического калькулёзного и острого холецистита. Одновременно у значительной части пациентов с желчнокаменной болезнью выявляются другие заболевания, требующие хирургического вмешательства. По данным исследований, до 40% случаев желчнокаменной болезни сочетаются с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Схожая ситуация наблюдается и с другой сочетанной патологией: например, холецистолитиаз нередко сопутствует грыжам передней брюшной стенки, заболеваниям органов малого таза, аппендициту и т.д. Это обусловливает высокий интерес к одномоментной хирургической коррекции нескольких заболеваний.*

Одномоментные (симультанные) операции позволяют одним вмешательством устранить несколько патологий, избегая повторной операции и повторной анестезии. Такие комбинированные лапароскопические вмешательства характеризуются малой травматичностью и высоким социально-экономическим эффектом. В частности, отмечается более быстрое восстановление, меньший болевой синдром и снижение общего числа послеоперационных осложнений (как ранних, так и отдалённых) по сравнению с поэтапным лечением. Симультанные вмешательства устраняют риск прогрессирования или обострения сопутствующей патологии в интервале между раздельными операциями и снижают общую летальность лечения. Кроме того, за счёт одной госпитализации снижаются затраты и сокращается суммарный период нетрудоспособности пациента.

Однако, несмотря на очевидные преимущества, симультанные операции предъявляют повышенные требования к тактике и технике выполнения. Совмещение двух и более вмешательств приводит к увеличению продолжительности операции и операционной травмы, а также потенциально повышает риск интра- и послеоперационных осложнений. Особенно важно предотвратить инфицирование операционного поля при сочетании «чистых» и «условно-инфицированных» вмешательств (например, при одновременной герниопластике и холецистэктомии с риском попадания желчи). В связи с этим актуальной задачей является оптимизация тактико-технических аспектов выполнения симультанных операций на базе лапароскопической холецистэктомии – для максимально возможной реализации преимуществ таких вмешательств при минимизации рисков.

Ключевые слова: *холецистэктомия, гастроэзофагеальный рефлюкс, холецистолитиаз, симультан, лапароскопическая холецистэктомия.*

Целью исследования. являлась оптимизация тактико-технических аспектов выполнения симультанных операций при лапароскопической холецистэктомии для повышения эффективности и безопасности хирургического вмешательства. Формулировка цели определяла необходимость сравнить результаты лапароскопической холецистэктомии, выполненной как изолированно, так и в сочетании с другими операциями, а также разработать рекомендации по повышению безопасности подобных вмешательств.

Материалы и методы. Исследование основано на анализе результатов лечения 102 пациентов с заболеваниями желчного пузыря, которым выполнялась лапароскопическая холецистэктомия. Пациенты были разделены на ос-

новную группу (n=50) и контрольную группу (n=52). В основную группу вошли больные, у которых одновременно с лапароскопической холецистэктомией выполнялись дополнительные симультанные операции. В контрольную группу включены пациенты, перенесшие изолированную лапароскопическую холецистэктомию без одномоментной коррекции сопутствующей патологии (при наличии таковой планировалось этапное лечение). Группы были сопоставимы по демографическим показателям, характеру патологии желчного пузыря (преимущественно хронический калькулёзный холецистит) и тяжести сопутствующих заболеваний. Критериями исключения из основной группы были крайне тяжёлое состояние пациентов (ASA IV/V), необходимость неотложной помощи по жизненным показаниям, а также наличие злокачественных новообразований, требующих обширных открытых операций.

Типы симультанных вмешательств в основной группе. У 50 пациентов основной группы выполнены следующие сочетания операций: у 15 (30%) – лапароскопическая холецистэктомия с одновременной лапароскопической герниопластикой (ущемлённых грыж не было, все грыжи плановые: преимущественно паховые и пупочные), у 10 (20%) – лапароскопическая холецистэктомия с аппендэктомией (хронический рецидивирующий аппендицит либо инцидентально обнаруженный воспалённый отросток), у 8 (16%) – лапароскопическая холецистэктомия с гинекологическими операциями (удаление кист яичников, коагуляция очагов эндометриоза и др.), у 5 (10%) – лапароскопическая холецистэктомия с резекцией доброкачественных кист печени, у 12 (24%) – другие сочетания (в том числе 5 случаев с пластикой послеоперационной вентральной грыжи, 4 случая с лапароскопической фундопликацией по поводу ГЭРБ, 3 случая с спленэктомией при сопутствующей спленомегалии). Во всех случаях холецистэктомия являлась основным этапом (т.е. выполнялась по поводу заболевания, послужившего главным показанием к операции), а дополнительные вмешательства – сопутствующими этапами. Большинство операций носило плановый характер; при обнаружении во время ЛХЭ непредвиденной патологии (например, острой аппендикулярной деструкции) решение о симультанной операции принималось интраоперационно, исходя из состояния пациента.

Тактико-технические решения. Для оптимизации выполнения симультанных вмешательств разработан и применён комплекс тактико-технических приёмов. Во-первых, проводилось тщательное предоперационное обследование пациентов (ультразвук, КТ/МРТ по показаниям, лабораторные тесты) для точной оценки сопутствующей патологии и планирования оперативной тактики. Во-вторых, оперативная бригада включала специалистов по соответствующим профилям (общий хирург, герниолог, гинеколог и т.д.) при необходимости, с заранее оговорённым распределением этапов операции. Перед началом вмешательства выполнялась разметка кожи с учётом доступа к нескольким анатомическим областям. В третьих, оптимизировано расположение троакаров: применялась стандартная 4-Ports схема для холецистэктомии, которую при необходимости модифицировали – например, при сочетании с герниопластикой в области пупка расширяли пупочный порт до 15 мм для введения сетки, при сочетании с вмешательствами на малом тазу добавляли 1–2 порта в нижних отделах живота. Все дополнительные манипуляции старались выполнять лапароскопически, без расширения разрезов. В четвёртых, строго соблюдалась последовательность этапов с учётом чистоты операций: как правило, начинали с холецистэктомии (источник потенциального инфицирования желчью), после её завершения производили смену инструментов и перчаток, санацию брюшной полости, и только затем выполняли «чистый» этап (например, установку сетчатого импланта при герниопластике). В случаях сочетания с вмешательствами на желудке/пищеводе (фундопликация) сначала выполняли менее травматичную холецистэктомию, затем переходили к более длительному этапу на пищеводном отверстии диафрагмы с перестановкой троакаров. Во всех операциях основной группы применялись современные технологии: электро- и ультразвуковые хирургические инструменты для сокращения времени гемостаза, эндоскопические мешки для надёжного извлечения удалённого желчного пузыря (предотвращение разлива желчи/конкрементов), профилактическое дренирование брюшной полости в случае сочетания с обширными резекциями. В контрольной группе использовалась стандартная техника лапароскопической холецистэктомии без отклонений от общепринятой методики.

Для оценки результатов сравнивали ключевые показатели эффективности и безопасности в обеих группах: длительность операции, интра- и послеоперационные осложнения, объём кровопотери, конверсия в открытую хирургию, длительность послеоперационной госпитализации, а также общее состояние пациентов в раннем послеоперационном периоде. Осложнения классифицировали по степени тяжести; учитывались также случаи необходимости повторных вмешательств, реанимационные мероприятия и летальность. Статистическая обработка данных выполнялась с использованием критериев Стьюдента и χ^2; отличия считались статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил 54,2 ± 11,3 года, мужчин – 38%, женщин – 62%. Сопутствующая патология включала гипертоническую болезнь (45%), ишемическую болезнь сердца (30%), ожирение (BMI >30 у 28% пациентов), хронический панкреатит (15%) и др. Различия между группами по возрасту и соматическому статусу статистически незначимы (p>0,1). В основной группе доля пациентов с множественными сопутствующими заболеваниями была несколько выше, что отражает критерии включения (стремление выполнить лечение нескольких патологий одномоментно у мультиморбидных пациентов). Тем не менее предоперационный статус по ASA в среднем составил 2,3 (основная группа) против 2,1 (контрольная группа), разница незначима.

Интраоперационные показатели. Все операции в обеих группах выполнены лапароскопически, без интраоперационной смертности. В основной группе средняя длительность вмешательства оказалась ожидаемо выше, чем в контрольной: *90–100 минут против ~60 минут* (в зависимости от сложности дополнительного этапа). Объём интраоперационной кровопотери при этом статистически значимо не различался между группами и не превышал 100 мл в среднем (практически во всех случаях лапароскопическая техника позволила минимизировать кровотечение). Конверсия в открытую операцию потребовалась у 2 пациентов (4%) основной группы – в одном случае из-за выраженного спаечного процесса, затруднившего одновременно холецистэктомию и герниопластику, в другом случае из-за интраоперационного осложнения (повреждение стенки желудка при фундопликации). В контрольной группе конверсия выполнена у 1 пациента (2%) вследствие неукротимого кровотечения из ложе желчного пузыря; различие по частоте конверсий незначимо (p>0,5). Таким образом, с технической точки зрения симультанные вмешательства успешны у подавляющего большинства пациентов, несмотря на увеличение продолжительности операции. При этом грамотное расположение троакаров и поэтапное выполнение всех действий позволили эффективно реализовать одновременно два и более лапароскопических этапа без мешающих друг другу инструментальных конфликтов.

Послеоперационные осложнения. В послеоперационном периоде осложнения зарегистрированы у 8 пациентов (16%) основной группы и у 4 пациентов (7,7%) контрольной группы (различие статистически незначимое, p≈0,2). В основной группе преобладали неопасные осложнения: у 3 больных образовались серомы в области наложения сетчатого импланта (при лапароскопической герниопластике), которые успешно лечены пункциями; у 2 – подкожные гематомы в местах троакаров, не потребовавшие активного вмешательства. Два более серьёзных осложнения потребовали лечения: у 1 пациента развился подпечёночный абсцесс на 5-е сутки (после сочетанной холецистэктомии и спленэктомии), потребовавший чрескожного дренирования под УЗ-контролем; ещё у 1 больной – транзиторная желчеистечением по дренажу, ликвидировавшаяся консервативно. В контрольной группе среди 4 осложнений: у 1 пациента – нагноение троакарной ранки, потребовавшее вскрытия и дренирования; у 1 – внутрипечёночный абсцесс, развившийся через 2 недели после выписки (потребовалась повторная госпитализация для чрескожной санации); у 2 – лёгкие мочеполовые инфекции. Случаев летальности в обеих группах не было. Не отмечено и специфических осложнений, связанных с сочетанием процедур: в частности, инфицирования хирургических ран или имплантов не произошло даже при комбинированных вмешательствах. Этот факт подтверждает, что при соблюдении надлежащей техники (адекватная антибиотикопрофилактика, использование эндомешка, санация брюшной полости) риск инфекционных осложнений не увеличивается. Наши данные согласуются с результатами зарубежных исследований. В недавнем систематическом обзоре (2024 г.) показано, что одновременно выполняемые лапароскопическая холецистэктомия и герниопластика являются безопасным и эффективным подходом: средняя длительность таких комбинированных операций составила 55–157 мин, средняя продолжительность госпитализации – 1–4 дня, общая частота осложнений – около 22% (преимущественно лёгкие серомы/гематомы), при отсутствии летальных исходов и инфекций сетчатых имплантов. Авторы обзора отмечают преимущества сочетанного вмешательства – сокращение суммарного пребывания в стационаре, более быстрое восстановление и экономическую целесообразность объединения операций. Таким образом, мировой опыт подтверждает: при правильно выбранной тактике симультанная лапароскопическая хирургия не повышает риска тяжёлых осложнений и позволяет эффективно решить сразу несколько проблем пациента.

В основной группе средняя продолжительность послеоперационной госпитализации составила ~4,2 ± 1,1 суток, что на 1–1,5 дня дольше, чем в контрольной группе (3,0 ± 0,8 суток, p<0,01). Несколько более длительное пребывание в стационаре объясняется большим объёмом вмешательства и необходимостью наблюдения после сразу двух оперативных этапов. Тем не менее суммарная длительность лечения пациентов основной группы оказалась существенно меньше, чем у аналогичных больных при поэтапном подходе. Из 50 пациентов основной группы 100% вылечили обе патологии за одну госпитализацию. В контрольной группе 20 пациентам

(38%) потребовалось плановое проведение второго хирургического вмешательства (герниопластика, гинекологическая операция и т.д.) спустя 6–8 недель; учитывая повторную госпитализацию (~3–5 дней) и реабилитацию, общий период лечения у них был в 1,5–2 раза дольше. Кроме того, пациенты основной группы избегали повторного наркоза и двойного стресса операции. Уже на 2-е сутки после операции активизация (подъём с постели, ЛФК) в основной группе лишь незначительно отставала от контроля. К 7-мым суткам после операции 92% пациентов основной группы полностью вернулись к самостоятельному обслуживанию и бытовой активности, что сопоставимо с контрольной группой (95%). Через месяц после выписки качество жизни (по опроснику SF-36) существенно не различалось между группами (p>0,1). Таким образом, несмотря на несколько больший период нахождения в стационаре при одномоментной операции, общие сроки выздоровления и восстановления практически не увеличиваются.

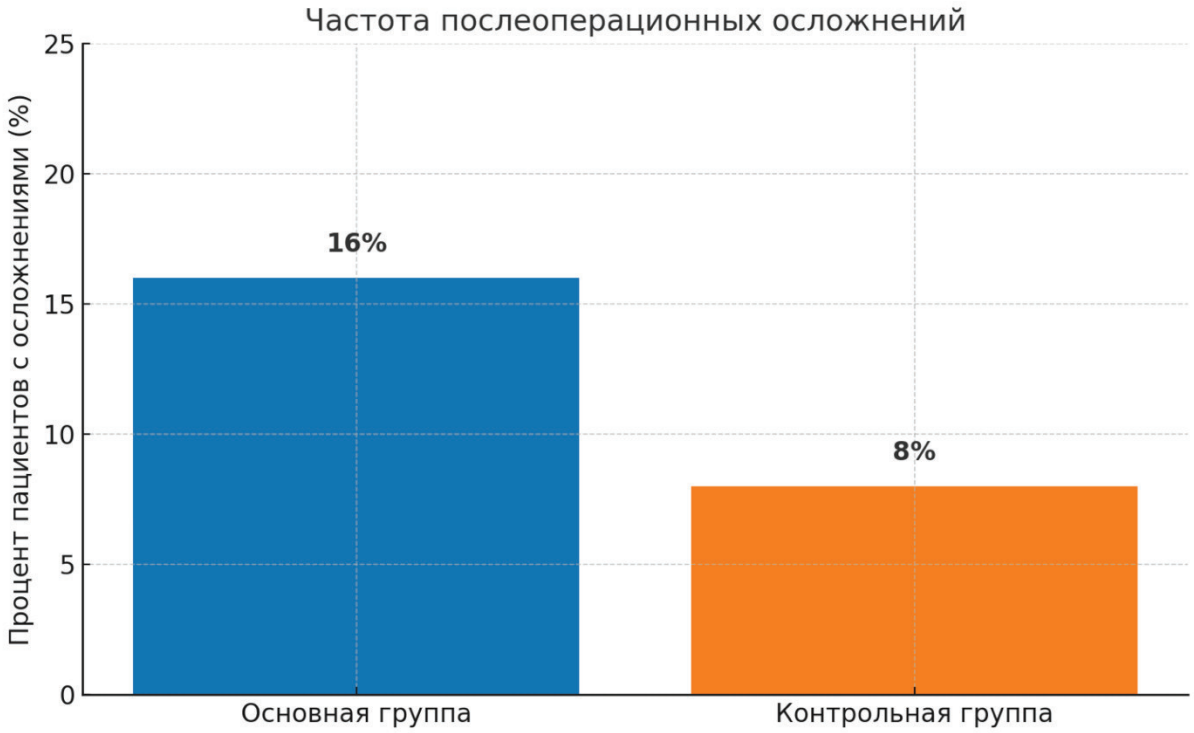


Рис. 1. **Частота послеоперационных осложнений в основной и контрольной группах**

На диаграмме сравнивается доля пациентов с осложнениями. Видно, что различие (16% vs 8%) статистически незначимо (p≈0,2), причём в основной группе осложнения в основном лёгкие. Это демонстрирует, что при надлежащей профилактике и технике симультанные операции не сопровождаются существенным ростом осложнений по сравнению со стандартной лапароскопической холецистэктомией.

Обсуждение результатов. Проведённое исследование показало, что симультанные операции при холецистэктомии технически осуществимы и целесообразны у тщательно отобранных пациентов. Правильная организация операции (междисциплинарное планирование, модификация доступа, соблюдение этапности) позволяет выполнить два и более лапароскопических вмешательства за одну сессию с минимальным увеличением продолжительности операции и без компромисса в безопасности. Полученные нами показатели свидетельствуют об эффективности сочетанных вмешательств: ни в одном случае не потребовалось отказаться от сопутствующей операции из-за интраоперационных трудностей, а частота конверсий и осложнений не превышает таковые при отдельных операциях. Эти данные соответствуют литературным сведениям, согласно которым симультанные лапароскопические вмешательства при добавлении лишь умеренной дополнительной инвазивности не увеличивают хирургический риск для пациента. Более того, суммарная нагрузка на больного даже снижается за счёт избавления от повторной операции. Отдельные авторы сообщают о снижении общей послеоперационной летальности при широком внедрении подобных одномоментных вмешательств, что особенно важно для ослабленных и пожилых пациентов.

Следует подчеркнуть, что решающую роль играет отбор пациентов и планирование тактики. Симультанные лапароскопические операции оправданы при наличии показаний к каждому из этапов и уверенности в возможности их лапароскопического выполнения. Противопоказаниями могут служить острый гнойный холецистит, перитонит или декомпенсированные со-

путствующие болезни – в таких случаях целесообразнее рассмотреть staged-подход. Оптимизация технических аспектов значительно повышает безопасность: в нашем исследовании применение эндомешков, смена инструментов между этапами и профилактика инфекции позволили избежать грозных осложнений (ни одного случая инфекции сетки при герниопластике, ни одной ятрогенной травмы, связанной с совмещением операций). Важно строго соблюдать принципы асептики и осторожности при сочетанных вмешательствах. Также целесообразно использование современных технологий, сокращающих время операции (ультразвуковые диссекторы, биполярная коагуляция и т.п.), чтобы минимизировать дополнительную нагрузку на пациента.

Наконец, существенным преимуществом симультанной тактики является экономическая эффективность. Пациент получает лечение всех выявленных хирургических заболеваний за один раз, что экономит ресурсы стационара и время самого пациента. Отпадает необходимость в повторной госпитализации, дублировании предоперационных обследований, повторной реабилитации и листке нетрудоспособности. Как показывают наши результаты и данные литературы, суммарная продолжительность пребывания в стационаре и восстановления у пациентов, прооперированных одномоментно, значительно меньше, чем при поэтапном лечении. Всё это свидетельствует в пользу более широкого внедрения симультанных лапароскопических операций в практику, при условии соблюдения разработанных тактико-технических мер предосторожности.

Для наглядности основные количественные результаты сравнения групп сведены в таблицу:

Показатель	Основная группа (n=50)	Контрольная группа (n=52)	P
Длительность операции, мин (M ± σ)	100 ± 30	60 ± 20	<0,001
Конверсия в открытую, случаев (%)	2 (4%)	1 (2%)	0,60
Послеоперационные осложнения, случаев (%)	8 (16%)	4 (7,7%)	0,20
Длительность госпитализации, суток (M ± σ)	4,2 ± 1,1	3,0 ± 0,8	<0,01

Примечание: *M ± σ – среднее ± стандартное отклонение. Достоверные различия выделены полужирным.*

Анализ показал, что симультанные операции несколько увеличивают время хирургического вмешательства (в среднем на 40 минут дольше, чем изолированная ЛХЭ) и требуют более продолжительного послеоперационного наблюдения (дополнительно ~1 дня стационара). Однако эти издержки компенсируются за счёт устранения необходимости в повторной операции, поэтому общий период лечения сокращается более чем на 50%. Частота же осложнений и серьёзных нежелательных исходов при оптимизированной тактике *не возрастает* (разница статистически недостоверна). Таким образом, предложенная методика позволяет обеспечить высокую эффективность и безопасность симультанных лапароскопических вмешательств.

Выводы.

1. Симультанные операции при лапароскопической холецистэктомии эффективны – они позволяют за одно вмешательство устранить сразу несколько заболеваний, избавляя пациента от повторной госпитализации и операции. При этом достигается значимое сокращение общего срока лечения и реабилитации больных.

2. Правильная тактика и техника являются ключевыми для безопасности симультанных вмешательств. Оптимизация расположения троакаров, строгая последовательность “грязных” и “чистых” этапов, применение эндомешков и современных энерготехнологий, а также тщательная антибиотикопрофилактика позволяют минимизировать операционную травму и предотвращать дополнительные осложнения. В нашем исследовании при использовании этих приёмов не отмечено увеличения частоты осложнений по сравнению со стандартной операцией (16% vs 8%, p>0,05).

3. Продолжительность операции и госпитализации при симультанных вмешательствах возрастает умеренно. Средняя длительность комбинированной лапароскопической операции увеличивается примерно в 1,5 раза относительно одиночной ЛХЭ, однако остаётся в приемлемых пределах (≈100 мин). Послеоперационное пребывание удлиняется на ~1 сутки. Эти затраты времени оправданы, учитывая, что пациенты основной группы избежали повторных вмешательств, тогда как 38% больных контрольной группы нуждались в плановой второй операции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В. Т., Шестаков А. Л., Маев И. В.Современные подходы к симультанным операциям при сочетанной абдоминальной патологии // *Клиническая медицина*. – 2020. – Т. 98, №4. – С. 263–267.

2. Мартынюк Т. В., Ковальчук И. П., Бондаренко А. Г.Симультанные лапароскопические вмешательства в хирургии: опыт и перспективы // *Хирургия*. – 2021. – №9. – С. 52–56.

3. Петрищев Н. Н., Ермаков А. С., Жукова О. А.Тактические аспекты выполнения симультанных операций при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости // *Вестник хирургии имени И.И. Грекова*. – 2019. – Т. 178, №6. – С. 72–76.

4. Калинин П. П., Петров С. В., Антонов А. А.Роль лапароскопической холецистэктомии в структуре симультанных вмешательств у пациентов с комбинированной патологией // *Медицинский альманах*. – 2022. – №3. – С. 89–94.

5. Нурмухамедов Р. Т., Алимбеков А. Ж., Халбаев А. М.Оптимизация хирургической тактики при сочетанных заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны и желчного пузыря // *Хирургия Кавказа*. – 2023. – Т. 19, №2. – С. 118–123.

6. Ugli, Nurmurzaev Zafar Narbay, Nodirov Kosimjon Komilzhonovich, and Abduraxmanov Diyor Shukurullaevich. "Tensioned hernioplasty and abdominoplasty in patients with morbide obesity." Research Focus 3.4 (2024): 94-105.

7. Ugli, Nurmurzaev Zafar Narbay, Usarov Mukhriddin Shukhratovich, and Akobirov Matlabbek Talat Ugli. "Some features of treatment of diaphragm hernias with the use of laparoscopic anti-reflux methods." Research Focus 3.4 (2024): 106-110.

8. Ugli, Nurmurzaev Zafar Narbai, and Shodikulova Parvina Shukhratovna. "Biliary peritonitis as a complication of chronic calcular cholecystitis." Research Focus 3.4 (2024): 111-116.

9. Matlabbek, Akobirov, and Nurmurzaev Zafar. "Checking the condition of the coronary arteries of the heart by the method of multispiral computed tomography." amaliy va fundamental tadqiqotlar jurnali| journal of applied and fundamental researcH 2.5 (2023): 26-29.

10. Ugli, Nurmurzaev Zafar Narbay, and Dusmuradova Dildora Khushmuradovna. "Diapeutic method of treatment of varicocele." journal of applied medical sciences 6.5 (2023): 80-85.

11. Ugli, Nurmurzaev Zafar Narbay, Gaibullaev Sherzod Obid Ugli, and Mukhiddinov Adham Ahmadjon Ugli. "Intraoperative endoscopic correction of choledocholithiasis." Research Focus 3.4 (2024): 89-93.

12. Ugli, Nurmurzaev Zafar Narbay, and Dusmuradova Dildora Khushmuradovna. "Diapeutic method of treatment of varicocele." journal of applied medical sciences 6.5 (2023): 80-85.

13. Ugli, Nurmurzaev Zafar Narbay, et al. "Diagnosis and surgical treatment of echinococcal cyst of the liver." Research Focus 3.4 (2024): 76-81.

14. Ugli, Nurmurzaev Zafar Narbay, et al. "Early diagnostics of infected pancreonekrosis." Research Focus 3.4 (2024): 71-75.

15. Ugli, Nurmurzaev Zafar Narbai, Khamidov Obid Abdurakhmonovich, and Utaeva Ugilbibi Akbaralievna. "Role of endoscopic, diapeutic methods and x-ray surgery in the treatment of complicated forms of cholelithiasis." journal of applied medical scienceS 6.5 (2023): 30-35.

16. Якубов, Д. Ж., Ахмедов, Я. А., Умаркулов, З. З., & Ким, Т. П. (2023). Мультипараметрическая МРТ В Диагностике Рака Предстательной Железы. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 4(2), 577-587.

17. Умаркулов, З. З., Хамидов, О. А., & Давлатов, С. С. (2023). Диапевтические методы в хирургическом лечении кистозных образований печени. Журнал гуманитарных и естественных наук, (6), 108-112.

18. Умаркулов, З. З., Хамидов, О. А., Давлатов, С. С., & Усмонов, А. У. (2023). Роль диапевтических методов в диагностики и результатов хирургического лечения больных паразитарными и непаразитарными кистами печени. Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований, 4(3)

19. Умаркулов, З. З., Хамидов, О. А., & Давлатов, С. С. (2023). Результаты анализа хирургического лечения больных кистозными образованиями печени. Журнал гуманитарных и естественных наук, (6), 133-137.

20. Умаркулов, З. З., Хамидов, О. А., Давлатов, С. С., & Усмонов, А. У. (2023). Роль диапевтических методов в хирургическом лечении кистозных образований печени. Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований, 4(3).

21. Умаркулов, З. З. (2024). Преимущества ультразвуковой эластографии при раке молочной железы. theory and analytical aspects of recent research, 3(26), 1-4.

22. Умаркулов, З. З. (2023). Визуализация Множественной Миеломы. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 4(3), 906-916.

23. Умаркулов, З., Усмонов, А., Арзиев, А., & Атоева, М. (2023). Место диапевтических методов в хирургическом лечении кистозных образований печени. Development of pedagogical technologies in modern sciences, 2(12), 120-128.

24. Умаркулов, З. З., & Сувонов, З. К. (2023). Современные развития лучевой диагностики. Journal the Coryphaeus of Science, 5(5), 237-251.

25. Умаркулов, З. З., & Хакимов, М. Б. (2023). Совместный Выпот Коленного Сустава: Возможности И Ограничения Узи. Diversity Research: Journal of Analysis and Trends, 1(3), 244-253.

26. Ugli, N. Z. N., & Khushmuradovna, D. D. (2023). Diapeutic method of treatment of varicocele. journal of applied medical scienceS, 6(5), 80-85.

27. Rizaev, E. A., Kurbaniyazov, Z. B., Mamarajabov, S. E., Nurmurzaev, Z. N., & Abdurakhmanov, D. S. (2023). Features of surgical correction of complicated forms of cholelithiasis in the elderly and senile age. Texas Journal of Medical Science, 18, 17-24.