

3. Transurethral resection for benign prostatic hyperplasia. Current developments / M. Alschibaja [et al.] // Urologe A – 2005. – Vol. 44(5). – P. 499-504.
4. Update on AUA guideline on the management of benign prostatic hyperplasia / KT McVary [et al.] // J Urol. – 2011. – Vol. 185. – P. 1793-1803.
5. EAU guidelines on the treatment and follow-up of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction / M Oelke [et al.] // Eur Urol – 2013. – Vol. 64. – P. 118-140.
6. Holmium laser resection of the prostate: preliminary results of a new method for the treatment of benign prostatic hyperplasia / PJ Gilling [et al.] // Urology. – 1996. – Vol. 47. – P. 48-51.
7. The use of the holmium laser in the treatment of benign prostatic hyperplasia / PJ Gilling [et al.] // J Endourol. – 1996. – Vol. 10. – P. 459-461.
8. Elmansy HM. Holmium laser enucleation of the prostate: long-term durability of clinical outcomes and complication rates during 10 years of followup / HM Elmansy, A Kotb, MM. Elhilali // J Urol. – 2011. – Vol. 186. – P. 1972-1976.
9. Holmium laser enucleation for large (greater than 100 mL) prostate glands / JA Hettiarachchi [et al.] // Int J Urol. – 2002. – Vol. 9. – P. 233-236.
10. Holmium laser enucleation of the prostate – outcomes independent of prostate size? / MR Humphreys [et al.] // J Urol – 2008. – Vol. 180. – P. 2431-2435.
11. Technical Aspects of Holmium Laser Enucleation of the Prostate for Benign Prostatic Hyperplasia / M Kim [et al.] // Korean J Urol – 2013. – Vol. 54. – P. 570-579.
12. In 2013, holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP) may be the new 'gold standard' / MD Tyson [et al.] // Curr Urol Rep. – 2012. – Vol. 13. – P. 427-432.

УДК 616.411-089

© А.И. Муродов, З.А. Кадыров, 2017

А.И. Муродов, З.А. Кадыров
**СИМУЛЬТАННЫЕ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ
 ПРИ СОЧЕТАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
 И ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА**
ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва

В статье проанализирован обзор отечественной и мировой литературы о симультанных операциях у пациентов с сочетанными заболеваниями органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Достижения последних десятилетий в хирургии и анестезиологии создали реальные условия для выполнения симультанных видеоэндоскопических операций, позволяющих одновременно провести коррекцию нескольких хирургических заболеваний разной локализации, включая онкологических больных. Минимальная инвазивность, эффективность и экономичность видеоэндоскопических операций позволили минимизировать число традиционных операций.

Ключевые слова: видеоэндоскопия, симультанные операции, сочетанные заболевания, органы брюшной полости, лапароскопические операции.

A.I. Murodov, Z.A. Kadyrov
**SIMULTANEOUS VIDEOENDOSCOPIC SURGERY IN COMORBID DISEASES
 OF ABDOMINAL ORGANS AND RETROPERITONEAL SPACE**

The article analyzes the domestic and foreign literature concerning simultaneous operations in patients with comorbid diseases of the abdominal organs and retroperitoneal space. Achievements of the last decades in surgery and anesthesiology created real conditions for conducting simultaneous videoendoscopic operations, which allow surgeons to correct several surgical diseases of various localizations at a single stage, including patients with cancer. Minimal invasiveness and effectiveness of videoendoscopic operations enable to minimize the number of traditional operations.

Key words: videoendoscopy, simultaneous operations, comorbid diseases, abdominal organs, laparoscopic operations.

Симультанные операции – это одновременное выполнение двух или нескольких самостоятельных операций по поводу различных заболеваний, при которых показано хирургическое лечение.

Основной этап – это симультанная операция, выполняемая по поводу основного заболевания больного, а основное заболевание – это заболевание, с которым больной поступил в стационар, и которое представляет большую опасность для его жизни на этапе хирургического лечения.

Симультанный этап – это этап операции, выполняемый по поводу сочетанного заболевания, а сочетанное заболевание – это заболевание, которое представляет меньшую опасность для жизни больного на этапе хи-

рургического лечения по сравнению с основным заболеванием, и его лечение зависит от выбора хирургов, состояния пациента и сопутствующего заболевания [1,2].

Многие отечественные и зарубежные хирурги рекомендуют проведение симультанных операций, учитывая следующие преимущества перед многоэтапным лечением: одновременное излечение 2-3 разных хирургических заболеваний; предупреждение прогрессирования заболевания, оперативное лечение которого откладывали на более поздний срок; сокращение времени суммарного пребывания больного в стационаре и последующего лечения; устранение риска повторного наркоза и его осложнений; исключение необходимости в повторном обследовании и предоперационной подготовке;

повышение экономической эффективности лечения. Принимая во внимание данные факторы, симультанные операции могут быть рекомендованы к применению в широкой практике [1,3,4].

Несмотря на явные преимущества симультанных операций и большое число клинических наблюдений, такие оперативные вмешательства выполняются в среднем 3-5% хирургических больных, тогда как частота сочетанной патологии, по данным ВОЗ, достигает 20-30% [5].

В большинстве случаев сочетание заболеваний не является случайным – наблюдаются закономерности соприкосновения (сцепления) в определённых звеньях патогенеза, что требует более углубленного изучения. Примером такой патологии может служить сочетание заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

По данным Е.Г. Чучуева (2006), синхронные метастатические поражения печени и почек диагностируются в 7,2% случаев от общих синхронных метастатических поражений печени [6]. Однако В.И. Чиссова и соавт. (2000) считают, что в последние годы зафиксирована тенденция к увеличению заболеваемости больных с первично-множественными злокачественными образованиями. Большинство авторов это связывают с увеличением не только продолжительности жизни населения, но и количества больных со злокачественными новообразованиями, а также с улучшением диагностических методов исследования (УЗИ, КТ, МРТ, патоморфологические и др.). Одним из актуальных аспектов проблемы первично-множественных опухолей (ПМО) является определение принципиальных позиций в выборе лечебной тактики. Оснащение хирургии современной техникой и технологией, надежными анестезиологическими пособиями, а также достижения эндовидеоскопии улучшают лечение пациентов в 2-х направлениях: во-первых, расширяют показания к радикальным операциям с максимальным сохранением функции органов и во-вторых, увеличивают удельный вес органосберегающего лечения [7].

Сочетанное поражение печени и почек злокачественной опухолью создает значительные трудности в клинической практике как для хирургов, так и для онкоурологов.

С. Justinger (2008) считает, что при этапном выполнении этих операций ускоряется опухолевый рост (это связано со значительным выбросом в кровоток факторов роста в ответ на первое оперативное вмешательство) и стимулируется прогрессирование остающейся опухолевой ткани. В связи с этим

симультанные обширные и травматичные вмешательства на печени и почках значительно увеличивают операционный стресс и могут вызвать тяжелые и необратимые послеоперационные осложнения [8]. Однако с онкологических позиций симультанное вмешательство может оказаться единственно адекватным и своевременным методом лечения [9].

К.Н. Ongi соавт. (2016) считают, что лапароскопическая роботизированная одномоментная операция на почках и печени ретроперитонеоскопическим доступом является наиболее оптимальным методом операции, особенно у пациентов с циррозом печени, которым противопоказана большая (расширенная) резекция печени [10].

Однако в отечественной и зарубежной литературе описаны единичные клинические наблюдения о проведении симультанных операций при синхронных опухолях печени и почек [9,11].

По данным этих авторов нагноение послеоперационной раны наблюдается у 4-10% пациентов после таких операций. Вопросы адекватности и целесообразности симультанных хирургических операций у пациентов с синхронными опухолями печени и почек, а также проблемы безопасного эффективного выполнения таких операций видеондоскопическим доступом не решены.

Сочетание кисты печени и почки. Несмотря на улучшение уровня жизни и достижения медицины, зафиксирован рост заболеваемости эхинококкозом человека. Неуклонный рост заболеваемости эхинококкозом связан не только с ухудшением санитарно-эпидемической ситуации, но и с увеличением миграции населения [12]. В 90 % случаев эхинококковая болезнь поражает печень и легкие, а в 10% случаев другие органы и ткани [13].

Если при сочетанных мелких эхинококковых кистах печени и легких показано проведение консервативной терапии [14], то при расположении кисты в почках – активное вмешательство (марсупиализация, чрескожное дренирование, кистили нефрэктомия).

Е. Ozden и соавт. (2011) проанализировали лечение 178 пациентов с эхинококковой кистой почек. Более 50% этих пациентов были прооперированы открытым доступом. Авторы считают, что лапароскопическая и ретроперитонеоскопическая закрытая эхинококэктомии являются альтернативой миниинвазивным методам лечения эхинококковой кисты почки [15].

А.Г. Кригер и соавт. (2015) приводят клиническое наблюдение пациента с диссе-

минированным поражением брюшной полости после лапароскопического удаления эхинококковой кисты почки [16].

S. Aggarwal и A. Bansal (2014) наблюдали 3-х пациентов с эхинококковой кистой левой почки. У 1 из них зафиксировано сочетание эхинококковой кисты почки и печени. У 2-х пациентов операция проведена лапароскопическим доступом. У 1 с сочетанной эхинококковой кистой почки и печени лапароскопически была удалена киста левой почки, а при выполнении эхинококкэктомии из печени была проведена конверсия доступа в открытый. Авторы обосновали конверсию доступа большим размером и интрапаренхиматозной локализацией кисты в печени [17].

Все это свидетельствует о том, что в литературе описаны лишь единичные клинические наблюдения одновременной лапароскопической эхинококкэктомии печени и почек.

В связи с этим особенности лапароскопических операций при сочетанной эхинококковых кист печени и почек мало отражены в литературе.

Сочетание непаразитарных кист печени и почек. По данным Т.В. Рошина (1990), в 10-51,6% наблюдений поликистозное поражение печени сочетается с поликистозом почек, яичников и др. Учитывая частое поражение, Б.В. Петровский в своей классификации кисты печени выделяет 2 категории: киста печени с поражением только печени и киста с поражением печени, почки и других органов [18].

Вопрос о происхождении кист печени и почек до настоящего времени остается дискуссионным. В настоящее время существуют 2 теории развития кист, объясняющие гистогенез таких образований как врожденный и приобретенный механизм развития [19].

Клинические проявления кистозных образований печени и почек многообразны. При этом выделяют общие признаки (быстрая утомляемость, повышение артериального давления) и местные (боль или дискомфорт в области правого подреберья, поясничной области, расстройство мочеиспускания). У 10% пациентов проявляется клиника почечной колики [18]. По наблюдениям К.В. Шишина (2006) только у 16% пациентов с простыми кистами печени при прогрессировании болезни наблюдаются клинические проявления [20]. В.Р. Матевосян (2006) считает, что длительное бессимптомное течение и несвоевременная диагностика кистозных образований печени обуславливают высокий риск возникновения осложнений, угрожающих жизни [21]. При этом большинство операций выпол-

няется в экстренном порядке традиционным доступом, удлиняющим срок госпитализации.

В настоящее время в лечении простой кисты почки и печени применяют различные методы: оперативное вмешательство (открытое или лапароскопическое), чрескожная аспирация содержимого кист и аспирация с последующим введением склерозирующих веществ.

Н.А. Лопаткин и соавт. (2000) наблюдали 27 пациентов с симптоматическими простыми кистами почек. У 11% пациентов наступил рецидив после чрескожной пункции. Операция была выполнена лапароскопическим доступом, только у 1 пациента зафиксирована конверсия доступа. Авторы считают, что основными преимуществами данной методики являются: малая травматичность, контролируемость и эффективность [22].

А.В. Вишневский и др. (2003), проанализировав результаты лечения 145 пациентов с непаразитарными кистами печени, считают, что показаниями к хирургическому лечению простых кист печени являются: кисты более 10 см, многокамерные кисты, трудно дифференцируемые от цистаденом или паразитарных кист, а также неэффективность чрескожных методов и выполнения сочетанных вмешательств открытыми операциями на других органах [23].

О.А. Троицкий, И.Е. Хатьков и соавт. (2015) провели анализ 1146 пациентов с кистами почек, из них 113 с поликистозной болезнью. 618 пациентам с кистами почек выполнена эндовидеохирургическая операция, из них у 25 – симультанные операции. Авторы считают, что выполнение симультанных эндовидеохирургических операций у пациентов с кистами почек не сопровождается большими техническими трудностями, но имеет несколько большую продолжительность [24].

Ю.В. Иванов и соавт. (2006) считают, что в настоящее время лапароскопия является наиболее оптимальным методом лечения пациентов с кистами почек, так как позволяет проводить симультанные операции на органах брюшной полости и таза, забрюшинного пространства, не расширяя оперативный доступ [25].

Таким образом, показания и противопоказания к проведению одномоментной лапароскопической операции при сочетании простых кист печени и заболеваний органов забрюшинного пространства или простых кист почки и заболеваний органов брюшной полости недостаточно отражены в литературе.

Одним из наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний является желчно-каменная болезнь. Особый интерес к этой про-

блеме обусловлен чрезвычайно высоким ростом заболеваемости ЖКБ в развитых странах. На сегодняшний день желчно-каменная болезнь зафиксирована у 10-12% населения в странах Запада и у 3-4% в странах Азии [26]. Отчасти широкую распространенность и встречаемость данной патологии можно объяснить высокой частотой сочетания ЖКБ с гинекологическими, урологическими заболеваниями и заболеваниями органов брюшной полости. Однако сочетание желчно-каменной болезни с иными заболеваниями органов брюшной полости и мочевыделительной системы не всегда обусловлено только высокой частотой встречаемости ЖКБ. Существуют патогенетические связи между холелитиазом и различными урологическими заболеваниями, такими как мочекаменная болезнь и нефроптоз.

Н.А. Темуров (2014) считает, что причиной достаточно частого сочетания калькулезного холецистита (КХ) и мочекаменной болезни (МКБ) является нарушение обменных процессов в организме в целом, а точнее фосфорно-кальциевого обмена [27].

Ожирение является общепризнанным фактором риска развития заболеваний органов брюшной полости и мочеполовой системы. При ожирении зафиксирован более высокий индекс литогенности желчи – в ней значительно выше концентрация холестерина, чем желчных кислот и фосфолипидов, что способствует ранней кристаллизации холестерина и формированию желчных конкрементов [28].

По данным ряда исследований сегодня ожирение среди причин рака у человека уступает лишь курению и борьбу с ним исследователи рассматривают как основную цель любой противораковой лечебной и профилактической терапии [29].

Выявлена связь абдоминального ожирения с низким уровнем тестостерона в сыворотке крови у мужчин и более высокой частотой встречаемости нарушений половой функции. Так, эректильную дисфункцию диагностируют чаще всего (50%) у мужчин с ожирением [30]. Ожирение и дислипидемия сопряжены со стадией и степенью злокачественности рака простаты, а также с более высокой смертностью от этого заболевания.

Ю.А. Гербали (2014), проанализировав результаты лечения 476 пациентов с хроническим калькулезным холециститом (ХКХ), выявил, что дифференцированный подход к ведению больных с ХКХ и сопутствующей патологией, требующей хирургического лечения, позволяет значительно улучшить результаты лечения и качество жизни больных [31].

Кроме того, существует веский клинический аргумент для проведения одномоментного лечения ЖКБ и сочетанных урологических заболеваний – это развитие острого послеоперационного холецистита после выполнения операции на органах брюшной полости и забрюшинного пространства, который протекает более тяжело у пациентов в раннем послеоперационном периоде. По данным G. Pecorella и соавт. (1987) острый послеоперационный холецистит составляет 0,89% всех случаев острого холецистита [28].

Причинами возникновения острого холецистита в послеоперационном периоде являются следующие факторы: застой желчи из-за высокой вязкости, обусловленный длительным голоданием; дегидратация, гиповолемия, лихорадка и шок, спазм сфинктера Одди, проведение анестезии; при операциях на органах верхнего этажа брюшной полости возможно возникновение спаечной деформации желчного пузыря, а также проникновение в него различными путями инфекции [32].

Появление эндовидеохирургических методов расширили показания к одномоментному лечению хирургических заболеваний по сравнению с таковыми для вмешательств открытым способом, выполненных из одного доступа [33].

Так, N.T. Ott и соавт. (2013) представили результаты одномоментной лапароскопической операции по поводу сочетания ЖКБ и грыжи брюшной стенки (пупочной и паховой). Результаты лечения не отличались от таковых при изолированных лапароскопических операциях по поводу холецистолитиаза или пластики грыж [34]. S.J. Choi и соавт. (2003) применили лапароскопическую холецистэктомию непосредственно перед трансплантацией почки. Необходимость данного вмешательства в обоих случаях была обусловлена опасениями возникновения острого послеоперационного холецистита на фоне иммуносупрессивной терапии, а лапароскопический доступ был обоснованно выполнен в связи с минимальной травматичностью. В обоих случаях операции прошли без осложнений [35].

Лапароскопическая холецистэктомия, являясь, с одной стороны, «золотым стандартом» лечения холецистолитиаза, а с другой – предоставляя возможность доступа практически к любому органу брюшной полости и забрюшинного пространства, может быть лучшей альтернативой «открытой» хирургии при выполнении симультанных операций. Несмотря на то, что прошло 30 лет с момента выполнения первой

лапароскопической холецистэктомии, в литературе описаны только единичные работы, связанные с сочетанной лапароскопической холецистэктомией и операциями на органах брюшинного пространства. Технические особенности этих операций мало отражены в литературе.

В последнее время появляется все больше работ, демонстрирующих возможность внедрения лапароскопических методов при лечении злокачественных заболеваний. М.И. Давыдов и соавт. (1999) считают выполнение симультанных операций больным с первично-множественными синхронными поражениями оправданным при условии адекватного анестезиологического пособия и интенсивной послеоперационной терапии [36].

Большинство авторов при синхронных опухолях органов брюшной полости и забрюшинного пространстве предпочитают традиционные методы операции. Вопрос о проведении симультанных операций лапароскопическим доступом остается спорным.

Таким образом, достижения последних лет в хирургии и анестезиологии создали реальные условия для выполнения симультанных видеоэндоскопических операций, позволяющих одновременно проводить коррекцию нескольких хирургических заболеваний разной локализации, включая онкологических больных. Вопрос об адекватном выборе доступа, этапности операции у этих пациентов остается открытым.

Сведения об авторах статьи:

Муродов Акбар Исмагуллоевич – аспирант кафедры эндоскопической урологии ФПКМР ФГБОУ ВПО РУДН, Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 21/2, корп.10. E-mail: hurshed852@mail.ru.

Кадыров Зиёратшо Абдуллоевич – д.м.н., профессор, зав. кафедрой эндоскопической урологии ФПКМР ФГБОУ ВПО РУДН, Адрес: 117198, г. Москва, ул. Миклухо-Маклая, 21/2, корп. 10. E-mail: zieratsho@yandex.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Федоров, А.В. Оценка эффективности сочетанных операций / А.В. Федоров, А.Г. Кригер, А.В. Колыгин // Материалы XVI съезда Российского общества эндоскопических хирургов. – М., 2013. – С. 256.
2. Combined trans-urethral prostatectomy and mesh-based tension-free inguinal hernia repair / Gonzales-Ojeda A. [et al.] //Hernia. – 2003. – Vol. 7, N. 3. – P. 141-145.
3. Физулин, М.М. Сочетанные вмешательства у больных колоректальным раком старшей возрастной группы: материалы конференции/ М.М. Физулин, С.Г.Павленко, О.С.Набатова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 9. – С.31-33.
4. Егиев, В.Н. Грыжи / В.Н.Егиев, П.К. Воскресенский. – М.:Медпрактика-М, 2015. – 480 с.
5. Земляной, А.Г. Симультанные заболевания и операции на органах брюшной полости / А.Г. Земляной. – Л., 1984.- 21 с.
6. Чиссов, В.И. Первично-множественные злокачественные опухоли / В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг. – М.: Медицина, 2000. – 336 с.
7. Чучуев Е.Г. Симультанные операции у больных с синхронным, метастатическим раком печени: автореф. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 24 с.
8. Increased growth factor expression after hepatic and pancreatic resection/ C.Justinger C. [et al.] // Oncol.Rep. – 2008. – Vol.20. – P.1527-1531.
9. Simultaneous retroperitoneal robotic partial nephrectomy and hepatectomy for synchronous renal-cell carcinoma and hepatocellular carcinoma in a cirrhotic patient / K.N. Ong. [et al.] // Endourol Case Rep. – 2016. – Nov, Vol. 1, N 2(1). – P. 215-217.
10. Вмешательства на печени в сочетании с нефрэктомией у больных злокачественными опухолями печени и почек/ Р.Б. Алиханов [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2010. – Т.15, №3. – С. 95-98.
11. Synchronous double primary malignancies of the liver and kidney: A case report/ Jun-Jun Sun. [et.al.] // Oncol Lett. – 2016. – Mar; Vol. 11(3). – P. 2057-2060.
12. Primary Renal Hydatid Cyst: Mis-interpretation as a Renal Malignancy/ Choi Hoon. [et. al.] // Korean J. Parasitol. – 2014. – Jun; Vol. 52(3). – P. 295-298.
13. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications/ I. Pedrosa [et. al.] // Radiographics. – 2000. – Vol. 20. – P. 795-817.
14. Isolated renal hydatidosis: experience with 20 cases/ C.Gogus [et.al.] // J Urol. – 2003. – Vol. 169. – P. 186-189.
15. Renal hudatid cyst treatment: retroperitoneoscopic "Closed cyst,, pericystectomy/ E.Ozden E. [et. al.] // Int. J. Urol. – 2011. – Mar; Vol. 18(3). – P. 237-239.
16. Диссеминированное поражение брюшной полости после лапароскопического удаления эхинококковой кисты почки / А.Г. Кригер [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2015. – №11. – С.71-74.
17. Aggarwal S. Laparoscopic management of hidatid cyst / S. Aggarwal, A. Bansal // JSLS. – 2014. – Apr-Jun; Vol. 18(2). – P. 361-366.
18. Многолетнее течение резко выраженного поликистоза почек и печени / Т.В. Рошина [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1990. – № 2. – С.82-84.
19. Piscopo G. Clinical manifestations is autosomal dominant polycystic kidney disease/ G. Piscopo, G. G. Capolongo// Ital. Nefrol. – 2016. – Sep-Oct; Vol. 33(5).
20. Хирургическое лечение непаразитарных кист печени / К.В. Шишин [и др.] // Хирургия. – 2006. – №5. – С 17-21.
21. Матевосян В.Р. Топическая дифференциальная диагностика непаразитарных кист печени и выбор метода хирургического лечения: автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2006. – 18 с.
22. Лопаткин, Н.А. Лапароскопическая резекция простой кисты почки / Н.А.Лопаткин, Ф.Б. Фидаров, А.Г. Мартов // Урология. – 2000. – №6. – С.42-45.
23. Операции на печени: руководство для хирургов/ А.В. Вишневский [и др.] –М.: МИКЛОШ, 2003. – 164 с.
24. Симультанные эндовидеохирургические операции у больных с кистами почек / О.А. Тройцкий [и др.] //Эндоскопическая хирургия. – 2015. – №3. –Т 21. – С. 3-7.
25. Опыт лапароскопического лечения кист почек / Ю.В.Иванов [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. – 2006. – Т. 8, № 1. – С.83.
26. Славин, Л.Е. Лапароскопическая холецистэктомия // Практическая медицина. – 2010. – № 2. – С. 30-35.
27. Темуров Н.А. Современные технологии в диагностике и лечении калькулезного холецистита, сочетающегося с мочекаменной болезнью: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Душанбе, 2014. – 24 с.
28. Григорьева, Н.Н. Липидный обмен и желчнокаменная болезнь / Н.Н. Григорьева, Ю.П. Никитин. – Новосибирск, 2005. – 176 с.
29. Epidemiology and pathophysiology of obesity as cause of cancer / M. Ceschi [et. al.] // J. Androl. – 2009. – № 30(5). – P.477-494.

-
30. Аметов, А.С. Эректильная дисфункция и ожирение / А.С.Аметов, М.В. Стельмах // Терапевтический архив. – 2013. – №10. – С. 88-93.
 31. Гербали, О.Ю. Симультантные операции у больных с хроническим калькулезным холециститом / О.Ю. Гербали // Эндоскопическая хирургия. – 2014. – № 6. – С.26-28.
 32. Acute postoperative cholecystitis / G.Pecorella [et al.] // Minerva Chir. A. – 1987. – Apr Vol. 15, N 42(7). – P. 644-648.
 33. Пучков, К.В. Симультантные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанной хирургической и гинекологической патологий / К.В. Пучков, В.С. Баков, О.Э. Карпов // Актуальные проблемы хирургии. Сб. науч. трудов. – Рязань, 2000. – С.83.
 34. Лапароскопия в неотложной хирургии: современное состояние проблемы / О.Э. Луцевич [и др.] // Здоровье столицы. VII Московская ассамблея: сб. науч. трудов. – М.: ГЕОС, 2008. – 23-28 с.
 35. Orr, N.T. Outcomes of simultaneous laparoscopic cholecystectomy and ventral hernia repair compared to that of laparoscopic cholecystectomy alone / N.T. Orr, D.L.Davenport, J.S. Roth // Surg.Endosc. – 2013. – Jan; Vol. 27(1). – P. 67-73.
 36. Simultaneous laparoscopic cholecystectomy and kidney transplantation: report of two cases / S.J. Choi [et al.] // Transplant Proc. – 2003 Feb. – Vol. 35(1). – P. 319-20.
 37. Давыдов, Ю.А. Регуляция раневого процесса у больных пожилого и старческого возраста методом вакуум-терапии / Ю.А. Давыдов, А.Ю. Абрамов, А.Б. Ларичев // Хирургия. – 1994. – № 9. – С.7-10.