

**ГОУ «ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН»**

УДК 614.2; 617-089

На правах рукописи

НАЗАРОВ

ФАЙЗАЛИ НАСРУЛЛОЕВИЧ

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ЭНДОХИРУРГИИ В
РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕЁ РАЗВИТИЯ В
НОВЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени

доктора медицинских наук по специальности

14.02.03-общественное здоровье и здравоохранение

**Научные консультанты:
заслуженный работник
Таджикистана, иностранный член
РАЕН, член-корр. АМН РТ, д.м.н.,
профессор Ахмедов А.
член-корр. АМН РТ, д.м.н.,
профессор Гульмурадов Т.Г.**

ДУШАНБЕ - 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений.....	4
Введение.....	6
Общая характеристика работы	8
Глава 1. Эндовидеохирургия органов брюшной полости и малого таза. Состояние и перспективы развития (обзор литературы)	13
1.1. История и современное состояние проблемы	13
1.2. Особенности эндовидеохирургических операций на органах брюшной полости и малого таза	22
1.3. Медико-социальная эффективность эндоскопических операций.....	33
Глава 2. Материал и методы исследования	46
2.1. Общая характеристика клинического материала	46
2.2. Особенности предоперационного обследования больных	49
2.3. Методика выполнения видеоэндохирургических вмешательств	52
2.4. Особенности обезболивания и послеоперационного ведения	55
2.5. Методы исследования	57
Глава 3. Социально-гигиеническая характеристика обследованных больных с заболеваниями органов брюшной полости.....	63
3.1. Социально-гигиеническая характеристика обследованных больных с желчнокаменной болезнью	63
3.2. Социально-гигиеническая характеристика обследованных больных с острым аппендицитом	69
3.3. Социально-гигиеническая характеристика обследованных больных с эхинококкозом печени	72
3.4. Социально-гигиеническая характеристика обследованных больных с травмой живота	77
3.5. Социально-гигиеническая характеристика больных с гинекологическими заболеваниями	80

Глава 4. Результаты эндовидеохирургических операций на органах брюшной полости	86
4.1. Состояние некоторых параметров гомеостаза, гемодинамики и результаты хирургического лечения больных с ЖКБ	86
4.1.1. Структура заболеваний желчного пузыря	86
4.1.2. Состояние оксидантного статуса и ПОЛ у больных с острым калькулёзным холециститом	89
4.1.3. Состояние центральной гемодинамики у больных с хроническим калькулёзным холециститом	92
4.1.4. Влияние карбоксиперитонеума на гемодинамику больных хроническим калькулёзным холециститом	95
4.1.5. Результаты лапароскопической холецистэктомии	101
4.2. Результаты лапароскопической аппендэктомии	106
4.3. Результаты лапароскопической эхинококкэктомии печени	113
4.4. Результаты лапароскопических операций при травме живота	120
4.5. Результаты лапароскопических операций на органах малого таза...	125
Глава 5. Медико-социальная и экономическая эффективность применения эндовидеохирургической технологии	132
Глава 6. Обсуждение результатов.....	145
Заключение	162
Список литературы	165

СПИСОК УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АД	-	артериальное давление
АМН	-	Академия медицинских наук
АН РТ	-	Академия наук Республики Таджикистан
АОС	-	антиоксидантная система
ВБД	-	внутрибрюшное давление
ВЖП	-	внепечёночные жёлчные протоки
ДО	-	дыхательный объём
ЖЕЛ	-	жизненная ёмкость лёгких
ЖКБ	-	желчнокаменная болезнь
ИБС	-	ишемическая болезнь сердца
ИВЛ	-	искусственная вентиляция лёгких
ИКК	-	интегральный коэффициент качества
ИПО в СЗ РТ	-	Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан
КДО	-	конечный диастолический объём
КП	-	карбоксиперитонеум
КСО	-	конечный систолический объём
КТ	-	компьютерная томография
ЛИИ	-	лейкоцитарный индекс интоксикации
ЛХЭ	-	лапароскопическая холецистэктомия
МДА	-	малоновый диальдегид
МЗ и СЗН РТ-	-	Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан
МОД	-	минутный объём дыхания
МОК	-	минутный объем кровообращения
МОС	-	минутный объём сердца
ОПСС	-	общее периферическое сосудистое сопротивление

ОХ	-	острый холецистит
ПОЛ	-	перекисное окисление липидов
ПХЭС	-	постхолецистэктомический синдром
РАМН	-	Российская Академия медицинских наук
РНЦССХ	-	Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии
РТ	-	Республика Таджикистан
САД	-	среднее артериальное давление
СИ	-	сердечный индекс
СМ	-	средние молекулы
СО₂	-	углекислый газ
СОД	-	Супероксиддисмутаза
США	-	Соединенные Штаты Америки
ТГМУ	-	Таджикский государственный медицинский университет
ТХЭ	-	традиционная холецистэктомия
УЗИ	-	ультразвуковое исследование
УИ	-	ударный индекс
УО	-	ударный объём
ФГДС	-	Фиброгастродуоденоскопия
ФИ	-	фракция изгнания
ХКХ	-	хронический калькулезный холецистит
ЦВД	-	центральное венозное давление
ЦГ	-	центральная гемодинамика
ЧСС	-	частота сердечных сокращений
ЭВХ	-	Эндовидеохирургия
ЭКГ	-	электрокардиография
ЭхоКГ	-	эхокардиография

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. В последние годы из-за минимальной инвазивности и высокой эффективности наблюдается бурное развитие эндовидеохирургии и её становление как самостоятельного направления в медицинской науке [40, 101, 145]. Такие положительные ее стороны, как минимизация объема операционной травмы, прецизионность процедуры, минимальная частота периоперационных осложнений способствовали тому, что она при ряде заболеваний стало «золотым методом» лечения [50, 128, 182, 200, 219, 336]. Эндовидеохирургическая технология в настоящее время является альтернативой традиционной холецистэктомии, поскольку сопровождается низкой летальностью (до 1%), сопоставимой с традиционной холецистэктомией частотой повреждения холедоха (0,32% - 0,59%), низкой частотой повторных операций (0,5% - 1%) и осложнений (2%-3%) [13, 39, 159, 178, 290, 313].

Большинство авторов отмечают существенные преимущества лапароскопии в лечении гинекологических заболеваний, заключающиеся в малой травматизации, хорошем косметическом эффекте, уменьшении сроков госпитализации и более быстрой реабилитации [80, 200, 201].

Широкое использование лапароскопии в дифференциальной диагностике острых хирургических заболеваний позволяет точно установить диагноз, а во многих случаях - избежать ненужной лапаротомии [57, 189]. По мнению П.А. Ярцева (2008), видеолапароскопия стала самым информативным диагностическим методом при травмах живота, так как от 16% до 50% случаев диагностическая лапаротомия оказывалась неоправданной [225]. В тоже время вопрос о целесообразности применения эндовидеохирургии при травмах живота по-прежнему остаётся дискуссионным [157, 206, 237, 349].

В последние годы появились сообщения о применении эндохирургической технологии в лечении эхинококкоза печени. Однако на сегодняшний день остаются дискуссионными эффективность видеоэндоскопической эхинококкэктомии в отдаленном периоде, а также

показания к проведению операции и особенности анестезиологического обеспечения при ее осуществлении [43, 91, 279].

Несмотря на все преимущества эндохирургических операций полностью предотвратить осложнения невозможно. В связи с этим научный анализ ошибок и осложнений видеолапароскопических вмешательств, а также разработка путей их профилактики являются актуальными [160, 201].

Вместе с тем, несмотря на все преимущества видеоэндоскопических операций перед открытыми хирургическими вмешательствами, на сегодняшний день существует ряд нерешенных вопросов тактического использования эндовидеохирургии, особенно в неотложной хирургии, что обусловлено сложностью организации работы, дороговизной используемого эндовидео-оборудования и недостаточным финансированием.

В Республике Таджикистан внедрение новых медицинских технологий в условиях перехода к рыночным отношениям сопровождается определенными трудностями. Из-за нечеткой организации труда дорогостоящая медицинская техника используется нерационально и неэффективно. При этом нередко неоправданно расширяются показания к хирургическим операциям, что чревато увеличением частоты осложнений и затрат на лечение [55, 101,].

Единичность научных исследований по вышеуказанным аспектам в нашей республике, необходимость совершенствования эндохирургии в новых экономических условиях, а также научное обоснование медико-социальных аспектов видеолапароскопических вмешательств требуют проведения более глубоких изысканий в данном направлении. Это определило выбор темы нашего исследования.

Общая характеристика работы

Цель работы. Применение и совершенствование организации эндовидеохирургической службы в новых социально-экономических условиях Республики Таджикистан.

Задачи исследования.

1. Изучить социально-гигиенические аспекты применения видеолaparоскопической технологии в хирургии.
2. Изучить причины и частоту осложнений при эндохирургических операциях и разработать эффективные меры их профилактики.
3. Провести сравнительную оценку эффективности эндохирургических и традиционных операций на органах брюшной полости и малого таза.
4. Оценить медико-социальную эффективность применения эндохирургических технологий при хирургических и гинекологических заболеваниях.
5. Разработать организационные меры по оптимизации эндовидеохирургической службы в новых социально-экономических условиях.

Научная новизна. Впервые в Республике Таджикистан изучены социально-гигиенические аспекты применения видеолaparоскопической технологии в хирургической службе.

Впервые на основе сравнительной оценки результатов лапароскопических и традиционных операций оптимизированы показания и противопоказания к видеоэндохирургическим вмешательствам, включая разработку мероприятий по формированию службы диагностической и хирургической видеолaparоскопии в условиях госпитального сектора.

На основании изучения влияния карбоксиперитонеума при эндохирургической технологии на функциональную активность сердечно-сосудистой и дыхательной систем разработаны эффективные меры по

снижению риска развития кардиоваскулярных и респираторных осложнений, развивающихся на почве напряженного карбоксиперитонеума.

Систематизированы причины неудач, ошибок и осложнений при эндохирургических вмешательствах и разработаны рекомендации по тактике и методам их диагностики и лечения.

Впервые в РТ обоснована социально-экономическая эффективность внедрения эндохирургических технологий с разработкой научно-методических рекомендаций по оптимизации службы эндовидеохирургии.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Видеоэндохирургическая технология является методом выбора лечения больных с заболеваниями органов брюшной полости и малого таза при условии возможности использования лапароскопического портала и напряженного карбоксиперитонеума.

2. Применение видеолапароскопических технологий обусловлено их высокой медицинской и социально-экономической эффективностью.

3. Неотложная видеолапароскопия при острых абдоминальных и гинекологических заболеваниях позволяет своевременно установить точный диагноз, завершить операцию эндохирургическим способом и тем самым избежать напрасной лапаротомии.

4. Видеолапароскопическая эхинококкэктомия является эффективным и минимально инвазивным методом лечения неосложненного эхинококкоза печени при условии строгого подбора больных и соблюдения мер профилактики диссеминации эхинококкоза.

5. Для совершенствования хирургической службы и улучшения показателей её деятельности в Республике Таджикистан необходимо широкое и повсеместное внедрение современной эндовидеохирургической технологии.

Личный вклад диссертанта. Автором самостоятельно проведены сбор и анализ литературы, набор клинического материала, статистическая обработка полученных данных. Автор впервые в Республике Таджикистан в клиническую практику широко внедрил видеоэндохирургическое лечение рядов заболеваний органов брюшной полости и малого таза. Все проведенные исследования, отраженные в диссертационной работе, выполнены автором лично. Также автор принимал активное участие в изучении непосредственных и отдаленных результатов видеоэндоскопических операций.

Апробация работы. Полученные результаты явились основой для оптимизации эндовидеохирургической службы в условиях нашей республики.

Совершенствование организации службы эндовидеохирургии, разработка и внедрение новых диагностических и лечебных методов позволят добиться определенного экономического эффекта за счет значительного сокращения сроков госпитализации пациентов и их затрат на лечение.

Обоснована необходимость организации в многопрофильных государственных лечебных учреждениях отделений видеоэндоскопической хирургии.

Результаты видеоэндоскопических операций на органах брюшной полости и малого таза выявили их преимущества перед традиционными хирургическими вмешательствами.

Определена существенная роль диагностической и лечебной лапароскопии при травмах органов брюшной полости, позволяющей избежать необоснованных диагностических лапаротомий.

Полученные результаты позволяют разработать научно-обоснованные рекомендации по мерам совершенствования лечения и профилактики и выбору оптимальной тактики хирургического лечения при ряде заболеваний органов брюшной полости и малого таза.

Основные материалы диссертационной работы обсуждены на III, IV и V съездах хирургов Таджикистана (Душанбе, 2000, 2005, 2011 гг.); X юбилейном

Московском международном конгрессе по эндоскопической хирургии (Москва, 2006г.); Республиканской научно-практической конференции с международным участием: « Роль современной медицинской технологии в улучшении качества жизни пациента» (Турсун-заде, 2007 г.); Республиканской научно-практической конференции хирургов (Бохтар, 2007 г.); I съезде травматологов-ортопедов Таджикистана (Душанбе, 2009 г.); Научно-практической конференции хирургов Хатлонской области « Актуальные вопросы хирургии» (Бохтар, 2011г.); Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 20-летию государственной независимости Республики Таджикистан (Душанбе, 2011г.); на совместном заседании кафедр общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением с курсом медицинской статистики и сердечно-сосудистой, эндоваскулярной и пластической хирургии ГОУ « Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (Душанбе, 2011г.); заседании объединенного межкафедрального экспертного совета по терапевтическим, общественным и хирургическим дисциплинам ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (Душанбе, 2011г.); научно-практических конференциях ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (Душанбе, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 гг.); Научно-практической конференции, посвященной 26-летию Независимости Республики Таджикистан (Бохтар, 2017г.), заседании межкафедрального экспертного совета ГОУ « Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан» (Душанбе, 2018 г.).

Результаты диссертационной работы внедрены в ежедневной практической деятельности ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ, отделений эндоскопической хирургии Городской клинической больницы №5 г. Душанбе и Хатлонской областной больницы, а также в учебный процесс кафедр общественного здоровья,

экономики и управления здравоохранением с курсом медицинской статистики; хирургии; травматологии и ортопедии; акушерства и гинекологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, а также используются на кафедре хирургических болезней №2Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино при проведении практических занятий со студентами 5-6-го курсов, клиническими ординаторами и аспирантами.

Опубликование результатов диссертации. По материалам диссертационного исследования опубликована 41научная работа, в том числе 1 монография, 18 оригинальных статей в журналах, включенных в реестр ВАК при Президенте Республики Таджикистан и ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации.

Объем и структура диссертации. Материалы диссертации изложены на 208 страницах электронного набора шрифтом Times New Roman, кириллицей (размер 14, интервал 1,5). Работа состоит из введения, 6-и глав, заключения, рекомендаций по практическому использованию результатов и списка литературы. Диссертация иллюстрирована 50 таблицами и 9 рисунками. Список литературы состоит из 354 источников, из них 227 на русском и 127 на иностранных языках.

Глава 1. Эндовидеохирургия органов брюшной полости и малого таза.

Состояние и перспективы развития

(обзор литературы)

1.1. История развития и современное состояние проблемы

Лапароскопическая хирургия (ЛХ) относится к числу самых выдающихся достижений человечества XX века. Она направлена на уменьшение тяжести травмы, наносимой при проведении оперативных вмешательств, вследствие чего происходит как сокращение сроков нетрудоспособности пациентов, так и уменьшение расходов на их лечение и реабилитацию. Также при использовании ЛХ, относящихся к инновационным технологиям, регистрируется существенное улучшение качества жизни пациентов. Вышеперечисленные ее преимущества способствовали тому, что она признана одним из величайших изобретений XX века и ставится наравне с изобретением наркоза, антибиотиков и искусственного кровообращения [3, 42, 47, 55, 57, 60, 61, 81, 101, 114, 128, 133, 145].

Каждый существующий метод лечения имеет определенную историю своего развития. К таковым относится и видеоэндохирургия, которая была изобретена всего лишь 30 лет назад и на сегодняшний день прочно заняла лидирующую позицию при лечении ряда заболеваний органов брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства и грудной клетки [40, 50, 52, 60, 81, 101, 121, 146, 257, 263].

В последние годы минимальная инвазивность способствовала бурному развитию эндовидеохирургии (ЭВХ) и её становлению как самостоятельного направления в медицинской науке [160, 166, 183, 190, 200, 203, 204, 300, 342, 349]. Пионером ЭВХ является Филипп Муре (Лион, Франция), впервые внедривший в июне 1987 года эндохирургическую технологию в лечении желчнокаменной болезни (ЖКБ) [203, 204, 205, 216, 232]. Периссе и Дюбуа в 1988 г. широко внедрили данную методику холецистэктомии во всех крупных медицинских клиник Франции [200, 316]. Год спустя Кушиери, Бекер, Триоде и

Тройде, изучая богатый опыт своих французских коллег по лапароскопической холецистэктомии, внедрили ее в ежедневную практику крупных медицинских центров Европы [200,312]. В США впервые видеолапароскопическая технология при лечении пациентов с желчекаменной болезнью была осуществлена американскими учеными Барри Мак-Кернаном и Уильямом Сейем в 1988 году [200,300]. В этом же году Реддиком и Олсеном была предложена новая методика холецистэктомии – лазерная лапароскопическая холецистэктомия, с одновременным интраоперационным рентгеновским исследованием желчевыводящих путей, считающимся золотым методом диагностики холедохолитиаза [200, 201, 209, 321]. Вскоре данное открытие французских ученых стало широко внедряться в крупных клиниках мира, при этом отмечалось массовое обучение врачей видеолапароскопическим методам холецистэктомии. Как показывают литературные источники, за короткий период времени видеоэндоскопические технологии кардинально изменили хирургический подход в лечении ЖКБ, при этом в начале 90-х годов более 15 тысяч американских хирургов обучились технике ЛХЭ в режиме «Week-end» - за двое суток, с пятницы по воскресенье [237, 239].

Основоположником эндовидеохирургии в Российской Федерации и странах СНГ является Ю.И. Галлингер, который в 1991г. впервые в России выполнил лапароскопическую холецистэктомию [35, 40, 42, 60, 121, 152, 166, 201].

Основой для широкого распространения ЛХЭ явились минимальная инвазивность по сравнению с традиционными методами операций, ощущение комфорта и косметическая приемлемость метода, и его пропаганда со стороны средств массовой информации [201, 205, 209].

Необходимо подчеркнуть, что каждый новый способ лечения перед внедрением в клиническую практику проходит определенные этапы экспериментов, в том числе и на животных и муляжах. Однако эти требования были упущены в случае ЛХЭ, так как она показала своё превосходство над

существующим методом оперативного лечения. Вместе с тем такой подход привел к тому, что за дело брались и неопытные специалисты, вследствие чего увеличилась частота ятрогении. Так, согласно данным Южного Хирургического Клуба США, на этапе освоения и внедрения лапароскопической холецистэктомии ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков отмечались у 2,2% оперированных пациентов [13, 37, 51, 68, 339, 347]. Возможно, некоторые специалисты попытались скрыть истинную частоту ятрогенных повреждений желчных путей. В последующем кропотливый труд и периодические курсы повышения квалификации по лапароскопии привели к тому, что в десятки раз уменьшились частота ятрогенных повреждений и других осложнений лапароскопических холецистэктомий. С научной точки зрения данное обстоятельство было исследовано Кушиери, и было доказано, что большинство осложнений, возникающих при видеолaparоскопических операциях, имеет прямую пропорциональную связь с опытом специалистов и качеством их обучения [203, 297, 311].

В настоящее время ЭВХ технология стала методом выбора лечения многих хирургических заболеваний и, в частности, ЖКБ. Так, в США ежегодно выполняется более 500 тыс. лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ), а в России - более 250 тысяч [38, 40, 67, 69, 239, 302].

В 1983 г. Semm впервые выполнил лапароскопическую аппендэктомию [329]. Schreiber J. в 1987 г. Впервые описал лапароскопическую аппендэктомию при остром аппендиците [200, 328]. В России аналогичная операция была выполнена Ю.И. Галлингером [9, 66, 203, 204].

Прогресс в лапароскопических аппендэктомиях был не столь впечатляющим, как в хирургии желчнокаменной болезни или в гинекологии, поскольку по своей сути традиционная аппендэктомия малотравматична и достаточно легко переносится больными [200]. Существенным аргументом

против внедрения методики являлись как большие расходы при выполнении операции, так и сама методика [9, 18, 264, 267, 296].

Несмотря на это, в последние годы большинство хирургов все чаще прибегают к лапароскопической аппендэктомии [9, 11, 28, 33, 54, 66, 82, 86, 99, 106, 112, 115, 129, 163, 197, 200, 215, 229, 304]. Это обусловлено недостатками классической аппендэктомии, проявляющимися ограниченностью проведения ревизии брюшной полости, инвазивностью и связанными с ней различными осложнениями, включая длительный период нетрудоспособности, наблюдающийся после операции [34, 36, 212, 215, 320, 346]. Большинство авторов, кроме того, указывают на сокращение сроков лечения, уменьшение болевого синдрома, хороший косметический эффект [8, 9, 11, 18, 28, 31, 33, 54, 62, 161, 168, 307, 344]. При этом они отмечают снижение времени операции, а также находят достоверные различия между традиционной и лапароскопической аппендэктомией по количеству осложнений. Так, средняя продолжительность ЛХЭ составила 27 мин., а традиционной холецистэктомии - 49 мин. Также применение видеоэндоскопических операций позволило снизить процент послеоперационных осложнений с 1,7% до 0,9% ($p < 0,05$) и сократить средний койко-день с $8,1 \pm 0,2$ до $6,6 \pm 0,6$ ($p < 0,05$) [2, 8, 9, 18, 74, 75, 222, 261].

Нет единого мнения и в отношении техники выполнения операции. Этим лапароскопическая аппендэктомия существенно отличается от холецистэктомии, детали которой отработаны достаточно полно и практически единообразно, и используются большинством авторов [66, 161, 329].

В последующем опыт выполнения лапароскопической аппендэктомии доказал, что лигирование основания аппендикса по своей надёжности не уступает традиционной методике, в связи с чем на сегодняшний день культя червеобразного отростка не погружается в слепую кишку [8, 36, 228, 254]. В настоящее же время техника аппендэктомии значительно упростилась за счет коагуляции брыжейки отростка и её пересечения между двумя лигатурами [54, 75, 82, 132, 163, 212, 215, 254, 259, 261]. Также распространена методика

клипирования культи отростка, которая сделала операцию, с одной стороны, быстрой и безопасной, но, с другой стороны, более дорогостоящей [19, 31, 75, 129, 197, 215, 232, 306, 309, 318, 327].

По мнению большинства авторов, лапароскопические вмешательства по поводу кист, прежде всего печени и почек, эффективны, безопасны и малотравматичны [6, 7, 21, 26, 43, 91, 94, 260, 279, 288, 325, 340]. Имеются сообщения и о лапароскопическом удалении кист селезенки [353].

Широкому внедрению эндовидеохирургической технологии в гинекологии способствовала лапароскопическая гистерэктомия, впервые выполненная Reich Y. [322]. В настоящее время более 75% гинекологических операций выполняются с применением видеоэндохирургической технологии [1, 108, 123, 273, 284, 295, 322, 355].

Появление и развитие видеоэндохирургии принципиально изменило подходы к лечению многих заболеваний. Согласно данным современных эпидемиологических исследований, почти половина всех оперативных вмешательств на органах брюшной полости и малого таза выполняются непосредственно с использованием лапароскопических технологий или же при ее поддержке выполняется ручная ассистенция. Имеется ряд мнений, что почти 65-72% оперативных вмешательств возможно выполнить с помощью эндохирургических технологий [12, 41, 44, 45, 48, 49, 56, 63, 65, 72, 90, 92, 98, 130, 143, 146, 148, 159, 334, 336, 338, 348, 350, 351, 352].

Одним из основных факторов в развитии эндохирургии в Российской Федерации явился распад Советского Союза и появление необходимых политических и экономических условий иностранным инвестерам для реализации собственных продуктов. Можно считать, что видеоэндохирургия была внедрена именно в период становления рыночных отношений в России, от которых сегодня напрямую зависят темпы роста экономики [83, 84, 86, 121, 133, 166, 169, 181, 182, 201].

Широкое внедрение ЛХЭ и высокая её эффективность способствовали тому, что лапароскопию стали использовать при лечении ряд других хирургических патологий, таких как грыжи передней брюшной стенки, перфорации желудка и кишечника, холедохолитиаз, опухоли различных органов и кишечника и т.д. [5, 16, 44, 65, 72, 131, 140, 143, 164, 167, 174, 180, 191, 194, 195, 211, 214, 221, 222, 242, 243, 248, 255, 277, 292, 303, 317, 341, 348, 352].

Необходимо подчеркнуть, что при острых травмах и повреждениях живота не отмечалась более широкое применение лапароскопии, как одного из методов диагностики, так и окончательного лечения, так как она не позволяла проведение полного осмотра брюшной полости вследствие недоступности осмотру некоторых её отделов. Вместе с тем в то время одним из конкурентов лапароскопии явились широко пропагандируемые новые лучевые методы исследования – УЗИ и КТ, имеющие минимальную инвазивность и высокую диагностическую точность [152, 157, 354].

Также в период становления лапароскопии одним из сдерживающих факторов ее широкого применения явились некоторые противопоказания по типу ранее перенесенных операций на животе, при котором имелся высокий риск ятрогении. Однако на сегодняшний день это положение пересматривается благодаря предлагаемым альтернативным доступам для введения троакаров. Мнения ученых в этом отношении двояки, так как стандартные доступы создали оптимальные условия для действия хирурга, способствовав значительному снижению интраоперационных повреждений органов и структур. Однако сегодня эти факторы не являются абсолютными противопоказаниями к широкому выполнению видеоэндохирургических операций [2, 11, 17, 29, 38, 47, 50, 59, 77].

Определение эффективности любого хирургического вмешательства основано, прежде всего, на анализе ряда показателей, в частности, времени, затраченного на его выполнение, которое для лапароскопической

холецистэктомии весьма вариабельно и составляет от 64,0 до 150 минут [74, 106, 218, 219, 222, 230, 231, 233, 239, 240, 241, 247]. Значительное увеличение длительности хирургических манипуляций в основном объясняется тяжестью заболевания, сопутствующей патологией и техническими проблемами, возникающими при оперативных вмешательствах.

Продолжительность операции зависела и от опыта врача. Так, по данным В.В. Васильева, время, затраченное на проведение каждой из первых 50 операций, составило почти 93 минуты, со снижением данного показателя до 58,9 минуты [23].

Другим общепризнанным показателем эффективности хирургического вмешательства является продолжительность госпитализации. Согласно данным различных исследователей, показатели продолжительности общей госпитализации при ЛХЭ варьируют от 2,8 до 8,6 суток, что в 2,5-3 раза меньше, по сравнению с таковыми у пациентов, перенесших традиционные открытые операции [70, 74, 109, 126, 222, 230, 231, 256, 265, 269, 270]. По данным других авторов, длительность пребывания пациентов в стационаре при лапароскопической холецистэктомии составила $2,5 \pm 0,5$ койко-дней, после традиционной операции - $12,7 \pm 2,8$ койко-дней [282, 283].

Некоторыми исследованиями доказано, что при ранней выписке пациентов из стационара имели места различные симптомы, характерные для послеоперационного периода. Однако, как указывает G.C. Vander Velpen, они носили меньшую интенсивность и кратковременный характер, что и способствовало быстрому восстановлению трудоспособности пациентов [350]. Такие данные приводит и Y.Y. Jan, где среднее время нетрудоспособности пациентов, перенесших открытое удаление желчного пузыря, составило 35,9 суток, тогда как этот показатель у больных, оперированных лапароскопическим путем, составил всего лишь 12,8 суток [257, 266]. Такие результаты были получены и рядом других авторов [68, 74, 239].

Переворот в эндохирургии наметился, когда появились оптические приборы с разноцветным отображением изображения органов на экран эндоскопической стойки, т.е. были созданы первые цветные видеокамеры. Эти технологии способствовали тому, что поле действия хирурга отображалась на монитор как видимость глаза хирурга при открытых операциях, с чёткостью изображений и возможностью их увеличения в несколько раз, а также велась запись операций на съёмных носителях или же видеокассетах. Такие характеристики новых цветных видеокамер способствовали выполнению сложных операций лапароскопическим путем, и при возникновении каких-либо интраоперационных чрезвычайных ситуаций- принятию коллегиального решения.

Необходимо подчеркнуть, что новые видеоэндоскопические методы имеют множество своих особенностей и при каждом оперативном вмешательстве с их использованием специалисты должны придерживаться всех основных принципов стандартных разработок, характерных и предусмотренных для каждой нозологии по отдельности [202, 204].

Согласно данным отечественных исследователей, становление эндохирургии как отдельной отрасли медицины в Российской Федерации можно разделить на следующие этапы [60, 121]. Так, на начальном этапе (1991-1995 годы) происходило широкое клиническое ее внедрение в крупных клиниках городов и областей. Далее создавались научно-методические и обучающие центры освоения эндохирургических методик на местах и налаживание производства эндовидеохирургических технологий собственной разработки (1995-2000 годы). Начиная с 2000 г., наступил период внедрения новых технологий, специально разрабатываемых для эндоскопической хирургии [202, 252, 258].

В Республике Таджикистан впервые ЭВХ операция была выполнена Ф.Н. Назаровым в феврале 1997 года. В последующем за период с 1997 по 2000 годы им было выполнено более 500 лапароскопических операций при ряде

хирургических заболеваний органов брюшной полости и репродуктивной системы, результаты которых были доложены на III Республиканском съезде хирургов Таджикистана [46, 101]. В дальнейшем видеоэндохирургическая технология была внедрена в Республиканском научном центре сердечно-сосудистой и грудной хирургии МЗ и СЗН РТ (2000 г.), Медико-санитарной части Таджикской алюминиевой компании (2001 г.), Городской клинической больнице скорой медицинской помощи г. Душанбе (2003 г.) и Медико-диагностическом центре г. Чкаловска Согдийской области Республики Таджикистан (2005 г.) [3, 101, 145, 210].

Полученные результаты послужили поводом к организации и проведению региональных научно-практических конференций по проблемам ЭВХ, где обсуждался накопленный опыт применения лапароскопических вмешательств в условиях РТ [101, 158, 168, 210].

Благодаря указанным научным форумам, лапароскопическая хирургия в своем развитии миновала период неприятия и негативно-скептического отношения. Значительный вклад в ЭВХ технологию и её внедрение в клиническую практику внесла частная медицина. Примером служит Согдийская область РТ, где за период с 2005 по 2013 гг. было организовано 16 частных эндохирургических центров, в которых было выполнено более 3600 лапароскопических операций [145].

Эффективная работа ЭВХ стационаров частного сектора привела к определённому развитию эндоскопической хирургии в государственных лечебных учреждениях. В последующем ЭВХ начала широко использоваться в диагностике и лечении многих заболеваний, в частности при эхинококкозе легких и печени, кистах печени и яичника [26, 46, 158].

Эффективные результаты были получены при лапароскопическом способе аппендэктомии, холецистэктомии, перфорации гастродуоденальных язв, травмах органов брюшной полости [45, 69, 98, 106, 110].

В настоящее время эндохирургическая методика операций находит широкое применение в травматологии, торакальной, сердечно-сосудистой, эндокринной и детской хирургии [44, 116, 183, 184, 195, 250]. Также положительные результаты получены при ряде экстренных заболеваний и повреждениях органов брюшной полости [45, 69, 98, 106, 110].

Таким образом, для многих стран мира характерна быстро развивающаяся тенденция организации и развития эндовидеохирургической службы. Несмотря на определенные достижения, существует ряд нерешенных проблем, которые обусловлены медицинскими и социально-экономическими условиями конкретно взятых государств. В Республике Таджикистан до настоящего времени не проведены исследования, касающиеся медико-социальных аспектов применения эндовидеохирургических технологий. В связи с этим необходимость совершенствования организации эндохирургии в условиях реформирования отрасли здравоохранения РТ, а также научное обоснование медико-социальной эффективности аспектов эндохирургических вмешательств требуют проведения дальнейших исследований в этом направлении.

1.2. Особенности эндовидеохирургических операций на органах брюшной полости и малого таза

Благодаря развитию новых технологий и более пристальному рассмотрению вопросов хирургии со стороны экономики, в арсенале хирургов стали появляться более новые и усовершенствованные методы лечения патологии органов брюшной полости с применением миниинвазивных технологий, в частности эндовидеохирургическая. Её применение позволило проводить стандартные полостные хирургические вмешательства без обширных разрезов, через небольшие проколы [23, 29, 32, 33, 28, 42, 45, 76, 203, 204].

Появление малоинвазивной хирургии потребовало разработки принципиально новых инструментов, приборов и аппаратов. В настоящее время

в хирургической практике применяют такие виды, как: лапароскопия желудка-кишечного тракта; органов малого таза; грудной клетки; эндокринных органов; спинного мозга; суставов и придаточных пазух носа; органов мочевыделительной системы. Также ЭВХ используется при сосудистых заболеваниях, пластических и эстетических операциях [99]. Лапароскопические вмешательства, по сравнению с традиционными операциями, имеют свои технические особенности, которые заключаются в отсутствии непосредственного мануального контакта хирурга с тканями, отсутствии бинокулярного обзора операционного поля, варьировании изображения в процессе операции, ограничении подвижности используемых инструментов [65, 77, 78, 79, 119, 147, 149, 156, 175, 176, 178, 189, 196, 198, 223, 224, 230, 235, 236].

Следует отметить, что улучшение косметического эффекта операции не исчерпывает преимущества ЭВХ. Прежде всего, подобные вмешательства значительно менее травматичны и менее болезненны. Как показывает опыт ведущих клиник, после лапароскопических операций резко сокращается количество послеоперационных осложнений и средняя продолжительность периода нетрудоспособности по сравнению с традиционным хирургическим лечением (с 1-2 месяцев до 3-7 дней). Благодаря малой инвазивности эндовидеохирургии и значительно меньшему числу осложнений, появилась возможность выполнять лапароскопические операции у группы больных, которым из-за ожирения или тяжелых сопутствующих соматических заболеваний ранее отказывали в проведении традиционного оперативного лечения [2, 15, 25, 67, 77, 126, 128, 224].

Также лапароскопия, которая не только показала свою высокую эффективность, но также способствовала снижению частоты послеоперационных осложнений и летальных исходов, стала шире использоваться при хирургическом лечении острого холецистита у лиц преклонного возраста [124, 126, 154, 172, 192].

В настоящее время ЭВХ относится к категории оперативных вмешательств, которые минимализируют травматическое воздействие на организм больного, что в конечном итоге приводит к снижению летальности и времени пребывания пациента на больничной койке и, соответственно, к сокращению расходов на лечение [111, 113, 115, 135, 152, 176, 178, 187].

Эндовидеохирургическая технология в настоящее время является методом выбора в лечении ЖКБ, служит альтернативой традиционной холецистэктомии. При этом наиболее часто выполняемым видом операции при остром холецистите в настоящее время также является ЛХЭ [2, 17, 23, 31, 57, 67, 70, 73, 76, 81, 110, 117, 231, 233, 239, 240, 241].

Обзор современной литературы показывает, что ЛХЭ сопровождается низкой летальностью (от 0% до 1%), сопоставимой с традиционной холецистэктомией, меньшей частотой повреждения холедоха (0,32% - 0,59%) и необходимости в повторных операциях (0,5% - 1%), а также развитием незначительных осложнений (2%-3%) [10, 17, 37, 68, 71, 126, 151, 178, 179, 186, 188, 199, 217, 220].

В свою очередь, многие авторы, оценивавшие преимущества и эффективность ЛХЭ, пришли к выводу, что при её выполнении отмечается хороший обзор операционного поля, позволяющий радикально и малотравматично выполнить операцию [17, 23, 110, 117, 231].

Лапароскопическая хирургия широко используется при остром и хроническом холецистите. При этом до сегодняшнего дня вопросы её применения при остром холецистите остаются дискуссионными. Часть авторов не видят ограничений лапароскопической техники при осложнённом остром холецистите [188, 192, 222, 224]. Другие считают, что относительные противопоказания всё же имеются, а выполнять такие операции должны лишь опытные хирурги [202, 203, 224]. Третьи полагают, что лапароскопические операции этим больным противопоказаны [217, 218, 219].

Плановая ЛХЭ считается успешной, если завершается из лапароскопического доступа, с частотой успешных операций 94,5%-98,7% [10, 14, 17, 23, 29, 37, 57]. Нередко переход на лапаротомию при остром холецистите обусловлен плотными спайками или выраженным воспалительным инфильтратом [73, 74, 125, 146, 182, 217]. Так, по данным ряда авторов, у больных ЖКБ и хроническим калькулёзным холециститом число переходов не превышало 4%, а у больных с острым холециститом этот показатель составил 13-14% [203, 204, 302, 305, 313]. Также причинами конверсии лапароскопии явились воспалительный инфильтрат и спаечный процесс в области шейки желчного пузыря и треугольника Калло у пациентов с синдромом Мириззи [74, 186, 188, 192, 285, 286]. Лапкин К.В. и соавт. (1995), подчеркивая роль ультразвуковой диагностики острого холецистита, указали, что риск конверсии высок при наличии больших множественных камней и выраженного воспаления стенки желчного пузыря [147, 193]. В тоже время, по данным Согг Р., объем желчного пузыря и количество конкрементов не оказывали влияния на характер операции [316].

Риск перехода на лапаротомию возрастал в случаях обнаружения расширенного холедоха при интраоперационной холангиограмме. Число переходов достоверно повышалось также у больных с ожирением, с частыми обострениями приступов холецистита, а также на этапах внедрения лапароскопической методики оперирования. Следует отметить, что возраст больных не оказывал достоверного влияния на этот показатель [37, 38, 73, 74, 125, 146, 182].

Однако, по данным ряда авторов, повышенный риск перехода на лапаротомию отмечался у больных старше 65-70 лет [196, 199, 332, 337].

Абсолютным противопоказанием к лапароскопическому доступу служит рак желчного пузыря [348]. Также при выборе ВЭХ метода лечения учитываются ранее перенесенные операции на животе и органах малого таза. По мнению подавляющего большинства хирургов, перенесённые операции на

нижних отделах живота не являлись противопоказанием к ЛХЭ (переход на лапаротомию потребовался лишь у 0,8% больных). Однако большинство авторов считают противопоказанием перенесенные вмешательства в верхних отделах живота, так как при них повышается риск лапароскопических операций у этих больных [319, 323, 345].

Количество осложнений – одна из наиболее важных характеристик любого хирургического вмешательства. По данным разных авторов, общее количество осложнений лапароскопической холецистэктомии составляет от 3,6% до 13,3% [10, 59, 69, 74, 77, 119, 126, 154, 179].

Интраоперационные осложнения (кровотечения, повреждения холедоха и магистральных сосудов) встречаются у незначительного количества больных, однако они, как правило, требуют выполнения лапаротомии в 1,0-2,4% случаев [214, 217]. Наиболее тяжелыми осложнениями считаются ятрогенные повреждения кишечника, диафрагмы и элементов гепато-дуоденальной связки, которые нередко выявляются в послеоперационном периоде. Вместе с тем при интраоперационной диагностике вышеуказанных осложнений необходимо своевременно перейти на лапаротомию и провести соответствующую их коррекцию [10, 13, 37, 52, 68].

Интраоперационные кровотечения встречаются в 0,4-0,75% случаев [68, 76, 289]. Повреждение внепеченочных желчных протоков происходит в среднем в 0,6-0,8% всех лапароскопических холецистэктомий и чаще случается при остром холецистите [289]. Интересно, что 70-80% таких осложнений приходится на долю хирургов, имевших опыт менее 10-15 операций [172, 186, 196, 216, 313]. Основными причинами этого осложнения, поданным Р. Metzger, явились особые технические условия, двухмерное изображение, а также нарушение восприятия и координации хирурга [81, 222, 301]. Вероятность подобной травмы возрастала в анатомически сложных ситуациях, при рубцовых и инфильтративных процессах в области шейки желчного пузыря и

печеночно-двенадцатиперстной связки, а также у больных с ожирением и желтухой в анамнезе [39, 85, 289, 290, 293].

Источником послеоперационного подтекания желчи в 0,6 -1,5% случаев были культя пузырного протока, ложе желчного пузыря и реже – дополнительные протоки Luschka [126, 177, 227]. Считают, что риск повреждений внепеченочных желчных протоков снижается, если имеются все необходимые инструментарии для осуществления видеоэндохирургических операций, соблюдаются стандартные техники и приемы, свойственные каждой операции, правильно подбираются пациенты и имеется богатый практический опыт таких вмешательств [10, 151, 275, 276, 299].

Одним из важных критериев эффективности оперативного вмешательства является летальность, которая в большинстве работ колеблется от 0,08% до 1,2% [202, 266. 271].

Однако у отдельных групп больных она может увеличиваться. Так, поданным Carroll B.J. et al., у больных с тяжелыми заболеваниями сердца летальность составила 7,7% [265].

Причинами смерти после ЛХЭ нередко являются как осложнения самого вмешательства, так и сопутствующие, прежде всего - сердечно-сосудистые заболевания. К первой группе факторов риска относится карбоксиперитонеум, который приводит к увеличению восстановленного гемоглобина, т.е. увеличению концентрации углекислого газа в артериальной и венозной крови, негативно влияющему на гемодинамику [24, 105, 249]. Однако поданным D.J. Deziel, 54,6% смертей при ЛХЭ было обусловлено интраоперационными осложнениями. При этом наиболее часто были зарегистрированы повреждение холедоха - 0,3%, травма кишечника - 0,14% и сосудов - 0,25% [13, 39, 305].

Большинство авторов приводят результаты, свидетельствующие о меньшей послеоперационной летальности, снижении количества послеоперационных осложнений, сокращении койко-дней и т.д. по сравнению с открытыми вмешательствами [29, 37, 38, 39, 68, 77]. Так, по данным

литературы, летальность после видеоэндохирургических методов лечения составляет 0,88%, а суммарная частота периоперационных смертей не превышает 3,2%. При этом некоторыми авторами указывается на увеличение частоты летальности при оперативных вмешательствах, проведенных спустя 24 часа от начала заболевания, достигающей 6,8% [120, 126, 171, 189, 192].

Большинство авторов отмечают существенные преимущества лапароскопии в лечении гинекологических заболеваний, заключающиеся в малой травматизации, хорошем косметическом эффекте, уменьшении сроков госпитализации, более быстрой реабилитации [4, 95, 102, 111, 121].

Наиболее часто встречаются сообщения о лапароскопическом лечении кист яичников и различных форм бесплодия. Так, лапароскопическая оварэктомия, в сравнении с лапаротомным доступом, менее травматична и не сопровождается болевым синдромом, требующим назначения наркотических анальгетиков. Это значительно сокращает послеоперационный период и, соответственно, продолжительность госпитализации [1, 15, 22, 45, 56, 63, 64, 80, 81].

В неотложной хирургии до настоящего времени остаётся актуальным вопрос о дифференциальной диагностике острых гинекологических заболеваний с экстренной хирургической патологией, чаще всего - с острым аппендицитом. Нередко отсутствие чётких клинических признаков заболевания внутренних половых органов и острого аппендицита приводят к диагностическим ошибкам и необоснованным лапаротомиям. В тоже время выжидательная тактика у больных с неясной клинической картиной может привести к прогрессированию заболевания и развитию осложнений. При внематочной беременности с диагнозом «острый аппендицит» оперировано 2,2 % из числа больных, подвергшихся операции по поводу острого аппендицита (до применения лапароскопии). Наиболее эффективным методом диагностики как прервавшейся, так и развивающейся внематочной беременности является

лапароскопия, при этом точность диагностики достигает 100% [15, 22, 45, 61, 80, 81, 95, 102, 111, 121].

Лапароскопическая диагностика перекрута кисты не представляет трудности в отличие от не перекрученной кисты. Широкое использование лапароскопии в дифференциальной диагностике острых хирургических заболеваний и заболеваний органов гениталий в трудных случаях оправдано и позволяет точно установить диагноз, а во многих случаях избежать ненужной лапаротомии [4, 45, 64, 102, 121, 158, 165, 203].

Применение лапароскопии в ургентной службе позволяет большинству пациентов с явлениями острого живота производить оперативное лечение с сохранением репродуктивной функции. Так, при сравнительной оценке диагностической точности клинических данных, ультразвукового исследования и лапароскопии составила 48%, 65% и 95,7% соответственно [4, 158, 203]. При этом большинство авторов подчёркивают снижение длительности госпитализации пациентов от 12,4 суток при открытых лапаротомиях до 5,2 суток при использовании видеоэндохирургических технологий [4, 22, 64, 80, 81]. Также имеется ряд исследований, где суммарное количество кровопотерь при использовании лапароскопии снизилось в 8-10 раз [64].

Особую эффективность видеоэндохирургия проявила при хирургическом лечении женщин с перекрутами придатков матки, где благодаря прецизионности техники в большинстве случаев удается выполнить органосохраняющие операции в случае отсутствия выраженных трофических нарушений [4, 239].

Большинство авторов отмечают низкую частоту осложнений во время или после лапароскопических вмешательств на органах малого таза [95, 96, 102, 111, 121, 134, 158]. По данным некоторых авторов, послеоперационные осложнения, преимущественно кровотечения, были выявлены в 0,4 -1,1% случаев. С накоплением опыта проведения лапароскопии количество осложнений уменьшалось, и переход на лапаротомию был в 1,1-2,9% случаев.

Установлено, что после ЭВХ лечения отсутствовали такие осложнения, как ранняя спаечная кишечная непроходимость и кишечные свищи [111, 200, 202, 273, 284, 295, 322].

В последние годы наблюдается явная тенденция к увеличению числа закрытых травм живота, которые составляют среди всех повреждений 2-4%. Летальность от них достигает 20-38%. При этом вопрос о целесообразности применения высокотехнологичного и дорогостоящего метода - ЭВХ при травмах живота по-прежнему остаётся дискуссионным [20, 27, 107, 117, 157, 225, 237, 248, 314]. В тоже время другими исследователями определены показания для выполнения лапароскопии, в том числе при проникающих ранениях живота с признаками повреждения внутренних органов [206, 349].

К факторам, которые резко ухудшают исход лечения повреждений живота, относят запоздалую или ошибочную диагностику, приводящую к ненужным и опасным для этих пострадавших лапаротомиям [20, 27, 225, 237, 245]. Важность проблемы заключается ещё в том, что пострадавшие в большинстве случаев представляют молодой работоспособный контингент в возрасте от 24-40 лет [268, 281, 314].

Наблюдения показали, что отсутствие клинических симптомов, специфических для закрытой травмы живота, на ранних сроках, наличие у пострадавших сопутствующих повреждений, коллапса и шока создают значительные трудности для установления диагноза. При множественных повреждениях типичные признаки острого живота маскируются симптомами повреждения черепа, головного мозга, позвоночника, костей таза или забрюшинной гематомы. Даже опытный хирург может испытать значительные трудности, особенно в тех случаях, когда больной находится в коматозном или бессознательном состоянии, в стадии алкогольного опьянения или на фоне действия анальгетиков. В случае же, если пострадавших с тяжелой множественной травмой подвергают ещё и лапаротомии, цифры летальности резко увеличиваются до 56,2%. При закрытой травме живота первоочередной

задачей является точное и быстрое установление наличия повреждения внутренних органов, чтобы определить показания к экстренному оперативному вмешательству [107, 117, 157]. Решение этой задачи позволит значительно уменьшить количество диагностических лапаротомий, особенно у лиц с множественными тяжелыми травмами, а также сократить сроки динамического наблюдения, что является немаловажным фактором благоприятного исхода. Применение лапароскопии при закрытой травме живота показало, что метод отличается простотой, малой травматичностью, высокой информативностью и безопасностью. Также установлено, что при закрытой травме живота проводимые по клиническим признакам лапаротомии в 25% являлись необоснованными [206].

Напрасные лапаротомии у больных с тяжелыми травмами могут быть уменьшены до 4-5% благодаря использованию неотложной лапароскопии при травме живота в неясных острых абдоминальных случаях [117, 157, 314].

Считают, что операции по поводу острого аппендицита, острого холецистита, травмы живота, острых гинекологических заболеваний и острого деструктивного панкреатита рекомендуется начинать с диагностической видеолaparоскопии, используя дополнительные троакарные доступы для инструментов. Такая тактика позволяет более точно уточнить диагноз, определить оптимальный объем и вид оперативного вмешательства, а также заканчивать операцию видеоэндохирургическим методом или же перейти на конверсию. При этом решающую роль для завершения лапароскопических операций играет практический опыт оператора [93, 129, 161].

Ряд авторов сообщают о некоторых ограничениях методики лапароскопической аппендэктомии в случаях наличия у больного злокачественной опухоли, периаппендикулярного абсцесса и перфорации отростка [200, 215, 228]. Проблема острого аппендицита продолжает оставаться актуальной в экстренной хирургии, поскольку аппендэктомия является наиболее распространенной операцией в экстренной хирургии. В тоже время врачами допускается относительно большое число диагностических ошибок,

обусловленных чаще всего неиспользованием современных методов объективизации диагноза. Главными преимуществами лапароскопической хирургии являются уменьшение числа напрасных аппендэктомий, возможность дополнительной диагностики. Также при выявлении заболеваний половых органов имеется возможность выполнения сочетанного вмешательства, не меняя и не расширяя доступа [18, 93, 161, 274, 324].

Отсутствие признаков воспаления червеобразного отростка, установленное при открытом доступе, требует тщательной ревизии брюшной полости с расширением раны, что, как правило, малоинформативно. Практика показывает, что в ряде случаев такая тактика приводит к ненужным лапаротомиям и свидетельствует, что эта методика не позволяет в трудной диагностической ситуации произвести должную детальную ревизию брюшной полости и выявить патологический очаг. Поэтому в некоторых случаях необходимо выбрать адекватный операционный доступ [93, 99, 115].

Внедрение видеолапароскопии в ежедневной клинической практике способствовало значительному снижению частоты допущения диагностических ошибок и напрасных аппендэктомий, которые при традиционных методах достигают 10-15%. Также при их использовании отмечалось многократное снижение частоты послеоперационных раневых осложнений, потребности в обезболивающих средствах, снижение продолжительности госпитализации, не говоря уже о хороших косметических результатах [75, 82, 86, 243, 244].

Эхинококкоз является распространённым паразитарным заболеванием печени в странах Центральной Азии [6, 7, 21, 26, 32]. В последние годы появились сообщения о применении эндохирургической технологии в лечении эхинококкоза печени. Однако до сих пор нет единого мнения о показаниях, тактике и технике лапароскопической эхинококкэктомии из печени [43, 46, 78, 260, 272, 279, 288].

Важное значение при выполнении лапароскопических вмешательств имеет адекватное обезболивание. В литературе активно дискутируется вопрос о

возможности выполнения подобного рода операций под внутривенной и перидуральной анестезией [24, 97]. Однако основным методом обезболивания остаётся эндотрахеальный наркоз [122, 124].

Таким образом, анализ литературных данных, касающихся эндовидеохирургических вмешательств на органах брюшной полости и малого таза, свидетельствует об определенных их особенностях и преимуществах, касающихся, в частности, минимализации травматического воздействия, сокращения времени операции и пребывания больного на больничной койке, что, соответственно, приводит к сокращению расходов на лечение и уменьшению временной нетрудоспособности. Среди других преимуществ отмечена высокая эффективность, обусловленная хорошим обзором органов и радикальностью, значительным изменением процента осложнений (кровотечения, повреждения сопредельных органов и кровеносных сосудов, спаечный процесс и др.), снижением числа повторных операций, что в конечном итоге способствует сокращению инвалидизации и летальности. Единичность научных исследований по вышеуказанным аспектам в Республике Таджикистан требует проведения более глубоких изысканий в данном направлении.

1.3.Медико-социальная эффективность видеоэндоскопических операций

Обеспечение населения высококачественной медицинской помощью является одной из главных проблем и приоритетов развития здравоохранения большинства стран мира, в том числе и нашей республики. При этом с каждым годом в большинстве стран мира отмечается положительная тенденция в этом направлении, создаются новые виды оказания специализированных услуг со стороны, проводятся различные реформы системы здравоохранения, целью которых является увеличение продолжительности жизни и повышение качества жизни населения [14, 34, 35, 55, 136, 137].

Достигнутые самые высокие показатели жизни и экономического состояния в XXI веке способствовали тому, что население начало бережно относиться к своему здоровью, начало требовать более точной диагностики и лечения имеющихся заболеваний с максимальным сокращением сроков стационарной госпитализации и периода реабилитации пациентов.

Одним из достижений в этом направлении считается разработка и широкое клиническое применение современных инновационных технологий, которые в очень короткое время показали свою высокую экономическую и клиническую эффективность и минимальную инвазивность. К технологиям такого рода относится и видеоэндохирургия, которая в последние годы стала «золотым методом» в лечении ряда заболеваний. Это способствовало тому, что большинство клиник мира, в том числе и в Республике Таджикистан, отказалось от ряда традиционных методов лечения и перешло на новый вид оказания медицинских услуг, способствующий как повышению качества диагностики и лечения ряда заболеваний, так и снижению материальных затрат на лечение [83, 84, 99, 101, 114, 166].

Определение эффективности любого хирургического вмешательства основано, прежде всего, на анализе ряда клинических показателей, оценивающих степень тяжести, как самой операции, так и послеоперационного лечения. В частности, с каждым годом в системе здравоохранения отмечается увеличение доли миниинвазивных органосберегающих методов хирургического лечения большинства заболеваний [103, 121, 168, 169, 181]. Именно внедрение видеолапароскопии способствовало значительному уменьшению различных осложнений, периода стационарного пребывания пациентов, одновременному проведению коррекции нескольких патологий, требующих хирургического лечения, а также значительному уменьшению материальных расходов на лечение [101, 178, 187].

Современные эндоскопические приборы позволили резко расширить возможности диапевтики–перевода диагностического этапа в лечебный. Также

видеоэндохирургические технологии позволили выполнить самые травматичные и сложные операции с минимальным нанесением травмы организму и быть при этом косметически приемлемыми. На сегодняшний день нет ни одной области медицины, где бы ни были широко использованы видеоэндохирургические технологии при лечении различных заболеваний [86, 88, 89, 114].

Так, в лечении калькулёзного холецистита достигнуты значительные успехи. В ряде крупных медицинских центров лапароскопическая холецистэктомия занимает основную долю среди всех проводимых операций, при этом в ряде наблюдений частота применения видеоэндоскопии в лечении холелитиаза и его осложнений достигает 95-99%. При изучении затрат пациентов или бюджетных средств здравоохранения на стационарное и амбулаторное лечение пациентов с холелитиазом выявлено, что общая сумма, потраченная на стационарное и амбулаторное лечение, при ЛХЭ в 2,5 и 4,3 раза меньше, чем таковые расходы при выполнении традиционной холецистэктомии [88, 90, 103, 104]. Вместе с тем ЛХЭ из-за своей минимальной инвазивности позволяет значительно повысить как качество жизни пациентов, так и самого лечения. Так, некоторыми исследователями в отдаленном периоде наблюдения после лапароскопической холецистэктомии в 89,3% случаев были получены хорошие результаты [30, 31]. Также имеется ряд исследований, где при санации желчевыводящих путей с применением минимально инвазивных видеоэндоскопических технологий у 70,5% пациентов были отмечены хорошие отдаленные результаты [88, 89, 133, 172].

Стационарное лечение заболеваний, требующих хирургической коррекции, требует определенных материальных затрат, при этом значительная их часть расходуется на проведение дополнительных методов исследования перед операцией и подготовку больных к оперативным вмешательствам, где проводится фармакологическая коррекция имеющихся функциональных нарушений. При этом экономическую эффективность каждой операции или

лечения можно представить как в денежном эквиваленте, так и в приемлемых "единицах" – повышении качества жизни, увеличении продолжительности жизни, или же числа спасенных жизней и т.д. [160, 181].

Как указывает А.В. Сажин, при любом типе хирургического вмешательства, невзирая на то, было ли оно выполнено традиционным способом, или же с использованием лапароскопических технологий, при предоперационной подготовке пациентов имеются приблизительно одинаковые финансовые затраты [9]. Однако, как указывает автор, при использовании видеоэндохирургии в лечении острого аппендицита и холелитиаза отмечается значимое уменьшение затрат на лечение - в 4 и 7,8 раза соответственно [162, 165, 169, 173, 187, 234, 251].

Определение эффективности любого хирургического вмешательства основано, прежде всего, на анализе ряда клинических показателей, оценивающих степень тяжести, как самой операции, так и послеоперационного лечения. Одним из критериев, характеризующих эффективность того или иного способа хирургического лечения, является время, затраченное на его выполнение. Исследования показывают, что применение лапароскопических технологий в лечении ЖКБ позволяет значительно снизить длительность оперативных вмешательств и тем самым способствует снижению ряда осложнений. Так, средняя продолжительность лапароскопической холецистэктомии варьирует от 35 до 120 минут, общей продолжительности наркоза – 45-155 минут [31, 50, 57, 59, 217].

Такой разброс данных с увеличением длительности выполнения оперативного вмешательства можно обосновать наличием возникших интраоперационных осложнений, особенностью топографо-анатомического взаимоотношения пузырного протока и пузырной артерии, тяжестью самой патологии, наличием необходимых инструментов для его выполнения, а также квалификация оперирующего хирурга. Так, по данным Н.У. Усманова и соавт., увеличение продолжительности лапароскопической холецистэктомии

отмечается при ожирении и метаболическом синдроме, где авторы на фоне хорошо развитой клетчатки и большого сальника встречались с некоторыми техническими трудностями, которые способствовали увеличению длительности операции на 25% по сравнению с пациентами, не имеющими избыточной массы тела [178, 195]. По данным же других авторов, длительность операции увеличилась из-за развития ятрогенного повреждения желчного пузыря и диссеминации желчных камней и самой желчи в брюшную полость. В то же время выполнение ЛХЭ при неосложненном течении желчнокаменной болезни не приводило к увеличению времени операции [77, 275].

Еще одним из общепризнанных показателей эффективности хирургического вмешательства считается общая длительность стационарного лечения пациентов, которая, согласно данным некоторых авторов, при ЛХЭ колеблется от 3 до 8,6 суток, а продолжительность послеоперационного периода -от 1,4 до 6,5 дней [50, 76, 153, 222, 269]. Вместе с тем другие авторы указывают на сокращение общей продолжительности госпитализации в 2-3 раза, послеоперационного периода – в 3,5-4 раза, и частоты осложнений – в 2,5-3 раза [165, 204]. Также некоторые авторы указывают на значимое снижение различных послеоперационных осложнений при ЛХЭ, а также летальных исходов [222, 239, 266].

Влияние различных факторов на продолжительность госпитализации обсуждалось неоднократно. По данным И.В. Федорова (2009), выявлено, что продолжительность послеоперационного лечения больных с острым холециститом была достоверно выше по сравнению с группой пациентов, оперированных на фоне ремиссии заболевания [204]. К. Prakash с соавт. (2002 г.) сообщал о выписке 83,1%, а Е. Trondsen с соавт. (1993 г.) -о 47% больных в первые сутки после лапароскопического вмешательства [278, 283]. Также авторы указывают, что у пациентов, перенесших ЛХЭ, в 2,5-3 раза уменьшились койко-дни стационарного лечения по сравнению с пациентами,

перенесшими традиционную холецистэктомию, или же при развития конверсии.

Другие же авторы связывают увеличение продолжительности госпитализации пациентов с развитием интраоперационных осложнений и связанных с ними конверсий, а также с обострением сопутствующих заболеваний.

В ранней выписке пациентов из стационара решающую роль играют течение периоперационного периода, наличие интраоперационных осложнений, тяжесть течения сопутствующих заболеваний, которые и обязывают провести строгий анализ клинических и социальных показателей жизни пациентов. Также после выписки при амбулаторном лечении пациентов необходимы их диспансеризация и активный патронаж [198, 210, 222].

Как указывают некоторые авторы, ранняя выписка пациентов из лечебного учреждения не означает отсутствия у них послеоперационной симптоматики. При этом 48,6% пациентов после выписки жаловались на наличие различных по тяжести болей в брюшной полости, 18,7% из-за раздражения нервов шеи из-за карбоксиперитонеума -на боли в плечевом поясе, а треть (32,7%) пациентов имели хотя бы один раз рвоту [322]. При этом, как указывает G.C. Vander Velpen, тип операции значимо не влиял на клинические проявления послеоперационной симптоматики, всего лишь регистрировалось некоторое увеличение выраженности их клинических проявлений, которое у пациентов, перенесших ЛХЭ, было значимо меньше, что и способствовало быстрому восстановлению трудоспособности пациентов [350]. Так, согласно данным С.Н. Chau, средняя продолжительность полного восстановления трудоспособности и выхода на работу после традиционной холецистэктомии составила 35,9 суток, тогда как этот показатель после ЛХЭ составил всего лишь 12,8 дней [266]. Такие результаты были получены и рядом других авторов, где при ЛХЭ продолжительность временной нетрудоспособности была в 2-4 раза меньше по сравнению с традиционной холецистэктомией [147, 266, 278].

Видеоэндохирургическая технология в лечении ряда заболеваний способствует также снижению материальных затрат на лечение. Ее широкое внедрение в ежедневную клиническую практику требует огромных финансовых ресурсов и организационных усилий, которые в последующем более быстро окупают затрачиваемые деньги. Также она помогает несколько улучшить как качество диагностики, так и самого лечения, с более высокими показателями качества жизни пациентов.

Так, некоторыми исследованиями показано, что при осуществлении 550-575 лапароскопических операций на 10 койках хирургическая активность отделения составляет 97-98%. При этом экономическая эффективность от четырех тысяч выполненных лапароскопических холецистэктомий составляет \$600.000, а стоимость самого оборудования окупается за 5 месяцев [19, 51, 152].

Также экономическая выгода от видеоэндохирургических операций имеет прямую пропорциональную связь с качеством жизни пациентов. Так, при сравнительной оценке качества жизни пациентов, перенесших лапароскопическую и традиционную холецистэктомию, спустя один месяц от вмешательства оказалось, что самые высокие показатели качества жизни с полным восстановлением трудоспособности отмечаются у пациентов, оперированных с использованием эндовидеохирургических технологий [14, 77, 190].

В свою очередь, широкое внедрение эндовидеохирургических технологий в лечение патологий органов брюшной полости позволяет значительно снизить или полностью ликвидировать развитие послеоперационных гнойно-септических осложнений, так как они воздействуют на все звенья эпидемического процесса. Такие данные получены при проведении ряда эпидемиологических исследований, где при применении лапароскопических технологий отмечалось значительное уменьшение резервуара внутрибольничных инфекций с мутацией некоторых штаммов и формированием новых внутрибольничных штаммов микроорганизмов [343].

Вместе с тем необходимо помнить, что видеоэндохирургия не является абсолютным методом лечения большинства заболеваний и может стать причиной «триумфа технологии над здравым смыслом». При этом каждый специалист должен её использовать только по показаниям, с соблюдением правил, ибо «чрезмерная гордость не идёт на пользу больным».

Многолетний опыт проведения ЛХЭ позволил специалистам приобрести навыки её выполнения и снизить частоту различных осложнений в десятки раз (от 3,8% до 0,3%), а перехода на лапаротомию -с 7,6% до 0,3% [29, 88, 199, 202]. Также богатый опыт выполнения ЛХЭ с интра- и послеоперационным мониторингом при помощи различных диагностических методов привел к значительному снижению частоты послеоперационных осложнений и развития постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС) [126]. Именно дифференцированный подход к применению видеолапароскопии при лечении хирургических патологий желчного пузыря и желчевыводящих путей у лиц пожилого и старческого возраста, а также имеющих другие сердечно-сосудистыми заболеваниями и коморбидность, позволил значительно снизить частоту летальных исходов и послеоперационных осложнений [125, 151, 224, 330, 331, 333].

В литературе имеются единичные сообщения, посвященные оценке экономической эффективности лапароскопического лечения ряда заболеваний органов брюшной полости и малого таза. В частности, по данным Е.Б. Рудакова и соавт.(2000), хирургическая коррекция гинекологических патологий с применением видеоэндохирургических технологий позволила в среднем снизить затраты на лечение одной пациентки на 1300 рублей, при этом сэкономить финансовые расходы медучреждения на 640.000 рублей в течение одного года [1]. В свою очередь, А.В. Воронов (2000)показывает, что при использовании лапароскопических технологий можно экономить денежные затраты до 2500 рублей на одну операцию, со значительным снижением

продолжительности госпитализации пациентов, что, по данным автора, составило 2-2,5 раза [35].

Кроме медицинской эффективности видеоэндоскопических методов, они также имеют высокую социальную эффективность по типу снижения частоты фатальных последствий заболеваемости и инвалидности пациентов, а также восстановления полной трудоспособности и повышения качества лечения [88, 121, 129, 139, 185, 187].

В настоящее время, характеризующееся частыми экономическими кризисами, основной задачей здравоохранения является максимально и эффективно использовать имеющиеся ресурсы [135, 185]. Так, по данным ряда авторов, в Российской Федерации финансовые расходы на здравоохранение составляют 2,3-3,5% от общего ВВП, что составляет \$60-220 на душу населения, в США же эти показатели достигают 13,5% от ВВП, которые составляют \$3465 на душу населения [83, 84].

При этом, как указывают исследователи, основные финансовые затраты (от 80 до 90%) приходятся именно на стационарное лечение пациентов, где сосредоточены основные материальные и кадровые ресурсы. В свою очередь, улучшение законодательства по охране прав потребителей и оказание высококачественной квалифицированной медицинской помощи привели к нехватке выделяемых денежных средств у лечебных учреждений на диагностику и лечение пациентов. В связи с этим наступил период, когда ЛПУ должны более эффективно использовать материально-денежные ресурсы и увеличить стимулирование качества и интенсивности работы персонала [88].

Одной из других нерешенных проблем системы здравоохранения считается диспропорция между современным диагностическим потенциалом и реальными возможностями его использования в лечебных учреждениях. Ежедневное применение современных визуализирующих и диагностических методов исследования, а также видеолапароскопии привело к значительному увеличению качества диагностики, порой достигающего 98%, с сокращением

периода диагностических исследований и частоты использования различных диагностических методов [20, 121, 162].

Актуальной является оценка эффективности новых технологий в диагностике и лечении пациентов с острыми патологиями органов брюшной полости, которая обусловлена появлением различных конкурирующих способов лечения одного и того же заболевания, на почве дефицита как медицинских кадров, так и материально-технических ресурсов. Так, исследования показывают, что, несмотря на дороговизну видеоэндохирургического оборудования, оно имеет высокую клиническую эффективность (меньшее число осложнений, продолжительности госпитализации, инвалидизации и временной нетрудоспособности), которая в последующем становится основным фактором компенсации средств, затраченных на его приобретение. Также эти технологии из-за определенных своих преимуществ позволяют значительно снизить материальные затраты на лечение пациентов (экономия лекарственных препаратов, длительности стационарного пребывания пациентов и периода реабилитации), частоту инвалидности и смертности пациентов [30, 135].

Вопросы широкого внедрения ЭВХ в практическую деятельность периферических медицинских учреждений на муниципальном уровне Российской Федерации были обсуждены на II съезде Российской ассоциации эндоскопических хирургов, где был принят консенсус о реализации этой идеи на широкомасштабном уровне, позволяющей не только улучшить качество оказания специализированной помощи, но и способствовать экономическим прибылям [34, 53, 138, 142].

Улучшение качества медицинской помощи для большинства стран является одним из основных звеньев реформы системы здравоохранения и оказания услуг [136, 137, 169].

Необходимо отметить, что в Российской Федерации первые эндовидеохирургические комплексы и оборудование были внедрены в крупных

многопрофильных медицинских центрах в 1990 году, и начали использоваться при лечении ряд ургентных патологий органов брюшной полости. При этом некоторые исследователи отмечают, что сдерживающими факторами в этом направлении явились отсутствие единых стандартов по использованию видеоэндоскопических технологий в лечении острых заболеваний органов живота, а также недостаток квалифицированных специалистов, обладающих методикой оперирования эндохирургическим методом. При этом ЭВХ технологиями были оснащены в основном научно-исследовательские институты и клинические базы кафедр хирургического профиля вузов. Именно такой синтез позволил в короткий период показать высокую эффективность этих технологий в клинической практике, а также подготовить высококвалифицированные кадры и разработать и применить единые стандарты технического выполнения различных эндовидеохирургических операций. Всё вышесказанное способствовало широкой эксплуатации видеоэндохирургических технологий по всем регионам Российской Федерации. Помимо этого, такая организация позволила обеспечить конкурентоспособность российской хирургии в мире [50, 169]. К сожалению, в Республике Таджикистан оказание ургентной видеоэндохирургической помощи при ОХ, аппендиците, острой патологии органов гениталий и травмах живота налажено в единичных лечебных учреждениях, что обусловлено нечеткой организацией работы, дороговизной эндохирургического оборудования, отсутствием необходимой нормативной документации и научно-методических рекомендаций по неотложной ЭВХ [101, 103, 169].

В тоже время имеются разноречивые мнения в отношении внедрения видеоэндохирургии в ежедневную клиническую практику при неотложных ситуациях. Так, одни авторы указывают на использование лапароскопии только как метода диагностики, другие же - в качестве окончательного способа оперативного лечения острых заболеваний органов брюшной полости [190].

Эти гипотезы отражены в единичных публикациях авторов, не имеющих богатого клинического опыта и недоучитывающих возможностей стационара.

Другой стороной вопроса являются неоднозначные мнения ученых о частоте встречаемости острых хирургических патологий органов брюшной полости, где, по некоторым данным, в частности в Санкт-Петербурге, они составляют незначительную часть от общего количества проведенных операций. Это тесно перекликается с вопросом о необходимости оснащения ургентной службы многопрофильных стационаров ЭВХ технологией и целесообразностью их массового использования, учитывая нерешенные вопросы финансирования системой обязательного медицинского страхования [35, 47, 60].

Таким образом, анализ литературы показывает, что для интенсификации использования коечного фонда, сокращения сроков пребывания больных в стационаре, увеличения оборота коек и числа пролеченных больных, приводящего к снижению потребности в койках и, соответственно к существенной экономии средств, необходимо проведение эндовидеохирургических вмешательств вместо традиционных операций. Это, соответственно, отражается на удельном весе послеоперационных осложнений, обеспечивает комфортное течение послеоперационного периода и скорейшую социальную реабилитацию больных.

Одним из основных факторов, влияющих на повышение эффективности оказания специализированной медицинской помощи при ургентных патологиях живота, являются улучшение качества своевременной и точной диагностики путем широкого внедрения ВЭХ технологий, а также подготовка и повышение трудоспособности специалистов. Анализ литературных источников показывает, что только путем внедрения ВЭХ и других современных технологий в клиническую практику, а также строгого отбора больных можно значительно уменьшить частоту периоперационных осложнений, сократить продолжительность госпитализации и тем самым извлекать экономическую

выгоду от лечения. Однако внедрение ЭВХ технологий требуют больших инвестиций и достаточного кадрового потенциала. В то же время отсутствие единых представлений о путях развития ЭВХ в рамках квалифицированной и специализированной хирургической помощи не позволяет проводить единую политику в современных условиях. Всё вышеуказанное требует проведения научных изысканий в данном направлении.

Глава 2. Материал и методы исследования

2.1. Общая характеристика клинического материала

В основу настоящего диссертационного исследования положены результаты обследования и хирургического лечения 4688 больных с заболеваниями органов брюшной полости и малого таза, проведенных в хирургическом и гинекологическом отделениях Областной клинической больницы имени Б. Вахидова г. Бохтар Хатлонской области, отделений эндохирургии ГУ «Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ и СЗН РТ и частного Хатлонского медицинского центра г. Бохтар Хатлонской области РТ за период с 1998 по 2017 годы.

В работе представлены результаты эндовидеохирургических и традиционных оперативных вмешательств, выполненных у больных с патологией желчного пузыря и желчевыводящих путей, острым аппендицитом, заболеваниями органов малого таза, эхинококкозом печени и травмой живота (таблица 2.1).

Таблица 2.1. - Распределение больных в зависимости от характера заболевания

Характер заболевания	Основная группа	Контрольная группа	Всего
Заболевания желчного пузыря и желчных путей	1462	310	1772
Острый аппендицит	521	428	949
Травмы живота	103	101	204
Эхинококкоз печени	96	110	206
Заболевания органов малого таза	1300	257	1557
Всего	3482	1206	4688

Как видно из таблицы 2.1, основную группу (n=3482) составили пациенты, которым были выполнены видеоэндохирургические операции, в том числе: холецистэктомия (n=1462); операции на органах малого таза (n=1300);

аппендэктомия (n=521); эхинококкэктомия из печени(n=96) и вмешательства при травме живота (n=103).

Контрольную группу составили 1206 больных, оперированных традиционным способом: холецистэктомия (n=310); при патологии органов малого таза (n=257); аппендэктомия (n=428); эхинококкэктомия из печени (n=110) и по поводу травм живота (n=101).

Из общего количества больных основной группы городские жители составили 933 (26,8%), сельские -2549 (73,2%). Распределение обследованных больных в зависимости от пола и возраста представлено в таблице 2.2. Возраст обследованных варьировал от 15 лет до 81 года.

Таблица 2.2. - Половозрастная структура обследованных больных

Распределение больных		Основная группа (n=3482)		Контрольная группа (n=1206)	
		абс.	%	абс.	%
Пол	Муж	386	11,1	335	27,8
	Жен	3096	88,9	871	72,2
Возраст, лет	15-24	690	19,8	407	33,7
	25-34	935	26,9	323	26,8
	35-44	682	19,6	181	15,1
	45-54	624	17,9	98	8,1
	55-64	295	8,5	97	8,0
	65-74	203	5,8	68	5,6
	75 и выше	53	1,5	32	2,7

Как видно из таблицы 2.2, среди общего количества больных, оперированных эндовидеохирургическим способом, мужчин было 386 (11,1%), женщины - 3096 (88,9%). Подавляющее большинство составили больные в возрасте от 25 до 54 лет (64,4%).

Контрольная группа больных, оперированных традиционным способом, также была представлена в основном женщинами – 871 (72,2%). Большинство

пациентов (75,6%) были в возрасте до 44 лет. Среди женщин с патологией органов малого таза также подавляющее большинство (85,9%) были в возрасте до 44 лет, то есть лица трудоспособного возраста.

Из общего числа больных с сопутствующей патологией в основной группе было выявлено 39,6% больных, в контрольной - 32,4%. Структура выявленной сопутствующей патологии оперированных больных основной и контрольной групп представлена в таблице 2.3.

Таблица 2.3. - Структура сопутствующей патологии оперированных больных

Характер заболевания	Основная группа		Контрольная группа	
	n	%	N	%
Патология сердечно-сосудистой системы	507	62,9	42	46,1
Ожирение II-III степеней	99	12,3	15	16,5
Грыжи передней брюшной стенки	46	5,7	2	2,2
Патология почек и мочевыводящих путей	31	3,9	6	6,6
Патология желудочно-кишечного тракта	30	3,7	6	6,6
Сахарный диабет 2 типа	26	3,2	1	1,1
Заболевания верхних дыхательных путей и легких	22	2,7	7	7,7
Цирроз печени, хронический гепатит	17	2,1	6	6,6
Заболевания щитовидной железы	16	2	3	3,3
Хронический панкреатит	11	1,4	3	3,3
Всего	805	100	91	100

Как видно из таблицы 2.3, в обеих группах в основном преобладали больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и ожирением II-III степеней, что требовало проведения у них тщательной предоперационной подготовки.

2.2. Особенности предоперационного обследования больных

Тщательное предоперационное обследование пациентов и коррекция выявленных нарушений служат основным залогом успешности лечения, которое нами проводилась во всех случаях с соблюдением основных требований, указанных в клинических рекомендациях. При этом первоочередное значение мы придавали возможности наложения карбоксиперитонеума с повышением внутрибрюшного давления на 8-12 мм рт. ст.

При выявлении сердечно-сосудистых и легочных патологий у пациентов, нуждающихся в проведения плановых операций, проводилась комплексная их коррекция с участием смежных специалистов. Одним из факторов, приводящих к утяжелению состояния пациентов с кардиоваскулярными патологиями, является карбоксиперитонеум, возможность применения которого решали коллегиально с участием врачей анестезиологов-реаниматологов и кардиологов. В тех случаях, когда проведение лапароскопического вмешательства признавалось рискованным, операцию выполняли традиционным способом.

Такая же тактика комплексного обследования и предоперационная подготовка пациентов до полной стабилизации состояния проводилась в случае выявления других патологий – сахарного диабета, бронхиальной астмы, метаболического синдрома и т.д., с широким участием специалистов смежных дисциплин.

Из-за того, что при выполнении лапароскопических операций отсутствует возможность мануальной пальпации органов и структур во избежание допущения патологий последних, нами в предоперационном периоде проводилось соответствующее обследование пациентов с использованием высокоэффективных миниинвазивных диагностических методов исследования. При этом только на основании правильной интерпретации результатов

дополнительных методов исследования устанавливали показания и противопоказания к видеоэндохирургическим методам лечения.

Все женщины с патологиями репродуктивных органов консультировались врачами акушерами-гинекологами, и при необходимости дополнительно проводилась коррекция воспалительных процессов в предоперационном периоде.

Решение вопроса о возможности наложения карбоксиперитонеума было достаточным для больных, у которых диагноз основывался преимущественно на физикальном обследовании или данных лабораторных исследований (грыжи передней брюшной стенки - 46 (1,3%), острый аппендицит - 521 (15,0%)). Заболевания желчного пузыря, кисты паренхиматозных органов брюшной полости, опухоли придатков матки и малого таза требовали обязательного проведения специальных диагностических методов обследования.

Окончательный диагноз во всех случаях основывался на результатах клинического, инструментального и морфологического обследования, включая данные интраоперационной картины. Морфологическое исследование удаленных препаратов проводили в гистологической лаборатории Национального медицинского центра (гл. врач к.м.н. Хаётов Н.Ш.), патоморфологической лаборатории Городской клинической больницы №5 г. Душанбе им. академика К. Таджиева (гл. врач к.м.н. Рустамов Х.К.) и патоморфологической лаборатории Областного онкологического центра Хатлонской области (гл. врач к.м.н. Абдурахманов Ю.Б.).

Основным условием для проведения ЭВХ операций на органах брюшной полости и малого таза была возможность использования лапароскопического портала, включая состояние больных, позволяющее использовать пневмоперитонеум. С целью профилактики развития периоперационных осложнений нами во всех случаях проводился строгий отбор пациентов, особенно среди пожилых больных с различными сопутствующими заболеваниями.

В наших наблюдениях противопоказаниями к видеоэндохирургическим методам лечения явились: все виды грыжи брюшной стенки и вентральной и диафрагмальной локализации; ране ее перенесенные неоднократные операции на органах брюшной полости и малого таза; гнойно-воспалительные процессы мягких тканей брюшной стенки, явления гипокоагуляции, различные заболевания легких с уменьшением дыхательного объема, кардиоваскулярные заболевания в стадии декомпенсации, артериальная гипертензия, устойчивая к лекарственным препаратам, декомпенсированный сахарный диабет и т.д.

Во всех случаях за 2-3 суток перед плановым лапароскопическим оперативным вмешательством пациентам проводилась предоперационная подготовка желудочно-кишечного тракта, направленная на его опорожнение путем очищающих клизм и соблюдении диеты. При наличии у больного язвенной болезни желудка обязательно было назначение перед операцией препаратов из группы ингибиторов водородной помпы пролонгированного действия (ултоп, омепразол, пантопрозол).

Коррекция артериальной гипертензии проводилась за неделю до проведения операции с привлечением кардиологов и в рамках клинических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению артериальной гипертензии у взрослых на уровне ПМСП, утвержденных Приказом МЗ и СЗН РТ от 26.12.2007 года, №628.

Пациентам с сердечными патологиями после осмотра специалистов и проведения дополнительных инструментальных методов исследования проводилась соответствующая консервативная терапия, позволявшая стабилизировать состояние и нивелировать клинические проявления ишемии миокарда и недостаточности кровообращения.

С целью устранения страха и тревоги больному в ночь перед операцией назначался диазепам в дозе 10 мг в/м. За 30 минут до операции проводили премедикацию 1% раствором промедола в дозе 2,0 мл в/м, а по показаниям - атропин (400-500мкг) и супрастин (20мг).

2.3. Методика выполнения видеоэндохирургических вмешательств

Нами все видеолaparоскопических операций были выполнены при помощи видеоэндоскопического комплекса и инструментов фирм «Эндомедиум» и ООО инновационно-внедренческая фирма «Медфармсервис» (Россия). Для осуществления манипуляций были использованы лапароскопы, имеющие прямую и/или боковую оптику с диаметром 5-10 мм, иглы и троакары, предназначенные как для разового, так и для многоразового использования (ООО инновационно-внедренческая фирма «Медфармсервис», Россия). Применяли также набор инструментов (зажимы, ножницы, диссектор, электрохирургический крючок и др.) зарубежного производства. Для наложения клипс использовали одноразовый и многоразовый клипаторы. В зависимости от вида и объема операций применяли различные сшивающие аппараты.

Техника лапароскопической операции. На начальных этапах выполнения лапароскопических операций нами наложение пневмоперитонеума проводилась слепым методом путем пункции брюшной стенки иглой Вереша и проведения пробы с физиологическим раствором. При отсутствии повреждения кишечника проводилась инсуффляция карбоксидного газа (CO_2) до 10-12 мм рт.ст. В последующем использовался стандартный доступ с применением 3-5 троакаров.

Методика: после введения троакаров и обзорной лапароскопии составляли окончательный план операции. Для выполнения холецистэктомии больной переводился в положение Фовлера. Дно желчного пузыря захватывалось зажимом, введенным через третий троакар, и отводилось кверху в головном направлении. В последующем желчный пузырь при помощи второго 5 мм зажима отводится кверху и латерально, что позволяет легко выделить элементы треугольника Калло и их дифференциации. Проводится раздельное наложение клипсов на пузырьную артерию и пузырьный проток с их

пересечением. Затем путем коагуляции и резания производят мобилизацию желчного пузыря от ложа с последующим его удалением из эпигастральной раны. Операция завершается ревизией ложа желчного пузыря, области треугольника Калло и прилегающего участка брюшной полости, промыванием раствором антисептиков с дренированием подпеченочного пространства места вмешательства силиконовой трубкой. В последующем производят снятие карбоксиперитонеума и накладываются послойные швы.

ЭВХ технология эхинококкэктомии из печени заключалась в следующем. После введения первого троакара (в параумбиликальной области), наложения карбоксиперитонеума проводилась ревизия печени и брюшной полости. Эндоскопическая диагностика по выявлению эхинококковой кисты осуществлялась по следующим признакам: наличие белесоватого цвета участка фиброзной оболочки эхинококка и локализованных спаек, а также по деформации участка печени. Следующим этапом устанавливали рабочие троакары в эпигастральную и подреберную области. Далее эхинококковая киста ограничивалась салфетками. Под контролем лапароскопа проводили пункцию эхинококковой кисты иглой диаметром 2,0 мм, через которую отсасывали электроотсосом паразитарную жидкость. С целью профилактики диссеминации эхинококковой жидкости проводилась ее дополнительная аспирация, с последующим введением в полость кисты 80% раствора глицерина той же иглой с экспозицией 5 минут. После чего осуществляли реаспирацию жидкости. С помощью монополярных эндоножниц рассекали фиброзную оболочку и остаточную эхинококковую жидкость эвакуировали электроотсосом. Далее через рассеченую часть фиброзной капсулы внутри ее полости вплотную подводили аспиратор-ирригатор Брюсана и отсасывали хитиновую оболочку. При большой в объеме хитиновой оболочке использовали сачок (контейнер) для извлечения органов. В последующем проводилась обработка остаточной полости эхинококковой кисты глицерином и её ревизия на предмет выявления дочерних кист и желчных свищей. Диагностированные

желчные свищи ушивали интракорпоральным швом либо ликвидировали диатермокоагуляцией. Свободные края фиброзной капсулы иссекали и в последующем коагулировали. Также коагулировали внутреннюю поверхность остаточной полости, которую дренировали силиконовой трубкой, либо тампонировали прядью большого сальника на ножке, либо ликвидировали ушиванием.

Лапароскопическую аппендэктомию выполняли в положении Тренделенбурга на левом боку (с наклоном головного конца операционного стола на 30 градусов) для хорошего обзора слепой кишки. Иглу Вереша и первый троакар вводили в точке, расположенной выше пупка. Накладывали пневмоперитонеум. Затем следующий 5-миллиметровый троакар вводили через левую подвздошную область. Далее после обзорной лапароскопии, при наличии выпота проводили его тщательную аспирацию. Третий 10-миллиметровый троакар использовался для захвата и удаления воспаленного червеобразного отростка.

Лапароскопические операции на органах малого таза производили в положении Тренделенбурга. Иглу Вереша и первый троакар вводили в точке, расположенной выше пупка, и накладывали пневмоперитонеум. Следующие троакары вводили справа и слева от средней линии живота. При необходимости четвертый троакар вводили по белой линии живота - посередине между пупком и лобковым симфизом. При резекции яичника последний захватывали травматическими щипцами, а монополярными щипцами коагулировали места удаляемой ткани яичника. Ножницами производили клиновидную резекцию яичника, а резецированную ткань его удаляли через 10-миллиметровый троакар. Затем гемостаз осуществляли моно- и биполярным коагулятором. При удалении кисты мягким зажимом через левый троакар захватывали яичник или связки яичника и над кистой коагулировали ткани яичника моно- и биполярным коагулятором. Аспирировали содержимое кисты специальной

иглой и извлекали через доступ в подвздошной области. После вылушивания кисты проводили гемостаз моно- и биполярным электродом.

Эндохирургическую стерилизацию выполняли через 2 доступа. Параумбиликально вводили 10-миллиметровый троакар для лапароскопа, а второй, 5-миллиметровый, - в левой или правой подвздошной области. При необходимости вводили дополнительный троакар по средней линии выше лонного сочленения. Чаще всего мы использовали способ клипирования маточных труб и их пересечение эндоожницами или монополярным коагулятором.

При внематочной беременности выполняли операцию из трёх доступов с применением двух 10-миллиметровых и одного 5-миллиметрового троакаров. После обзорной лапароскопии аспирировали кровь и кровяные сгустки с помощью 10-миллиметрового аспиратора и промывали область малого таза. После решения о проведении тубэктомии электрохирургическим диссектором в режиме монополярной коагуляции пересекали маточную трубу и её брыжейку. Удаляли маточную трубу и плодное яйцо через 10-миллиметровый троакар. При наличии маленьких размеров плодного яйца до 3-5см выполняли туботомию. Вскрывали маточную трубу L-образным электродом, а плодное яйцо удаляли после отслаивания с последующим промыванием просвета маточной трубы.

2.4. Особенности обезболивания и послеоперационного ведения при видеоэндохирургических операциях

Основной задачей анестезиологического сопровождения при лапароскопических операциях являлось уменьшение изменений со стороны сердечно-сосудистой системы и экскурсии легких, происходящих при наложении карбоксиперитонеума, и создание почвы для быстрого восстановления происходящих изменений функций кардиореспираторной системы вследствие применения карбоксиперитонеума. Также важным моментом анестезиологического обеспечения явилось достижение тотальной

миорелаксации, которая была достигнута путём общего обезболивания с интубацией трахеи и применением миорелаксантов (ардуан и дитилин). Необходимо отметить, что именно полное снятие мышечного напряжения позволяет, наложив карбоксиперитонеум в необходимом давлении, провести полную ревизию брюшной полости и удалить сгустки крови или жидкостей, а также выполнить симультанные операции на других органах. У больных с сопутствующими заболеваниями органов кровообращения (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония с недостаточностью кровообращения) методикой выбора была анестезия на основе фентанила с дропериДОлом (нейролептанальгезия) с последующей интубацией трахеи и искусственной вентилиацией легких (ИВЛ) на фоне миоплегии.

Во время стандартной лапароскопической операции проводили наблюдение за давлением углекислого газа в брюшной полости, уровне артериального и центрального венозного давления пациента, насыщением крови кислородом (SaO_2) и углекислым газом (PO_2), а также за сердечной деятельностью. Также проводился мониторинг состояния респираторной системы (минутный и общий дыхательный объёмы, инспираторный поток O_2). Послеоперационная аналгезия проводилась ненаркотическими аналгетиками (трамаДОл, баралгин). Минимальная инвазивность лапароскопических операций позволила нам активировать пациентов спустя 4- 6 часов после операции по типу поворачивания больного на бок непосредственно в постели и придания возвышенного положения верхнему отделу туловища больного, или посадив его. Дренажные трубки обычно удаляли на вторые сутки после выполнения контрольного УЗИ. Инфузионная терапия проводилась по общепринятым правилам. Приём жидкой пищи и воды разрешали спустя 16- 24 часа от проведенной операции, а к концу вторых суток назначали соответствующую диету. Большинство пациентов, у которых зарегистрировано гладкое течение послеоперационного периода, выписывали на 3-4 сутки на амбулаторное лечение.

2.5. Методы исследования

Всем пациентам с целью оценки общего состояния и выявления анестезиологического и операционного риска проводилось комплексное обследование с включением клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. При этом выполняли общепринятые клинические и биохимические исследования крови, включая коагулограмму.

Для оценки тяжести эндотоксемии и оксидантного статуса у 30 больных с острым калькулёзным холециститом нами проведено исследование показателей средних молекул (СМ) и перекисного окисления липидов (ПОЛ), которое выполнено на кафедре биохимии ТГМУ им. Абуали ибн Сино (зав.каф. д.б.н., профессор Сабурова А.М.). Уровень средних молекул в плазме крови определяли по методике Г.А. Рябова и соавт. (1985). О состоянии ПОЛ судили по концентрации малонового диальдегида (МДА) по методу И.Д. Стальной и соавт. (1977).

Антиоксидантная система (АОС) оценена путем определения активности супероксиддисмутазы (СОД) по методу М.И. Карлюка, А.И. Ивановой (1988) и содержания аскорбиновой кислоты по методу В.В. Соколовского (1974). С целью сравнительной оценки показателей СМ, АОС и ПОЛ проводилась их изучение у 20 пациентов в возрасте 18-25 лет, не имеющих патологии желчных путей (контрольная программа).

Всем больным проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства аппаратами «Philips» (США) и «Mindray» (Китай).

У 78 больных с хроническим калькулёзным холециститом (ХКХ) до, во время ЛХЭ, а также в первые сутки после операции проведено исследование параметров центральной гемодинамики путем динамической Допплер - эхокардиографии (ЭхоКГ) в лечебно-диагностическом отделе РНЦССХ (директор – к.м.н. Рахмонов Д.А.) на аппаратах «Philips SD-800» (Германия) и «Биосс» (Россия).

По данным Доплер ЭхоКГ исследования определяли минутный объем кровообращения (МОК) в л/мин., который рассчитывали по формуле:

$$\text{МОК} = \text{УО} \times \text{ЧСС}$$

где: УО-ударный объем крови (в см³),

ЧСС-частота сердечных сокращений в 1 минуту.

Величина УО определялась по расчетной формуле:

$$\text{УО} = \text{КДО} - \text{КСО}$$

где КДО-конечный диастолической объем левого желудочка,

КСО-конечный систолический объем левого желудочка.

ФИ – фракцию изгнания (в %), - определяли по формуле:

$$\text{ФИ} = \text{УО} / \text{КДО}$$

Общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) кровотоку определяли по формуле Френка–Пуазейля:

$$\text{САД} \times 60 \times 1332$$

$$\text{ОПСС} = \frac{\text{САД} \times 60 \times 1332}{\text{МОК}} \quad (\text{дин} \times \text{см} \times \text{сек}^{-5})$$

МОК

где САД – среднее артериальное давление,

60 – 60 секунд,

1332 – фактор перевода мм рт.ст. в динах на один см².

ЭКГ проводилось с помощью аппарата «Marguette HeLLige» (Германия), оснащенного электрокардиографической приставкой и компьютеризированным банком данных.

ЭКГ и оценку функции внешнего дыхания проводили при помощи аппарата «Marguette HeLLige» (Германия) с пневмотахометрической приставкой.

Рентгеноскопия (рентгенография) органов грудной клетки и брюшной полости проводилась при помощи диагностической рентгеновской системы «DUO Diagnost Philips» (Германия), имеющей электронно-оптический преобразователь и цифровой монитор.

Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) проводилась с целью выявления патологии желудка и начального отдела двенадцатиперстной кишки с использованием фиброгастроскопа «АОНУА» (Китай). Важное значение придавали состоянию фатерова соска, оценивали его проходимость и пропускную способность, а также определяли наличие дуоденогастрального рефлюкса.

Экономическая эффективность лапароскопических операций изучена на 3482 пациентах. Цена лечения рассчитывалась согласно формул, отраженных в диссертации А.С. Маслагина [88].

Стоимость лечения рассчитывалась по формуле:

$$S = S1 + S2 + S3 + S4$$

где: S - общая цена;

S1- цена лечения в отделении, в которое поступил пациент;

S2- цена лечения в отделении, в которое был переведен пациент;

S3- цена лечения в реанимационном отделении;

S4- цена хирургических операций, проведенных пациенту.

Цена лечения S_i (где $i = 1 \dots, 4$) рассчитывалась по формуле :

$$S_i = Zp_i \times (1 + K1 + K2 + K3 + K9 + K10 + K11 + K12 + K14 + K16 + KPR)$$

где Zp_i - заработная плата лечащих врачей для конкретного случая стационарного обслуживания. В данной методике все величины, на основе которых делаются расчеты, берутся за предшествующий год.

Заработная плата врача (ZP) профильного отделения для конкретного ССО определялась по формуле:

$$ZP = ZPT1 \times (1 + KO) \times KJ \times T$$

где:

ZPT1- средняя заработная плата врача в расчете на один койко-день в отделении;

КО - коэффициент учета квалификации врача, определяемый долей основной заработной платы врача в общей сумме основных зарплат всех врачей . КО для врачей с минимальным уровнем оплаты труда равен нулю;

КJ - коэффициент интенсивности врачебных действий. Во всех случаях, кроме дней, во время которых больному проводились хирургические операции, равен единице. В дни операции КJ равен коэффициенту сложности операции и варьируется от 1 до 4.

Т - количество койко-дней, проведенных больным в данном отделении.

Определение коэффициента учета труда вспомогательного медицинского персонала - К1 -проводилось по формуле:

$$K1 = (Zs+Zm+Za)/(Zv+Zs+Zm+Za)$$

где: Zs - заработная плата среднего медицинского персонала отделения;

Zm - зарплата младшего медперсонала отделения;

Za - зарплата прочего персонала отделения;

Zv - зарплата лечащих врачей отделения.

Определение коэффициента учета труда прочих служб стационара - К2-определяли по формуле:

$$K2 = (1+Zno/Zas) \cdot Zv/Zvpo$$

где: Zno - зарплата работников непрофильных отделений и прочих служб стационара;

Zas – зарплата всех работников стационара;

Zv - зарплата лечащих врачей отделения;

Zvpo — зарплата лечащих врачей всех профильных отделений.

Определение коэффициента начислений на заработную плату - КЗ.

Коэффициент КЗ учитывает начисления на заработную плату и определялся по формуле :

$$K3 = (1+K1+K2) \cdot Kп$$

где: Кп = 0,385 - в соответствии с действующими нормативами начислений (38,5%).

Определение коэффициента учета затрат на питание - K9- определяли по формуле:

$$K9 = Sp/Zv$$

где: Sp - стоимость питания в отделении.

Определение коэффициента учета затрат на медикаменты - K10- определяли по формуле:

$$K10 = (1 + Smno / Sms) \cdot Smo / Zv$$

где: Smno — стоимость медикаментов непрофильных отделений;

Sms - стоимость медикаментов всех отделений;

Smo - стоимость медикаментов отделения.

Определение коэффициента учета затрат на параклинические исследования и лечебные манипуляции проводилось по формуле :

$$K11 = (1 + Spno / Sps) \cdot Spo / Zv$$

где: Spno - стоимость параклинических исследований и лечебных манипуляций непрофильных отделений;

Sps - стоимость параклинических исследований и лечебных манипуляций всех отделений;

Spo - стоимость параклинических исследований и лечебных манипуляций данного отделения.

Определение коэффициента учета износа оборудования - K12- проводилось по формуле:

$$K12 = Sob \cdot 0,15 / Zv$$

где: Sob - балансовая стоимость оборудования и инструментария отделения.

Определение коэффициента износа малоценных предметов - K14- определяли по формуле:

$$K14 = S_{mc} \cdot 0,15 / Z_v$$

где: S_{mc} - стоимость малоценных предметов отделения.

Определение коэффициента износа зданий и сооружений - K16-

проводилось по формуле:

$$K16 = (S_z \cdot 0,05 / Z_{vpo}) \cdot Z_v / Z_{vpo}$$

где: S_z - балансовая стоимость зданий и сооружений.

Определение коэффициента прочих накладных расходов –KPR-определяли по формуле:

$$KPR = ((S_{z3} + S_{z4} + S_{z5} + S_{zl8}) / Z_{vpo}) \cdot Z_v / Z_{vpo}$$

где: $S_{z3}, S_{z4}, S_{z5}, S_{zl8}$ - затраты по статьям сметы ЛПУ: 3,4,5,18 соответственно.

Введение в систему управления деятельностью медицинских учреждений вычислительной техники, в частности персональных компьютеров, резко расширило возможности по оперативной обработке текущей информации, автоматизированному расчету цены лечения.

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с применением прикладной программы «Statistica 6.0» (StatSoftInc., США). Описательная статистика включал в себя вычисление средних значений и их ошибок ($M \pm m$) для количественных выборок, а для качественных выборок высчитывались доли (%). Дисперсионный анализ для количественных выборок проводился с применением U-критерия Манна-Уитни, для качественных выборок - с помощью критерия χ^2 (для значений меньше 10 вводилось поправка Йетса, а для меньше 5 – высчитывалась по ф-критерию Фишера). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Глава3. Социально-гигиеническая характеристика обследованных больных с заболеваниями органов брюшной полости

3.1. Социально-гигиеническая характеристика обследованных больных с желчнокаменной болезнью

Нами проведен анализ некоторых социально-гигиенических характеристик больных (n=1772), которым была проведена холецистэктомия традиционным и лапароскопическим методами. Распределение пациентов с холелитиазом по полу и возрасту представлено в таблице 3.1.

Таблица 3.1. - Распределение пациентов с холелитиазом по полу и возрасту

Возраст, Лет	Основная группа				Контрольная группа				p ₁	p ₂
	женщины		мужчины		женщины		мужчины			
	N	%	N	%	n	%	n	%		
15-24	50	3,6	1	1,2	12	4,5	2	4,3	>0,05	>0,05*
25-34	210	15,2	10	11,9	42	15,9	2	4,3	>0,05	>0,05*
35-44	314	22,8	12	14,3	68	25,8	2	4,3	>0,05	>0,05*
45-54	380	27,6	31	36,9	46	17,4	10	21,7	<0,001	>0,05
55-64	223	16,2	16	19,0	54	20,5	12	26,1	>0,05	>0,05
65-74	155	11,2	7	8,3	34	12,9	12	26,1	>0,05	<0,05*
75 и старше	46	3,3	7	8,3	8	3,0	6	13,0	>0,05*	>0,05*
Всего	1378	100	84	100	264	100	46	100	-	-

Примечание: p₁ – статистическая значимость различия показателей у женщин между группами; p₂ -статистическая значимость различия показателей у мужчин между группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

Как видно из представленной таблицы, из 1462 пациентов, перенесших ЛХЭ, большую часть составили лица женского пола (94,3%), что подтверждает высокую частоту встречаемости холелитиаза именно среди женщин. Средний возраст лиц женского пола составила 48,1±0,30 лет. На долю мужчин среди

пациентов, перенесших ЛХЭ, приходилось 5,7%, средний возраст которых составил $53,5 \pm 1,62$ года.

Для сравнительной оценки эффективности лапароскопической и традиционной холецистэктомии было создана контрольная группа из 310 пациентов, оперированных традиционным способом. Из них 85,2% составили женщины, 14,8% - мужчины. В большинстве случаев причиной традиционной холецистэктомии в контрольной группе являлось отсутствие условий и специалиста для выполнения ЛХЭ, желание самых пациентов оперироваться традиционным методом, а также возникшие конверсии при лапароскопии. Средний возраст женщин контрольной группы был идентичным таковому основной группы, а у мужчин отмечалась разница в 5,1 лет.

Как показали полученные данные, в обеих группах преобладают лица трудоспособного возраста – 85,4 и 84,1% соответственно, с преобладанием лиц женского пола - 85,2% и 94,2% соответственно.

Нами проведено распределение обследованных в зависимости от характера их трудовой деятельности (таблица 3.2).

Таблица 3.2. - Распределение обследованных больных с ЖКБ в зависимости от характера их трудовой деятельности

Профессия	Основная группа		Контрольная группа		Р
	п	%	N	%	
Служащие	54	3,7	4	1,3	<0,05*
Домохозяйки	779	53,3	216	69,7	<0,001
Рабочие	267	18,3	52	16,8	>0,05
Вр. неработающие	362	24,7	38	12,2	<0,001
Всего	1462	100	310	100	-

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

Как видно из представленных в таблице данных, более половина (53,2%) пациентов основной группы являлись домохозяйками, а четверть (24,7%) из

них явились временно безработными. Лица, занимающиеся в интеллектуальной сфере деятельности, составили всего лишь 3,7%. Такие показатели отмечались у пациентов контрольной группы, где 69,6% составили домохозяйки. Удельный вес занятых лиц в сфере интеллектуального труда был значительно ниже, чем в основной группе – более чем в 3 раза.

Необходимо отметить, что в обеих группах преобладали жители сельской местности – 74,8% и 78,7% в основной и в контрольной группе соответственно. Различия в семейном положении пациентов обеих групп не отмечались. Так, 92,4% пациентов основной и 92,9% больных контрольной группы находились в гражданском браке. 7,6% женщин основной (4,6% и 3,0%) и 7,1% контрольной (3,9% и 3,2%) группы явились вдовами и разведенными.

В связи с тем, что основной контингент пациентов с холелитиазом составили лица женского пола, нами проводилось изучение детородной их функции, данные которого представлены на рисунке 3.1.

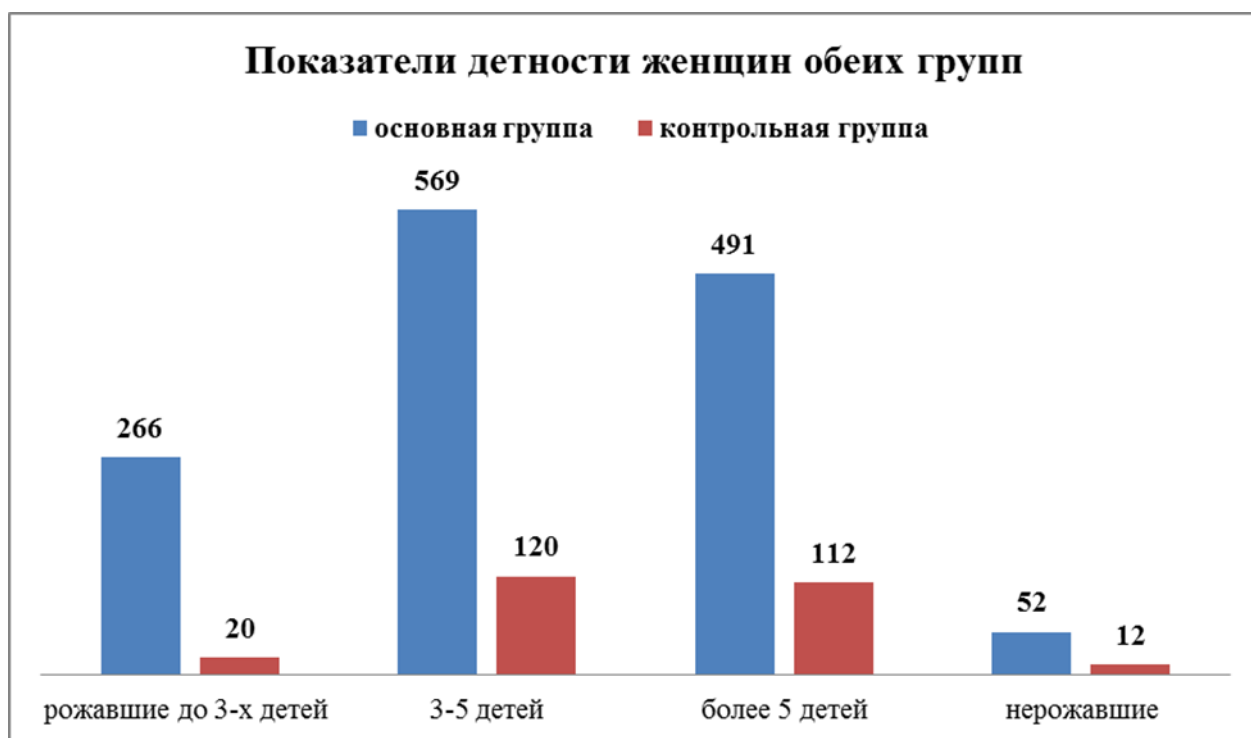


Рисунок 3.1. - Показатели детности женщин обеих групп с холелитиазом

Как видно из рисунка 3.1, более трети (76,9%) женщин основной и 87,9% пациентов контрольной группы имели в анамнезе роды, при этом большинство из них родили 3 и более детей. В обеих групп доля нерожавших женщин была минимальной, и составила 3,8% и 4,5% в основной и контрольной группе соответственно. Это согласуется с данными Х.Х. Мансурова (1991), который отмечает, что одним из основных факторов риска развития холелитиаза являются гормональные изменения, происходящие при беременности [87].

Анализ уровня образования оперированных пациентов показал следующие данные (рисунок 3.2).

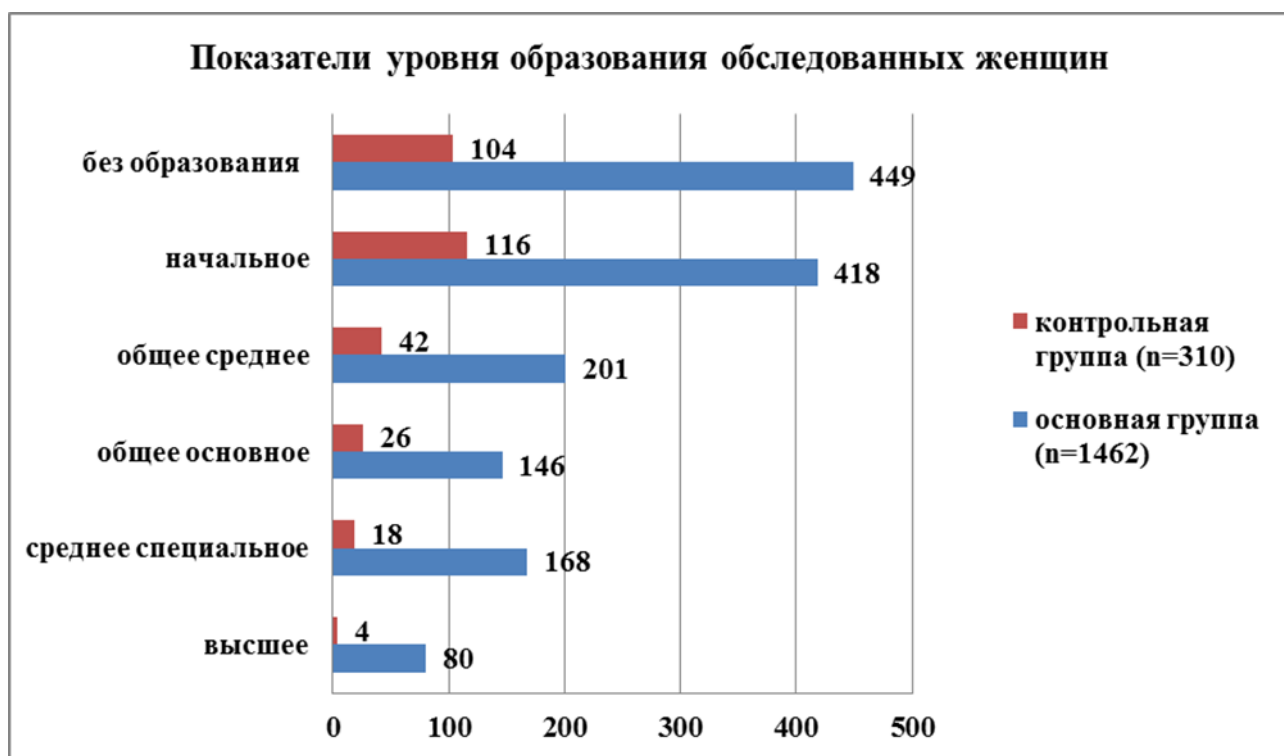


Рисунок 3.2.- Уровень образования пациентов обеих групп с холелитиазом

Как видно из рисунка 3.2, более половины пациентов обеих групп имели начальное образование (28,6% в основной и 37,4% в контрольной группе), или же не получали его вообще (30,7% в основной и 33,5% в контрольной группе).

Лица, имеющие общее основное (141 (9,9%) в основной и 26 (8,4%) в контрольной группе) и общее среднее образование (201 (13,7%) в основной и 42 (13,5%) в контрольной группе) составили 23,4% в обеих группах, где не

отмечается значимого их различия. Было выявлено некоторое различие по частоте встречаемости лиц, имеющих высшее (80 (5,5%) в основной и 4 (1,3%) в контрольной группе) и среднее специальное (168 (11,5%) в основной и 18 (5,8%) в контрольной группе) образование, с преобладанием их в основной группе в 4,2 и 1,9 раза.

Одними из основных показателей нормальной жизнедеятельности считаются показатели уровня жизни и проживания населения в благоприятных материально-бытовых условиях, которые у 76,4% пациентов основной и 67,6% контрольной групп явились удовлетворительными. Определенный удельный вес занимали лица, проживающие за чертой бедности, которая имела прямую связь с качеством питания и способствовала развитию холелитиаза. Так, анализ рациона питания этих пациентов показал, что он носит высококалорийный характер и состоит из продуктов мучного происхождения и животного жира (бараний и говяжий). Такой тип употребления пищи и высокоэнергетического рациона был обусловлен особенностями менталитета и образа жизни населения нашего региона. Содержание клетчатки и пищевых волокон в ежедневном рационе встречалось гораздо реже, а использование растительного масла при приготовлении пищи носило редкий характер. Необходимо отметить, что именно растительное масло и грубая клетчатка способствуют нормальной работе кишечника и движению химуса по нему, нарушение функции которого приводит к увеличению литогенности желчи. Данная ситуация среди обследованных нами больных является фактом вполне закономерным, так как за чертой бедности живет около 38% населения страны [136, 137].

Другим немаловажным фактором является частое чрезмерное питание, а иногда даже по незначительным причинам проведение в рамках обычаев и традиций таджикского народа массовых мероприятий, где предусматривается предоставление каждому гостю обильной и чрезмерно жирной пищи, но без алкоголя, который, обладая в определённых дозах (небольших)

антилитогенным свойством, мог бы способствовать предотвращению образования камней в желчном пузыре.

Нами проводилось выявление факторов риска развития холелитиаза у пациентов обеих групп путем анкетирования. Как показали результаты исследования, наиболее частыми факторами, способствующими формированию желчных камней, являлись богатый жирами пищевой рацион (71%), малоподвижный образ жизни (67,6%), высокий индекс массы тела (53,4%) и ожирение (16%). Из числа овощей опрошенные указали на частое употребление в пищу бобовых и тыквы. Следует заметить, что не проводилась предварительная сортировка мяса при кулинарной обработке (с наличием жира и костей одновременно, что придаёт ему очень высокую калорийность). Такая технология приготовления пищи приводила к тому, что она становилась высококалорийной и способствовала повышению литогенности желчи.

Анализ калорийности употребляемой пищи показал, что в среднем она на 37% превышает суточную нормальную (2200-2500 ккал/сут.) потребность и составила в среднем 2920 ккал/сут. При этом только третью часть ежедневного рациона составили овощи, фрукты и продукты с высоким содержанием клетчатки - 33,2%, 36,8% и 42,4% соответственно. Необходимо отметить, что данному фактору в раннее проводимых исследованиях, касающихся, в частности, образования желчных камней, не придавалось должного значения [87].

Таким образом, подробный анализ социально-гигиенических показателей пациентов с холелитиазом позволяет прийти к тому заключению, что желчекаменной болезнью чаще страдают сельские женщины активного трудоспособного возраста, которые, являясь домохозяйками или временно не работающими, имели активную репродуктивную деятельность с более чем 3 родами в анамнезе. Низкий уровень образования среди пациентов обеих групп и особенности их образа жизни способствовали нарушениям питания с частым употреблением высококалорийной пищи и созданием реальной почвы для

повышения литогенности желчи и развития желчекаменной болезни. Важными факторами, способствующими повышению камнеобразования в желчном пузыре, являлись избыточная масса тела и гиподинамия.

3.2. Социально-гигиеническая характеристика обследованных больных с острым аппендицитом

Из общего количества обследованных с заболеваниями органов брюшной полости удельный вес оперированных по поводу острого аппендицита составил 21,4%. Из них лапароскопически оперированы 521 (54,9%) пациент, а традиционным способом - 428 (45,1%) больных. Нами проведено распределение вышеуказанных больных по возрасту и полу, данные которых приведены в таблице 3.3.

Таблица 3.3.- Распределение пациентов с острым аппендицитом по полу и возрасту

Возраст, лет	Основная группа				Контрольная группа				p ₁	p ₂
	женщины		мужчины							
	N	%	N	%	n	%	n	%		
15-24	176	54,3	101	51,3	161	65,2	79	43,6	<0,01	>0,05
25-34	76	23,5	45	22,8	32	13,0	64	35,4	<0,01	<0,01
35-44	45	13,9	19	9,6	18	7,3	-	-	<0,05	-
45 -54	27	8,3	22	11,2	-	-	19	10,5	-	>0,05
55- 64	-	-	5	2,5	-	-	19	10,5	-	<0,01*
65 -7 4	-	-	5	2,5	18	7,3	-	-	-	-
7 5 и старше	-	-	-	-	18	7,3	-	-	-	-
Всего	324	100	197	100	247	100	181	100	-	-

Примечание: p₁ – статистическая значимость различия показателей у женщин между основной и контрольной группами; p₂ -статистическая значимость различия показателей у мужчин между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

Как видно из таблицы 3.3, среди оперированных лапароскопическим способом основную долю составили женщины – 62,2%, возраст которых варьировал от 15 до 54 лет, составляя в среднем $30,2 \pm 0,38$ лет.

Лица мужского пола составили 37,8% от общего числа пациентов, возраст которых варьировал от 17 до 74 лет, составляя в среднем $31,9 \pm 0,77$ лет. Как и в предыдущей группе пациентов, среди больных с острым аппендицитом также основную долю составили лица трудоспособного возраста.

В контрольной группе более половину пациентов составили женщины – 247 (57,7%). Основной причиной традиционной аппендэктомия у этой группы больных явилось отсутствие специалиста-эндохирурга в оперирующей бригаде (в 95,6% случаев). Необходимо также отметить, что выполнению открытой аппендэктомии способствовала ретроцекальная локализация аппендикса, которая регистрировалась в 4,4% случаев.

Как видно из представленных данных табл. 3.3, в обеих группах пациентов преобладали лица молодого возраста от 15 до 34 лет - 78,5% в основной и 76% - в контрольной группе. В группе пациентов, оперированных традиционно, средний возраст женщин составил $32,7 \pm 0,69$ лет, мужчин - $30,4 \pm 0,41$ года.

Распределение больных в зависимости от характера трудовой деятельности отражено в таблице 3.4. Как видно из таблицы 3.4, среди больных основной группы преобладали временно неработающие и домохозяйки, удельный вес которых составлял соответственно 25,9% и 25%. Далее следуют учащиеся (18,8%) и рабочие (14,8%). Меньше всего отмечено пенсионеров – 4,7%. В контрольной группе доминировали домохозяйки и учащиеся. Их удельный вес был одинаковым и составлял 29,6%. Меньше всего отмечено работников, занятых в сфере интеллектуального труда, частота которых в 2,9 раза была больше в основной группе.

Таблица 3.4. - Распределение обследованных больных с острым аппендицитом в зависимости от характера их трудовой деятельности

Профессия	Основная группа		Контрольная группа		Р
	п	%	п	%	
Служащие	58	10,8	16	3,7	<0,001
Домохозяйки	130	25	127	29,6	>0,05
Рабочие	77	14,8	95	22,2	<0,01
Вр. неработающие	135	25,9	32	7,4	<0,001
Пенсионеры	24	4,7	32	7,4	>0,05
Учащиеся	97	18,8	126	29,6	<0,001
Всего	521	100	428	100	-

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2).

Анализ места проживания, выявилось преобладание, как в контрольной, так и в основной группе, жителей сельской местности (87,3% и 84,6% соответственно). Анализ семейного статуса обследованных групп выявил, что преимущественно они состояли в браке. Этот показатель в контрольной группе составил 96,3%, а в основной - 91,4%. Удельный вес разведенных и вдов в сравниваемых группах также особо не различался и составил соответственно: 2,7%; 5,4% и 2,9%; 3,6%.

Нами также был изучен уровень образования больных с острым аппендицитом, результаты представлены на рисунке 3.3. Как видно из рисунка 3.3, оперированные обеих групп в основном представлены лицами без образования, особенно подвергшиеся традиционному способу аппендэктомии (33,2%). Также среди больных этой группы было больше лиц со средним специальным образованием (22,4%). Необходимо отметить, что существенных различий в численности обследованных с образованием по группам не отмечено, хотя более низкие показатели отмечены у больных контрольной группы. Анализ уровня жизни обследованных свидетельствует о преобладающем удельном весе больных, живущих в удовлетворительных

материально-бытовых условиях, несмотря на относительно невысокий уровень их образованности.



Рисунок 3.3. - Характеристика уровня образования пациентов с острым аппендицитом

Таким образом, сравнительный анализ показал, что данная группа была представлена жителями сельской местности, в основном женского пола, трудоспособного возраста, из числа временно неработающих и домохозяек (по причине отсутствия у большинства образования). Отмечаются незначительные отличия удельного веса оперированных по поводу острого аппендицита как традиционным, так и лапароскопическим методами, в отличие от группы обследованных с ЖКБ, обусловленные отсутствием подготовленного специалиста-эндовидеохирурга.

3.3. Социально-гигиеническая характеристика больных с эхинококкозом печени

По поводу эхинококкоза печени проведено обследование и оперативное лечение 206 пациентов. Из этого количества 96 (46,6%) оперированы

лапароскопически и 110 (53,4%) - традиционным способом. Больные в основном представлены жителями сельской местности (70,8%). Следует отметить, что средний возраст оперированных обеих групп практически не различался как у мужчин, так и у женщин.

Нами проведено распределение обследованных больных с эхинококкозом печени по возрасту и полу. Данные представлены в таблице 3.5.

Таблица 3.5. - Распределение больных с эхинококкозом печени по возрасту и полу

Возраст, лет	Основная группа				Контрольная группа				P ₁	P ₂
	женщины		мужчины		Женщины		мужчины			
	N	%	n	%	n	%	n	%		
15-24 год	22	33,3	12	40,0	10	13,2	10	29,4	<0,01	>0,05
25-34	14	21,2	6	20,0	26	34,2	8	23,5	>0,05	>0,05*
35-44	10	15,2	6	20,0	16	21,1	12	35,3	>0,05	>0,05*
45-54	14	21,2	4	13,3	10	13,2	2	5,9	>0,05	>0,05*
55-64	6	9,1	2	6,7	10	13,2	2	5,9	>0,05*	>0,05*
65-74	-	-	-	-	4	5,3	-	-	-	-
Всего	66	100	30	-	76	100	34	100	-	-

Примечание: p₁ – статистическая значимость различия показателей у женщин между основной и контрольной группами; p₂ -статистическая значимость различия показателей у мужчин между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

Как видно из таблицы 3.5, преобладающее число пациентов, оперированных лапароскопическим способом, составляли женщины - 66 (68,8%). В контрольной группе женщин было 69,1%, в возрасте от 15 до 64 лет. При этом отмечается некоторая тенденция в преобладании лиц в возрасте до 44 лет, в том числе оперированных лапароскопическим (72,9%) и традиционным способом (74,5%).

Нами проведено распределение больных в зависимости от характера их трудовой деятельности (таблица 3.6).

Таблица 3.6. - Распределение больных в зависимости от их трудовой деятельности

	Основная группа (n=96)		Контрольная группа(n=110)		Р
	N	%	n	%	
Пенсионеры	4	4,2	12	10,9	>0,05*
Служащие	6	6,3	4	3,6	>0,05*
Домохозяйки	34	35,4	52	47,3	>0,05
Рабочие	16	16,7	12	10,9	>0,05
Временно неработающие	24	25	18	16,4	>0,05
Учащиеся	12	12,5	12	10,9	>0,05
Всего	96	100	110	100	-

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

Как видно из таблицы 3.6, в обеих группах основную массу составляли домохозяйки, особенно в контрольной группе (47,3%). Это, возможно, объясняется спецификой уклада жизни, где основной формой их деятельности является ведение домашнего хозяйства, включая уход за домашним скотом и животными, а также земляные работы, разделывание и обработку мяса и т.д. Второе ранговое место заняли временно неработающие. При этом их удельный вес в основной группе (25%) значительно превышал показатель, отмечаемый у оперированных традиционным способом (16,4%). Далее по частоте следовали рабочие и учащиеся. В тоже время нами отмечено значительное различие среди оперированных пенсионеров, удельный вес которых среди подвергшихся лапароскопии был в 2,6 раза ниже обследованных контрольной группы.

Нами также проведен анализ детности обследованных, результаты которого представлены на рисунке 3.4.

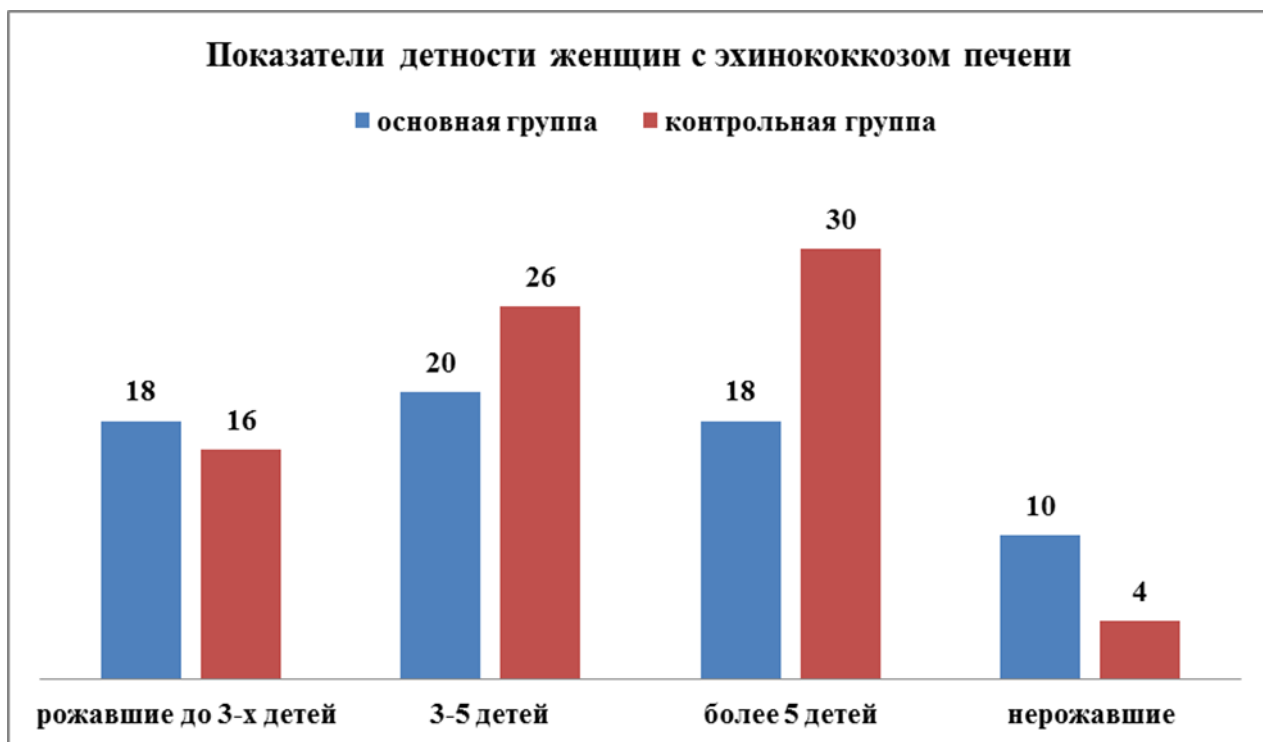


Рисунок 3.4. - Показатели детности женщин с эхинококкозом печени

Как видно из рисунка 3.4, большая часть как контрольной, так и основной групп представлена пациентами, имеющими детей (соответственно 94,8% и 84,9%). При этом среди оперированных лапароскопически больше всего было рожавших до 5 детей (30,3%). Среди оперированных традиционным способом основное место занимали родившие более 5 детей. Следует отметить, что если по сравниваемым группам (рожавшие до 3, 5 и более детей) различия были незначительными, то по нерожавшим нами отмечена значительная разница в пользу основной группы (почти в 3 раза).

Нами также проведено изучение уровня образования больных с эхинококкозом печени, результаты которого отражены на рисунке 3.5. Как видно из рисунка 3.5, в основной группе было значительно больше пациентов с общим и средним образованием (83,3%). Среди них преобладали лица со средним специальным образованием (37,5%). Далее следовали больные, имеющие общее среднее и общее основное образование (соответственно 25% и 20,8%).

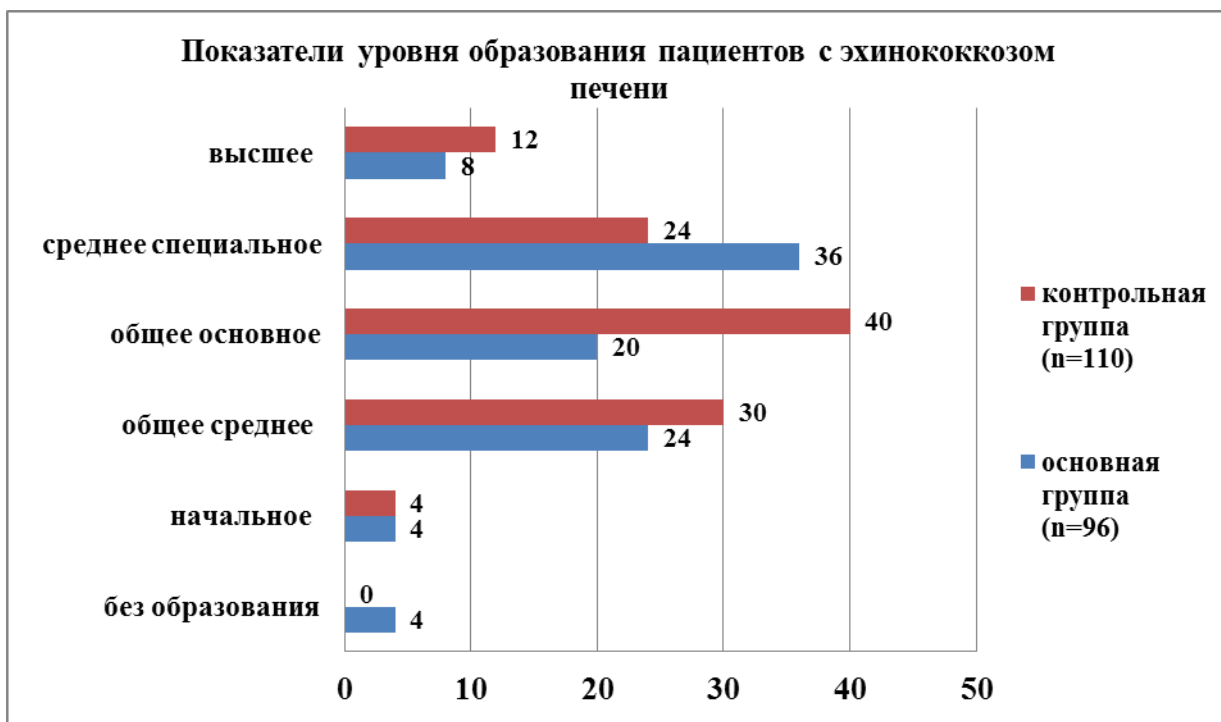


Рисунок 3.5. - Характеристика уровня образования пациентов с эхинококкозом печени

В контрольной группе была аналогичная ситуация (85,5%). Однако в этой группе преобладали лица с общим основным образованием (36,4%). Далее следовали пациенты с общим средним (27,3%) и средним специальным образованием (21,8%). Следует отметить, что в этой группе не встречались больные без образования. Также в этой группе, по сравнению с основной, было больше лиц, имеющих высшее (на 2,6%), и меньше - начальное образование (на 0,6%).

Таким образом, данная группа была представлена жителями сельской местности, преимущественно женского пола, трудоспособного возраста, из числа временно неработающих и домохозяек, основной сферой деятельности которых было ведение домашнего хозяйства, включая, в том числе, уход за скотиной (возможно, зараженной эхинококком), и земляные работы. Следует отметить, что, по данным проведенного нами анкетирования, этой группой больных (пенсионеров) предпочтение больше отдавалось традиционному

способу, в силу большего доверия и определенного консерватизма, характерного для больных пожилого и старческого возрастов.

3.4. Социально-гигиеническая характеристика обследованных больных с травмой живота

В данном разделе отражена социально-гигиеническая оценка 204 больных, поступивших на оперативное лечение по поводу травм живота. Из их числа больных, которым оказана хирургическая помощь традиционным способом, было 101, а подвергшихся оперативной лапароскопии - 103. Распределение оперированных больных по возрасту и полу представлено в таблице 3.7.

Таблица 3.7.- Распределение обследованных больных с травмой живота по возрасту и полу

Возраст, лет	Основная группа				Контрольная группа				p ₁	p ₂
	женщины		мужчины		женщины		мужчины			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
15-24	12	42,9	34	45,3	23	85,2	74	100	<0,01*	<0,001*
25-34	8	28,6	18	24,0	4	14,8	-	-	>0,05*	-
35-44	3	10,7	11	14,7	-	-	-	-	-	-
45 -54	3	10,7	7	9,3	-	-	-	-	-	-
55- 64	2	7,1	5	6,7	-	-	-	-	-	-
Всего	28	100	75	100	27	100	74	100	-	-

Примечание: p₁ – статистическая значимость различия показателей у женщин между основной и контрольной группами; p₂ -статистическая значимость различия показателей у мужчин между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

Как видно из таблицы 3.7, из общего количества больных, которым выполнена лапароскопия, 27,2% составили женщины и 72,8%- мужчины,

возраст которых варьировал от 15 до 64 лет. Преобладающее большинство, как у мужчин, так и у женщин, составляли больные в возрасте от 15 до 34 лет (71,4% и 69,3% соответственно). В отличие от основной группы, в контрольной возраст поступивших ограничивался среди лиц женского пола 34 годами, а мужского - 24 годами.

Необходимо подчеркнуть, что средний возраст оперированных в группах практически не отличался. Однако возраст оперированных традиционным способом (как мужчин, так и женщин) достоверно различался по сравнению с основной группой ($p < 0,05$).

Распределение больных в зависимости от характера их трудовой деятельности представлено в таблице 3.8.

Таблица 3.8.- Распределение больных в зависимости от характера их трудовой деятельности

	Основная группа (n=103)		Контрольная группа (n=101)		p
	n	%	n	%	
Пенсионеры	-	-	-	-	-
Служащие	9	8,7	-	-	-
Домохозяйки	12	11,7	3	3,0	$<0,05^*$
Рабочие	19	18,5	10	9,9	$>0,05$
Временно неработающие	16	15,5	26	25,7	$>0,05$
Учащиеся	47	45,6	62	61,4	$<0,05$
Всего	103	100	101	100	-

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

Как видно из представленные данных в таблице 3.8, преобладающую часть пациентов составили учащиеся - 45,6% в основной и 61,3% в контрольной группе. Второе ранговое место заняли временно неработающие и домохозяйки, совокупный удельный вес которых составил 27,2%. Меньше всего среди

оперированных было лиц из среды интеллигенции (9,1%). В группе оперированных традиционным способом удельный вес домохозяек и временно неработающих составил в общем 28,7%, а рабочих - 9,9%. Необходимо отметить, что в этой группе оперированных лиц из среды интеллигенции не было.

Нами также проведен анализ уровня образования оперированных больных, результаты которых приведены на рисунке 3.6.

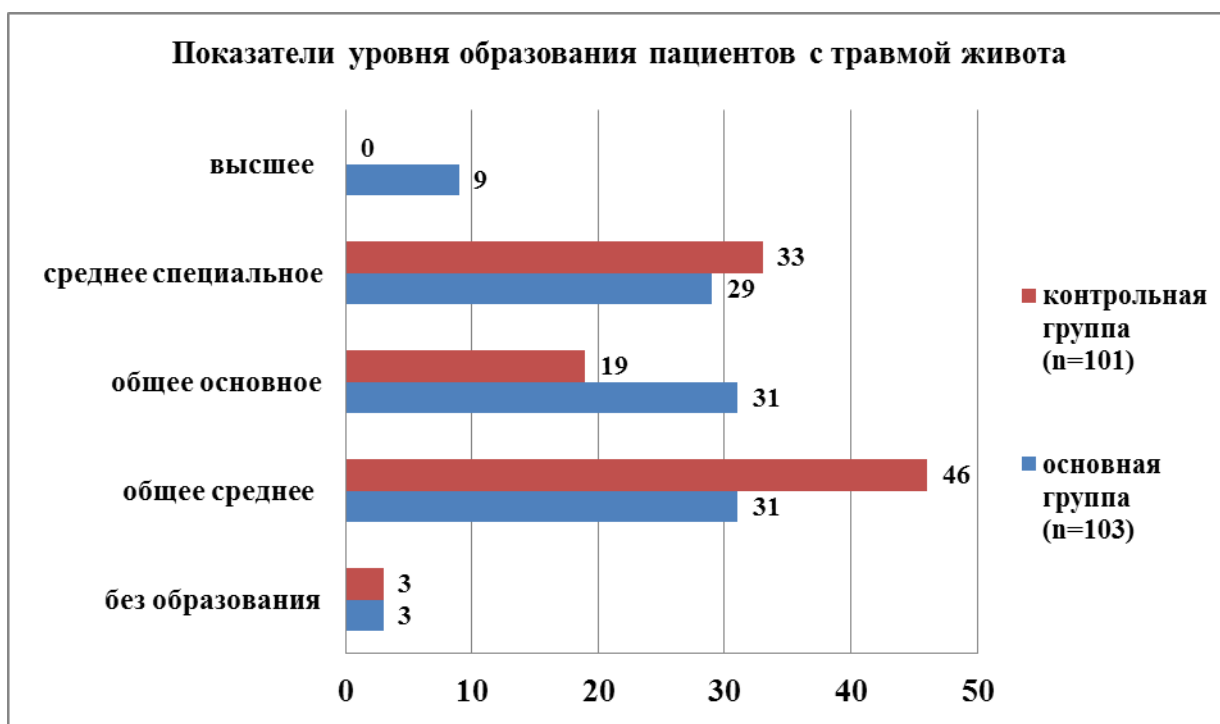


Рисунок 3.6. - Характеристика уровня образования пациентов с травмой живота

Как видно из рисунка 3.6, абсолютное большинство пациентов явились образованными, число которых в основной и контрольной группах составило 97,1% и 97% соответственно. Основную массу составили лица, имеющие общее образование. Так, в контрольной группе их удельный вес составил 64,3%. При этом, если в основной группе числа оперированных, имевших общее основное и общее среднее образование, было одинаковым, то в контрольной группе преобладали лица с общим средним образованием.

Необходимо отметить, что в контрольной группе, в отличие от основной, не было лиц с высшим образованием.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что социально-гигиеническая картина больных, оперированных ЭВХ, представлена лицами мужского пола, молодого, трудоспособного возраста, имеющими общее образование.

3.5. Социально-гигиеническая характеристика больных с гинекологическими заболеваниями

В данном разделе представлен социально-гигиенический анализ 1557 пациентов, оперированных по поводу различных заболеваний на органах малого таза, в том числе лапароскопическим (83,5%) и традиционным способами (16,5%).

Анализ распределения больных по возрасту отражен в таблице 3.9. Следует отметить, что все больные были представлены лицами женского пола, средний возраст которых в сравниваемых группах практически не отличался.

Таблица 3.9.- Распределение обследованных больных с гинекологическими заболеваниями по возрасту

Возраст (в годах)	Основная группа (n=1300)		Контрольная группа (n=257)		P
	n	%	n	%	
15-24	282	21,7	36	14,0	<0,01
25-34	548	42,2	145	56,4	<0,001
35-44	262	20,2	65	25,3	>0,05
45-54	136	10,5	11	4,3	<0,01
55-64	36	2,8	-	-	-
65-74	36	2,8	-	-	-
75 и старше	-	-	-	-	-
Всего	1300	100	257	100	-

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

Как видно из таблицы 3.9, возраст женщин, перенесших гинекологические операции с применением лапароскопии, варьировал от 15 до 74 лет, при этом основную массу этой группы составили лица в возрасте до 44 лет (84%). Из их числа подавляющее большинство составили больные в возрасте от 20 до 34 лет (50,2%). Начиная с 45-летнего возраста, удельный вес исследуемых с заболеваниями органов малого таза резко снижается, составляя в каждой из исследуемых возрастных групп 2,8%. В контрольной группе возраст поступивших с заболеваниями органов малого таза ограничивается 54 годами. Также как и в основной группе, преобладающее большинство составляли женщины в возрасте 25-34 года.

Нами проведено распределение обследованных в зависимости от характера их трудовой деятельности (таблица 3.10).

Таблица 3.10. - Распределение обследованных больных в зависимости от характера их трудовой деятельности

Профессия	Основная группа(n=1300)		Контрольная группа (n=257)		р
	п	%	п	%	
Служащие	130	10	32	12,3	>0,05
Домохозяйки	797	61,3	108	42,1	<0,001
Рабочие	303	23,3	72	28,1	>0,05
Вр. неработающие	26	2	9	3,5	>0,05*
Учащиеся	44	3,4	36	14,0	<0,001
Всего	1300	100	257	100	-

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

Как видно из таблицы 3.10, среди обследованных основной группы преобладали домохозяйки (61,3%), далее следовали рабочие (23,3%). Лиц,

занятых в сфере, требующей специальных знаний, было 10%. Среди оперированных традиционным способом также преобладали домохозяйки. Рабочие, как и в основной группе, стабильно занимали второе ранговое место. При этом, в отличие от основной группы, в контрольной был выше удельный вес служащих и, особенно, учащихся (более чем в 4 раза).

Нами проведен анализ детности обследованных, результаты которого представлены на рисунке 3.7.

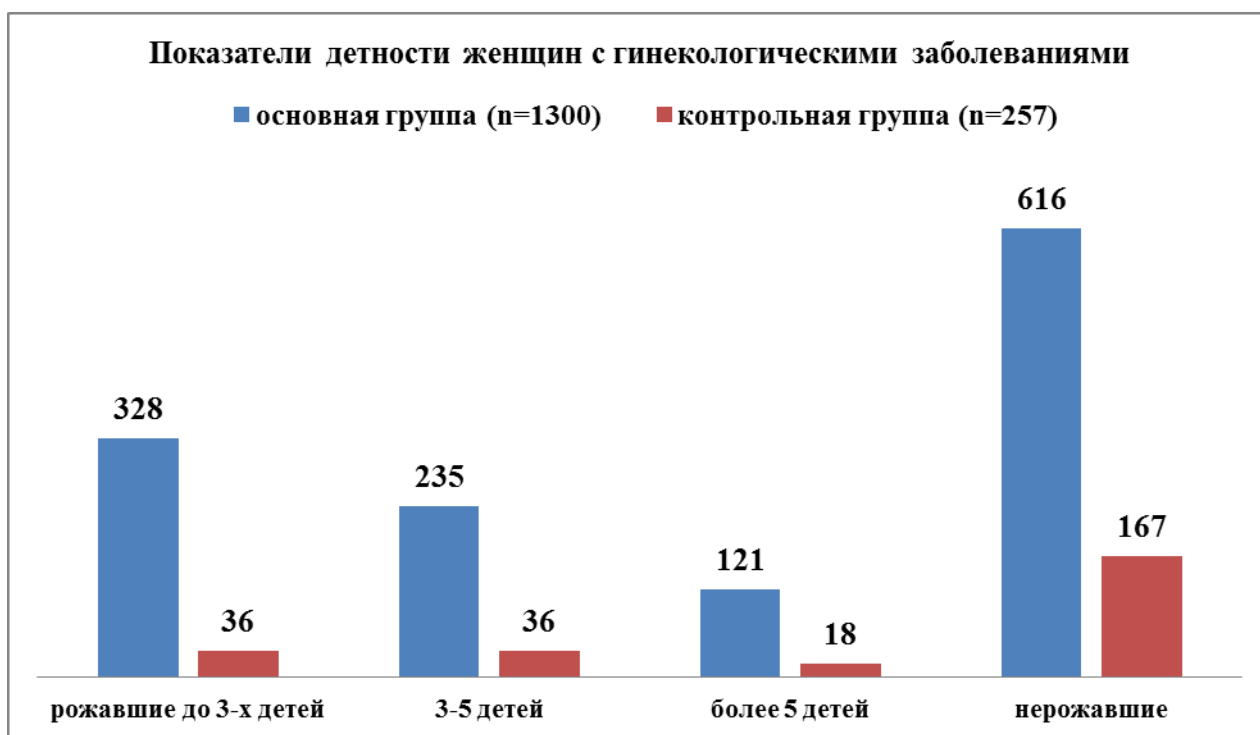


Рисунок 3.7. - Показатели детности женщин с гинекологическими заболеваниями

Как видно из рисунка 7, в обеих группах преобладающее число составляли нерожавшие женщины, особенно в контрольной группе, удельный вес которых превышал аналогичный показатель основной почти в 1,4 раза. Среди рожавших преобладали рожавшие до 3 детей и до 5 детей, особенно в основной группе (соответственно 25,3% и 18%). Меньше всего выявлено рожавших более 5 детей, удельный вес которых в основной и контрольной группах составил 9,3% и 7% соответственно. Следует отметить, что среди рожавших обследованных преобладающее число были оперированы

лапароскопически, особенно в группе имеющих до 3-х детей, по сравнению с контрольной группой(в 1,8 раза).

Структура гинекологических заболеваний обследованных женщин представлена в таблице 3.11.

Таблица 3.11. - Структура гинекологической патологии обследованных женщин

Характер заболевания	Основная группа (n=1300)		Контрольная группа (n=257)		Р
	п	%	п	%	
Киста яичника	382	29,4	72	28,1	>0,05
Апоплексия	65	5,0	18	7,0	>0,05
Пельвиоперитонит	95	7,3	9	3,5	<0,05*
Внематочная Беременность	290	22,3	135	52,5	<0,001
Перекрут ножки кисты	147	11,3	9	3,5	<0,001*
Непроходимость маточной трубы	208	16,0	-	-	-
Дермоидная киста	39	3,0	-	-	-
Кистома	13	1,0	14	5,4	<0,001
Отягощенный акушерский анамнез (многорожавшие)	61	4,7	-	-	-

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

Как видно из таблицы 3.11, среди оперированных лапароскопическим способом преобладали больные с кистой яичника, в то время как среди подвергшихся традиционным способам превалировали обследованные с внематочной беременностью. Важно отметить, что удельный вес подвергшихся операции по поводу кисты яичника в обеих исследуемых группах был практически одинаковым и составлял для контрольной 28,1%, а для основной - 29,4%. Аналогичная ситуация была среди оперированных по поводу апоплексии яичника. Необходимо отметить больший удельный вес

оперированных лапароскопически по поводу пельвиоперитонита и перекрута ножки кисты, по сравнению с контрольной группой, обусловленный широким внедрением эндовидеохирургических вмешательств в лечение этих конкретно взятых патологий.

Также следует отметить, что хирургические вмешательства по поводу непроходимости маточных труб, их стерилизации, дермоидной кисты среди обследованных пациенток осуществлялись лапароскопическим способом, что свидетельствует об определенной тенденции среди хирургов в выборе оперативного доступа.

Анализ уровня образования женщин, оперированных по поводу гинекологических заболеваний, представлен на рисунке 3.8.

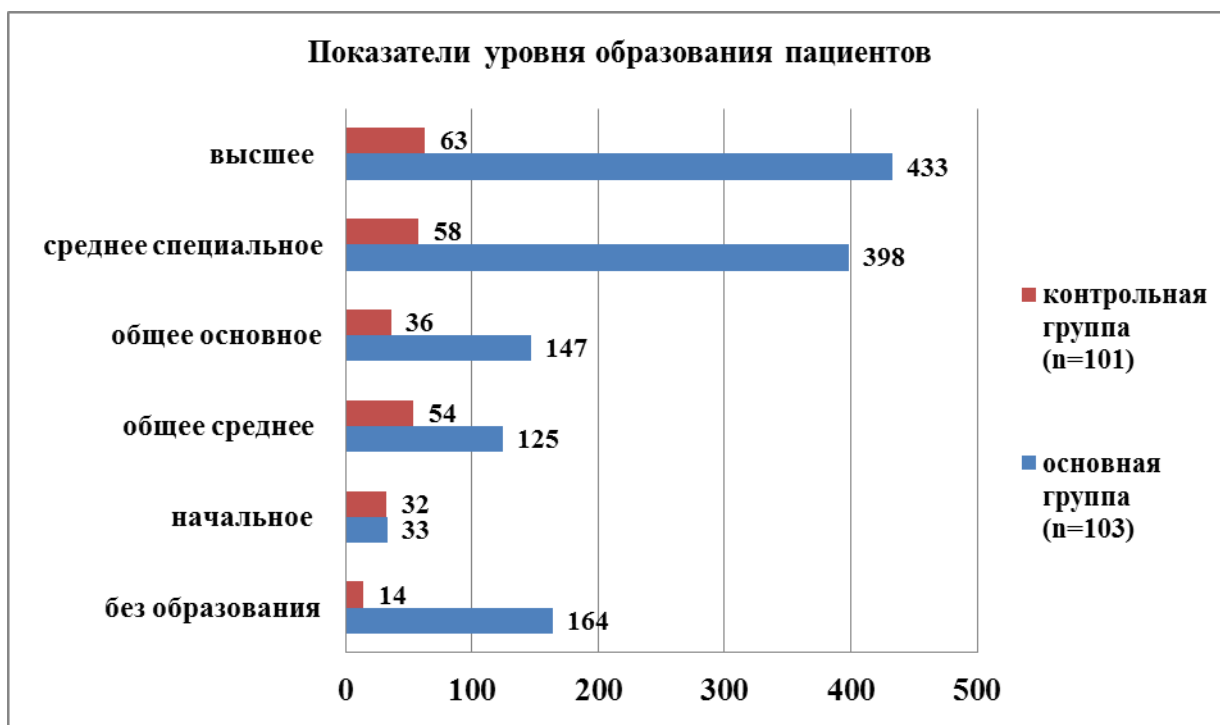


Рисунок 3.8. - Характеристика уровня образования женщин, оперированных по поводу гинекологических заболеваний

Как видно из рисунка 3.8, в обеих обследованных группах подавляющее число составляли лица с образованием (в контрольной - 94,7%, в основной - 87,4%). При этом обследованные основной и контрольной групп имели высшее

и среднее специальное образование (соответственно 33,3%; 30,6% и 24,5%; 22,6%). Особое различие мы получили по имеющим начальное образование, удельный вес которых среди оперированных лапароскопически был в 4,7 раз меньше, чем оперированных традиционным способом.

Таким образом, больные, подвергшиеся лапароскопии, были представлены лицами женского пола, среднего трудоспособного возраста, с высшим и средним специальным образованием, сфера деятельности которых не требовала каких-либо специальных знаний. Высокий удельный вес нерожавших среди вышеуказанного контингента, а также выявленная структура имеющейся патологии свидетельствовали о низком индексе их репродуктивного здоровья.

Глава 4. Результаты эндовидеохирургических операций на органах брюшной полости

4.1. Состояние некоторых параметров гомеостаза, гемодинамики и результаты хирургического лечения больных с ЖКБ

4.1.1. Структура заболеваний желчного пузыря

Больные с заболеваниями желчного пузыря, которым выполнена холецистэктомия, были распределены следующим образом (таблица 4.1).

**Таблица 4.1.- Структура заболевания желчного пузыря больных,
подвергшихся холецистэктомии**

Нозология заболевания	Основная группа (n=1462)		Контрольная группа (n=310)		Р
	п	%	п	%	
ЖКБ, хронический калькулезный холецистит	742	50,7	76	24,5	<0,001
Острый калькулезный холецистит	692	47,3	230	74,2	<0,001
Бескаменный деструктивный холецистит	16	1,1	4	1,3	>0,05*
Полипоз и холестероз желчного пузыря	12	0,9	-	-	-

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

Как видно из таблицы 4.1, в структуре патологий у основной группы незначительно преобладали больные, которым была оказана плановая хирургическая помощь (51,6%). В контрольной группе превалировали больные, получившие ургентную помощь (75,5%), которую выполняли в случае неэффективности комплексной консервативной терапии, проведенной в течение 12-24 часов от начала заболевания. Немаловажным при выборе способа оперативного доступа было желание самого пациента. Преобладающий удельный вес экстренной холецистэктомии, выполненной традиционным

способом, объясняется тем, что в эту группу в основном были включены больные, оперированные в период с 1993 по 2000 годы. В этом отрезке времени эндовидеохирургическое оборудование (фирмы «Карл Шторц», Германия) на территории республики имелось в единственном экземпляре лишь в хирургическом отделении Хатлонской областной больницы Хатлонской области. Плановая традиционная холецистэктомия выполнялась при наличии абсолютных противопоказаний для ЛХЭ (перенесенная операция на верхнем этаже живота либо наличие у больного сердечно-сосудистой патологии, не позволяющей использование карбоксиоперитонеума).

Нами проведен сравнительный анализ результатов лапароскопической и традиционной экстренной холецистэктомий у больных с острым холециститом. Характер воспалительных и деструктивных осложнений, выявленных в ходе проведенных оперативных вмешательств, отражен в таблице 4.2.

Таблица 4.2.- Структура воспалительных и деструктивных осложнений у больных с острым холециститом

Нозология заболевания	Основная группа		Контрольная группа	
	N	%	n	%
Эмпиема желчного пузыря	72	10,2	26	11,1
Водянка желчного пузыря	55	7,8	16	6,8
Флегмона желчного пузыря	20	2,8	2	0,8
Гангренозный холецистит	6	0,8	12	5,1
Перихолецистит	5	0,7	2	0,8
Околопузырный инфильтрат	32	4,5	2	0,8
Синдром Мириззи	5	0,7	8	3,4
Околопузырный абсцесс	2	0,3	-	-
Местный перитонит	14	1,9	28	12
Панкреанекроз	2	0,3	-	-
Холедохолитиаз	8	1,1	14	6

Как видно из таблицы 4.2, среди выявленных осложнений наиболее распространенными в основной группе были эмпиема и водянка желчного пузыря. Их удельный вес составил 10,2% и 7,8% соответственно. Следующими по частоте были околопузырный инфильтрат (4,5%) и флегмона желчного пузыря (2,8%). Следует отметить значимую частоту местного перитонита (2%), что свидетельствует об определённой тяжести воспалительного процесса.

В отличие от основной группы, в контрольной ведущими были такие осложнения, как: местный перитонит - 12%; эмпиема желчного пузыря - 11,1% и водянка желчного пузыря - 6,8%. Среди других осложнений также отмечены холедохолитиаз, гангренозный холецистит и синдром Мириззи. Необходимо подчеркнуть, что в зависимости от характера осложнений в последующем проводился выбор способа и объема оперативного вмешательства.

Как указывалось выше, при выборе оперативного доступа учитывалось наличие в анамнезе перенесенных оперативных вмешательств, в частности на органах брюшной полости и малого таза. С этой целью нами проведен анализ данного показателя среди обследованного контингента больных (таблица 4.3).

Таблица 4.3.- Перенесенные оперативные вмешательства у обследованных больных с ЖКБ

Вид операций	Основная группа		Контрольная группа		Р
	п	%	п	%	
Аппендэктомия	66	50,8	10	71,4	>0,05
Операции на органах малого таза	47	36,1	2	14,3	>0,05*
Грыжесечение	12	9,2	2	14,3	>0,05*
Операции на желудке и кишечнике	4	3,1	-	-	-
Операции на печени	1	0,8	-	-	-
Всего	130	100	14	100	-

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

Как видно из таблицы 4.3, в обеих группах среди перенесенных оперативных вмешательств наиболее распространенными были аппендэктомия, операции на органах малого таза и грыжесечение. В основной группе в анамнезе также были отмечены операции на печени и ЖКТ. При этом необходимо подчеркнуть, что лапароскопическую холецистэктомию у этой категории больных мы выполняли в случае отсутствия выраженного спаечного процесса в подпеченочном пространстве.

Всем больным ЛХЭ выполнялась по методике, изложенной во II главе диссертации. У 40 больных с астеническим телосложением (2,7%) холецистэктомия была выполнена с использованием трёх троакаров. ЛХЭ продолжалась от 30 до 86 мин, составив в среднем $42,3 \pm 3,2$ минуты. Длительность операции зависела от характера осложнения заболевания, а также от опыта и квалификации оперирующего хирурга.

4.1.2. Состояние оксидантного статуса и ПОЛ у больных с острым калькулёзным холециститом

Известно, что острое воспаление желчного пузыря у больных ЖКБ сопровождается выраженной интоксикацией организма и окислительным стрессом. Соответствующая коррекция антиоксидантного статуса и устранение источника инфекции с применением ЭВХ технологии улучшают результаты лечения этой тяжелой категории больных. В этом направлении нами также были изучены показатели АОС, СМ и ПОЛ в сыворотке крови 30 пациентов с острым каменным холециститом, возраст которых варьировал от 42 до 72 лет. Эти показатели были определены как при госпитализации пациентов в стационар, так и на 3-и и 7-е сутки после проведенной операции.

Все больные были оперированы лапароскопическим путем после кратковременной предоперационной подготовки с коррекцией основных параметров гомеостаза и кислотно-щелочного равновесия путем внутривенного вливания коллоидных и кристаллоидных растворов, препаратов, блокирующих

экскрецию ферментов, блокаторов протонной помпы, свежемороженой плазмы и т.д.

Операции выполнены под общим обезболиванием и инсуффляцией углекислого газа в брюшную полость по описанным во II главе методикам.

Наши исследования показали, что приступ ОХ сопровождается специфическими клинико-лабораторными проявлениями, отражающими состояние окислительного стресса (таблица 4.4).

Таблица 4.4.- Уровень СМ, перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты при остром калькулёзном холецистите

Изучаемый компонент	Контрольная группа (n=20)	До операции	Третьи сутки после операции	Седьмые сутки после операции
Средние молекулы (Ед/л)	0,41±0,04	0,68±0,02*	0,52±0,06*	0,39±0,04
Малоновый диальдегид (мкмоль/л)	0,59±0,03	1,81±0,027*	1,67±0,02*	0,57±0,03
Супероксиддисмутаза (Усл./ед.)	18,23±0,13	8,93±0,28*	12,15±0,09*	18,5±0,07
Аскорбиновая кислота (мг%)	1,4±0,06	0,86±0,024*	1,21±0,056*	1,38±0,023

Примечание: достоверность различия*- $p < 0,05$ по сравнению с контрольной группой.

Как видно из таблицы 4.4, на высоте болевого приступа ОХ отмечается интенсификация перекисного окисления липидов (ПОЛ), проявляющаяся нарастанием конечного продукта распада малонового диальдегида ($1,81 \pm 0,03$ мкмоль/л), глубокими изменениями антиоксидантной системы в виде значимого снижения супероксиддисмутазы ($8,93 \pm 0,28$ усл./ед.) и аскорбиновой кислоты ($0,86 \pm 0,02$ мг%). Необходимо отметить, что такие изменения были обусловлены выраженной эндотоксемией, свидетельством чего является

высокая концентрация показателей средних молекул ($0,68 \pm 0,02$ ед/л). Следовательно, интенсификация перекисного окисления липидов способствует развитию эндогенной интоксикации. Снижение показателей антиоксидантного статуса отражает тяжесть окислительного стресса. Тяжелое общее состояние больных, эндотоксемия и нарушение различных параметров гомеостаза больных могут быть обусловлены выраженным окислительным стрессом. В связи с этим при проведении предоперационной подготовки у пациентов с острым калькулёзным холециститом необходимо коррегировать изменения антиоксидантной системы путем внутривенного введения аскорбиновой кислоты, считающегося патогенетически обоснованной терапией.

Вместе с тем основную роль в нормализации интенсификация ПОЛ и АОС играет устранение очага острого воспаления и деструкции. Так, динамическое определение уровня маркеров ПОЛ и АОС на третьи сутки после холецистэктомии показало, что в этот период происходит заметное уменьшение показателей СМ ($0,52 \pm 0,06$ ед./л) и МДА ($1,67 \pm 0,02$ мкмол/л) с нарастанием концентрации СОД ($12,15 \pm 0,09$ усл./ед.) и АК ($1,21 \pm 0,056$ мг%) в сыворотке крови. Как видно из представленных в таблице данных, на третьи сутки отмечается снижение концентрации МДА на 7,7%, повышение уровня СОД и АК на 26,5% и 28,9% соответственно. Такие изменения гомеостаза способствовали клиническому улучшению состояния пациентов с нивелированием основных жалоб и стабилизацией показателей деятельности сердечно-сосудистой системы.

Такая положительная динамика и почти полное восстановление окисления жиров и антиоксидантной системы также были отмечаны и на 7-е сутки послеоперационного периода. Как видно из таблицы 26, на этот момент происходит нормализация параметров средних молекул ($0,39 \pm 0,04$ ед./л), перекисного окисления липидов (МДА - $0,57 \pm 0,03$ мкмоль/л) и антиоксидантной защиты (СОД - $18,5 \pm 0,07$ усл./ед.; АК $1,38 \pm 0,023$ мг%). Также в этот период на почве нормализации основных параметров гомеостаза

происходит улучшение состояния пациентов по типу нивелирования всех симптомов интоксикации, нормализации КЩС, гемодинамики и респираторной дисфункции. Как видно, на этой почве происходит уменьшение содержания конечного продукта перекисного окисления липидов, малонового диальдегида на 96,14% и повышение супероксиддисмутазы и аскорбиновой кислоты на 51,73% и 38,5% соответственно.

Таким образом, острый приступ калькулёзного холецистита на фоне эндотоксемии сопровождается выраженным проявлением окислительного стресса, маркерами которого являются интенсификация перекисного окисления липидов и истощение показателей антиоксидантной защиты организма больных. Комплексная терапия ОХ с коррекцией антиоксидантного статуса (реамберин, мексидол) и проведение ЛХЭ позволяют не только уменьшить уровень эндогенной интоксикации, но и также улучшить результаты лечения путем профилактики различных осложнений на фоне предотвращения повреждающего действия продуктов перекисного окисления липидов на уровне биомембран клеток. В связи с этим мониторинг показателей ПОЛ и АОС при лечении острого калькулёзного холецистита позволяет прогнозировать течение острого воспалительного процесса и оптимизировать комплексную предоперационную подготовку и послеоперационное ведение пациентов.

4.1.3. Показатели центральной гемодинамики у больных с хроническим калькулёзным холециститом

Одним из факторов риска развития сердечно-сосудистых осложнений при проведении лапароскопических операций считается наложение карбоксиперитонеума, которое способствует повышению углекислого газа в составе крови и оказывает различные повреждающие действия как на миокард, так и на клетки большинства органов. Также карбоксиперитонеум оказывает отрицательное влияние на центральную и периферическую гемодинамику пациентов. В связи с этим нами проведено изучение исходного состояния

центральной гемодинамики у 85 больных, госпитализированных в период 2004-2012 годов в РНЦССХ МЗ и СЗН РТ с желчнокаменной болезнью и хроническим калькулёзным холециститом.

Для изучения влияния напряженного карбоксиперитонеума на центральную гемодинамику нами как при госпитализации пациентов, так и при проведении операции и в послеоперационном периоде было выполнено изучение показателей центральной гемодинамики при помощи динамической эхокардиографии. Как показали исследования, у 36 пациентов, не имеющих сердечно-сосудистых и респираторных патологий, был зарегистрирован нормодинамический (эукинетический) тип кровообращения (таблица 4.5).

Таблица 4.5. - Типы гемодинамики у больных холелитиазом

Группы	I	II	III
Показатели	нормодинамический тип n=36	гипердинамический тип n=25	гиподинамический тип n=24
ЧСС (уд./мин.)	81,0±4,3	85,0±3,5	76,0±11,4
АД сист. (мм рт.ст.)	137,0±17,0	158,7±18,0	135,0±21,5
АД диаст. (мм рт.ст.)	83,5±5,2	87,5±5,4	75,0±14,0
УО (мл)	68,8±5,8	77,2±4,9	49,6±6,4*
УИ (мл/м²)	40,5±3,4	45,4±4,7	29,2±4,2*
МОС (мл)	5572,8±175,0	6562,0±230,6	3769,6±180*
СИ (л/мин/м²)	3,28±0,11	3,80±0,13	2,22±0,10*
ФИ (%)	65,4±3,1	61,4±3,7	52,5±3,9*
ОПСС (дин.с.см⁻⁵)	1680,0±215,4	1630,8±235,0	1950,0±275,0

Примечание:* - p<0,05 по сравнению с показателями других групп.

Так, у пациентов этой группы частота сердечных сокращений (ЧСС) в среднем составила 81±4,3 ударов в 1 минуту, систолическое и диастолическое артериальное давление -137±17,0 мм рт.ст. и 83,5±5,2 мм рт.ст. соответственно; ударный объём (УО) сердца – 68,8±5,8 мл, ударный индекс (УИ) – 40,5±3,4

мл/м², минутный объем сердца (МОС) – 5572,8±175,8 мл, сердечный индекс (СИ) – 3,28±0,11 л/мин./м², фракция изгнания (ФИ) – 65,4±3,1%; общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС) – 1680,0±215,4 динс.см⁻⁵. Необходимо отметить, что этим пациентам из-за нормальных показателей центральной гемодинамики предоперационная терапия кардиоваскулярной и респираторной системы не проводилась.

Гипердинамический тип кровообращения был выявлен у 25 пациентов (возраст от 45 до 70 лет), страдающих артериальной гипертонией II-III степени. Характерными для такого варианта кровообращения явились учащение частоты сердечных сокращений до 85,0±3,5 ударов в 1 минуту, повышение систолического и диастолического АД до 158,7±18,0 и 87,5±5,4 мм рт.ст. соответственно, увеличение УОС, УИ и МОС до 77,2±4,9 мл, 45,4±4,7 мл/м² и 6562,0±230,6 мл соответственно. Показатели сердечного индекса составили 3,86±0,13 л/мин./м², общего периферического сопротивления – 1630,8±235,0 динс.см⁻⁵, а фракция выброса левого желудочка равнялась 61,4%±4,74%. Из-за наличия вышеприведенных изменений со стороны сердца, все пациенты подверглись тщательной предоперационной подготовке, включающей кардиотропную и гипотензивную терапию.

У 24 пациентов с ИБС, стабильной стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом признаками недостаточности кровообращения (II-III функциональные классы) был выявлен гиподинамический тип кровообращения. Такому типу гемодинамики были присущи следующие показатели. Так, ЧЧ в среднем составила 76,0±11,4 ударов в 1 минуту, систолическое и диастолическое АД – 135,0±21,5 и 75,0±14,0 мм рт.ст. соответственно. УО, УИ, МОС и СИ составили 49,6±6,5 мл, 29,2±4,2 мл/м², 3769,6±180,3 мл и 2,22±0,10 л/мин./м² соответственно. Из-за наличия дистрофических изменений миокарда у этих пациентов ФИ сердца было несколько сниженным и составило 52,5±3,9%, что, в свою очередь, привело к повышению общего периферического сосудистого сопротивления до 1950,0±275,0 динс.см⁻⁵.

Таким образом, у обследованных больных были установлены различные типы кровообращения, обусловленные как возрастом пациентов, так и наличием сопутствующих сердечно-сосудистых патологий, что учитывалось при проведении предоперационной подготовки пациентов, определении объема введения углекислого газа в брюшную полость, а также способа проведения анестезии и хирургической тактики.

4.1.4. Влияние карбоксиперитонеума на гемодинамику больных с хроническим калькулёзным холециститом

Углекислый газ, введенный в брюшную полость, способствует развитию различных сердечно-сосудистых осложнений. В наших случаях негативное его влияние при проведении ЛХЭ изучалось путем определения некоторых показателей центральной гемодинамики при помощи эхокардиографии непосредственно при выполнении операции. Исследования центральной гемодинамики проводили при давлении CO_2 в брюшной полости 9-14 мм рт. ст. в зависимости от выявленных типов кровообращения, результаты которых отражены в таблицах 4.6-4.8.

Как показали исследования, во время ЛХЭ и одни сутки спустя у больных с нормодинамическим типом кровообращения значимых изменений показателей сердечной деятельности, АД, ударного объема, ударного индекса, сердечного индекса, фракции изгнания и общего периферического сопротивления по сравнению с исходными данными при уровне карбоксиперитонеума до 9 мм рт. ст. не отмечается. Однако при нагнетании CO_2 до 14 мм рт. ст. в брюшную полость отмечается значимое снижение УО на 8,6% ($p=0,41$) и отмечается возврат его к нормальным значениям после десуфляции углекислого газа. Такие изменения происходят и с ударным индексом сердца и фракцией выброса левого желудочка, которые на фоне инсuffляции CO_2 до 14 мм рт. ст. снижаются на 15,6% ($p=0,27$) и 9,5% ($p=0,41$) от исходных значений. Необходимо отметить, что МОС при уровне

внутрибрюшного давления до 14 мм рт. ст. снижается на 10,4% ($p=0,42$) и восстанавливается в течение одних суток после десуфляции углекислого газа из брюшной полости.

Таблица 4.6. - Показатели центральной гемодинамики больных холелитиазом с нормодинамическим типом кровообращения при карбоксиперитонеуме и спустя одни сутки после лапароскопической холецистэктомии

Показатели	Исходные	ВБД=9 мм рт.ст.	ВБД=14 мм рт.ст.	После десуфляции через 30 мин	На 1-ые сутки после операции
ЧСС, уд./мин.	81 ±4,3	84±5,6	86±7,2	78±4,7	80±3,4
АД сист., мм рт.ст.	137±11,0	132±16,1	118±12,0	124±16,0	130±8,5
АД диаст., мм рт.ст.	83,5±5,2	84±7,0	80,1±6,5	85,4±6,7	84,2±7,2
УО, мл	68,8±3,8	62,9±4,7	58,1±4,3*	64,8±4,4	70±2,7
УИ, мл/м²	40,5±2,4	37±3,9	34,2±1,9*	38,1±3,3	41,2±2,8
МОС, мл	5572,8±175	5283,6± 220	4996,6±253*	5254,4±183,5	5600±158
СИ, л/мин/м²	3,28±0,11	3,11±0,13	2,94±0,10*	3,09±0,11	3,29±0,12
ФИ, %	65,4±3,1	64,8±3,6	59,2±3,2*	63,4±3,3	66,1±3,5
ОПСС, дин.с.см⁻⁵	1680± 115,4	1755±130	1930,5±125,7*	1780±145,7	1450±140

Примечание: * - $p<0,05$ по сравнению с исходными данными.

Из-за негативного воздействия карбоксиперитонеума при уровне CO_2 в 9 мм рт. ст. отмечается незначительное повышение ОПС до 4,5% ($p=0,07$), а при более высоких цифрах внутрибрюшного давления (14 мм рт. ст.) происходит значимое компенсаторное его увеличение на 14,9% ($p=0,03$) с заметным снижением до 5,9% после инсуфляции CO_2 из брюшной полости.

Как показали результаты исследования, при нормодинамическом типе кровообращения значимые и незначимые изменения гемодинамики нормализуются на первые сутки после ЛХЭ. В связи с этим при таком типе кровообращения повышение внутрибрюшного давления до 9 мм рт.ст. не

грозит развитием осложнений, а при давлении CO_2 до 14 мм рт.ст. приводит к некоторым значимым изменениям ударного объёма, ударного индекса, минутного объёма сердца, сердечного индекса, фракции изгнания и общего периферического сопротивления, которые возвращаются к исходным уровням в первые сутки после операции.

У 25 больных с хроническим калькулёзным холециститом, имевших гипердинамический тип кровообращения, при внутрибрюшном давлении 9 мм рт.ст. и внутрибрюшном давлении 14 мм рт.ст. значимого изменения частоты сердечных сокращений и уровня артериального давления по сравнению с исходными данными не происходило (таблица 4.7).

Таблица 4.7. - Показатели центральной гемодинамики больных холелитиазом с гипердинамическим типом кровообращения при карбоксиперитонеуме и спустя одни сутки после лапароскопической холецистэктомии (n=25)

Показатели	Исходные	ВБД=9 мм рт.ст.	ВБД=14 мм рт.ст.	После десуфляции	На 1-ые сутки после операции
ЧСС, уд./ мин.	85 ±3,5	86,5±4,8	88,2±3,3	80,4±3,5	84±4,4
АД сист., мм рт.ст.	158,7±18,0	145±15,4	165,2±17,0	140±8,0	150±10
АД диаст., мм рт.ст.	87,5±5,4	78,4±8,2	96,4±5,8	81,2±6,3	85,4±5,6
УО, мл	77,2±4,9	70,6±3,6	66,6±4,4*	74,0±3,4	76,5±3,9
УИ, мл/ м²	46,4±3,7	41,5±3,8	39,2±3,6*	43,5±3,2	45±4,3
МОС, мл	6562,0±230,6	6106,9±195,4	5874,1±230,7*	6223,6±195,6	6426±170
СИ, л/мин/м²	3,86±0,13	3,59±0,12	3,45±0,13*	3,66±0,11	3,78±0,18
ФИ, %	61,4±3,7	60,2±4,1	56,2±3,3*	61,2±3,5	62,3±3,6
ОПСС, дин.с.см⁻⁵	1630,8±235	1870±180	2105,8±205*	1750,5±245	1780±178

Примечание: * - достоверность различия $p < 0,05$ по сравнению с исходным показателем.

Однако ударный объём при внутрибрюшном давлении 9 и 14 мм рт. ст. снизился на 8,8% ($p=0,07$) и 12,8% ($p=0,03$) соответственно. Также отмечалось

снижение ударного индекса на 10,6% ($p=0,07$) и 15,5% ($p=0,027$) и минутного объёма сердца на 7,0% ($p=0,06$) и 10,54% ($p=0,04$) соответственно. Как видно из представленных данных, на почве десуфляции углекислого газа произошла нормализация вышеперечисленных изменений. Снижение сердечного индекса и фракции выброса сердца на фоне внутрибрюшного давления CO_2 до 9 и до 14 мм рт. ст. зарегистрировано на 7,0% и 10,4% и 2,1% и 8,5% соответственно. Нормализация этих изменений, кроме СИ, происходила после снятия карбоксиперитонеума в течение одних суток. Однако СИ в конце первых суток оставался сниженным на 5,2% от исходного уровня.

Для больных с гипердинамическим типом кровообращения было характерным повышение общего периферического сосудистого сопротивления параллельно с увеличением внутрибрюшного давления. Так, при внутрибрюшном давлении 9 мм рт.ст. повышение общего периферического сосудистого сопротивления отмечено на 14,7%, а при уровне CO_2 14 мм рт.ст. - на 29,1% ($p=0,01$). Необходимо отметить незначительное повышение ОПСС на 7,1%, которое сохранилось еще к концу первых суток после операции, и, возможно, носило компенсаторный характер.

Таким образом, большинство изменений параметров ЦГ, происходивших на фоне карбоксиперитонеума, возвращалось к исходным значениям на первые сутки после операции. Однако незначительное повышение ОПСС (на 9,2%) сохранялось более одних суток и носило компенсаторный характер.

При гиподинамическом типе кровообращения, которое отмечалось у 24 пациентов при повышении внутрибрюшного давления на разных этапах осуществления лапароскопической холецистэктомии и после нее, со стороны центральной гемодинамики произошли следующие изменения: сердечные сокращения участились при внутрибрюшном давлении 9 мм рт.ст. на 11,8% ($p<0,01$), а при внутрибрюшном давлении, равном 14 мм рт.ст., - на 18,4% ($p<0,05$) и оставались повышенными (на 5,6%) после десуфляции (таблица 4.8).

Таблица 4.8.- Изменения показателей центральной гемодинамики у больных хроническим калькулёзным холециститом с гиподинамическими типом кровообращения при лапароскопической холецистэктомии (n=24)

Показатели	Исходное	ВБД=9 мм рт.ст.	ВБД=14 мм рт.ст.	После десуфляции	На 1-ые сутки после операции
ЧСС, уд./мин.	76,0 ± 4,2	85,3 ± 3,3	90 ± 4,0*	80,3 ± 5,2	78 ± 3,7
АД сист., мм рт.ст.	135,0 ± 8,5	117 ± 8,2	105 ± 6,3**	130,0 ± 5,8	127 ± 7,4
АД диаст., мм рт.ст.	75,0 ± 4,0	70,0 ± 3,2*	68,4 ± 4,7	73,4 ± 6,5	74,6 ± 4,2
УО, мл	49,6 ± 2,4	42,0 ± 2,7*	35,5 ± 3,3**	45,4 ± 4,7	47,5 ± 2,8
УИ, мл/м²	29,2 ± 1,2	24,7 ± 1,6*	20,9 ± 2,2**	26,7 ± 1,9	27,9 ± 2,1
МОС, мл	3769,6 ± 180,3	3570,0 ± 155	3195 ± 141,0**	3645,6 ± 168,8	3705 ± 185
СИ, л/мин/ м²	2,22 ± 0,10	2,10 ± 0,1	1,88 ± 0,13**	2,14 ± 0,10	2,18 ± 0,16
ФИ, %	52,5 ± 3,9	50,7 ± 3,4	48,3 ± 3,1*	51,8 ± 3,7	53,6 ± 3,5
ОПСС, дин.с.см⁻⁵	1950 ± 175,0	2335,0 ± 135*	2580 ± 180,4**	2175 ± 145,0	2000 ± 210

Примечание:*- достоверность различия $p < 0,05$; **- $p < 0,01$ по сравнению с исходными данными.

Показатели систолического артериального давления снизились на 13,3% ($p < 0,01$) при внутрибрюшном давлении 9 мм рт.ст. и до 22,2% при уровне давления CO_2 14 мм рт.ст. ($p < 0,01$). После снятия КП разница от исходного уровня составила всего 3,7%. Снижение диастолического АД составило 6,7% ($p < 0,05$) и 8,8% ($p < 0,05$) при внутрибрюшном давлении 9 мм рт. ст. и 14 мм рт.ст. соответственно. Также этому типу кровообращения было характерно снижение УО на 15,3% ($p < 0,05$) при уровне карбоксиперитонеума до 9 мм рт.ст. и на 28,5% ($p < 0,01$) на фоне внутрибрюшного давления до 14 мм рт.ст. Необходимо отметить, что такое изменение УО сохранилось спустя полчаса от десуфляции углекислого газа из брюшной полости.

Такие изменения претерпевал и ударный индекс, который на фоне карбоксиперитонеума до 9 мм рт. ст. снижался на 15,4% ($p < 0,05$) и при уровне внутрибрюшного давления до 14 мм рт. ст.- на 28,4% ($p < 0,01$). После 30 минут

десуфляции углекислого газа из брюшной полости УИ оставался сниженным на 8,6%.

Снижение МОС на 5,3% и 16,2% было зарегистрировано при уровне карбоксиперитонеума до 9 мм рт. ст. и 14 мм рт. ст. соответственно, и оставался сниженным на 3,3% спустя 30 минут от десуфляции CO_2 из брюшной полости.

Также определенному изменению подверглся сердечный индекс, который снижался до 5,4% ($p<0,05$) и 15,3% ($p<0,05$) при наложении карбоксиперитонеума до 9 и 14 мм рт. ст. соответственно и оставался сниженным на 3,7% после снятия последнего. На фоне карбоксиперитонеума отмечалось также снижение ФИ на 3,4% и 7,8% соответственно.

Компенсаторное повышение ОПСС на 20,5% ($p<0,05$) и на 32,3% ($p<0,01$) отмечено при повышении уровня ВБД до 9 мм рт. ст. и 14 мм рт.ст. соответственно и после десуфляции углекислого газа из брюшной полости отмечалась его повышение на 11,5% от исходного уровня.

Как видно из таблицы 4.8, после 30 минут завершения оперативного вмешательства и десуфляции углекислого газа большинство из показателей центральной гемодинамики оставалось измененным, и их нормализация произошла в течение одних суток. В связи с этим можно сделать вывод, что значительные изменения показателей центральной гемодинамики регистрируются при гипер- и гиподинамическом типах кровообращения при уровне напряженного карбоксиперитонеума до 14 мм рт.ст., что чревато развитием сердечно-сосудистых осложнений при осуществлении лапароскопической холецистэктомии.

Такие осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы по типу гипотензивного синдрома из-за снижения сердечного выброса были зарегистрированы в 4 случаях у пациентов с гиподинамическим типом кровообращения при осуществлении ЛХЭ на фоне уровня карбоксиперитонеума до 14 мм рт.ст. Такие изменения ЦГ явились поводом для снижения уровня ВБД до 8 мм рт.ст. и проведения интенсивной терапии,

позволившей выполнить ЛХЭ в более безопасных условиях. Необходимо подчеркнуть, что все изменения, происходящие со стороны ЦГ, ликвидировались после снятия карбоксиперитонеума, в связи с чем дальнейшая инотропная терапия была прекращена.

Таким образом, проведенные исследования демонстрируют, что во время выполнения ЛХЭ при напряженном карбоксиперитонеуме до 14 мм рт. ст. у пациентов с гиподинамическим типом кровообращения, имеющих сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, происходят выраженные изменения центральной гемодинамики по типу снижения сердечного и ударного индексов, фракции выброса и повышения ОПСС, требующие в ряде случаев дополнительной инотропной терапии и снижения уровня внутрибрюшного давления. В связи с этим пациентам с холелитиазом, имеющим сопутствующие сердечно-сосудистые патологии, выполнение лапароскопической холецистэктомии должно проводиться в условиях мониторинга, инотропной поддержки гемодинамики на фоне щадящего режима карбоксиперитонеума (8-9 мм рт.ст.)

4.1.5. Результаты лапароскопических холецистэктомий

Нами проведен анализ интраоперационных осложнений, развившихся в ходе лапароскопических холецистэктомий, у обследованных больных с ЖКБ. Из общего числа наиболее распространенным осложнением ЛХЭ было кровотечение из пузырной артерии и ложа пузыря, которое наступило у 40 больных. Кровотечение в 24 случаях было остановлено путем диатермокоагуляции и клипирования сосуда (60%). В 16 (40%) случаях из-за неэффективности эндоскопического гемостаза возникла необходимость перехода на лапаротомию с последующей остановкой кровотечения.

Травма холедоха наблюдалась у 4 пациентов (0,27%), потребовавшая в во всех случаях перехода к лапаротомии, где была установлена её причина: в трёх случаях - механическое повреждение клипсами; в одном - вследствие

диатермокоагуляции. У всех больных восстановление холедоха проведено путем его ушивания на Т-образном дренаже.

Лишь у одного больного нами отмечено повреждение 12-перстной кишки, которому произведена лапаротомия, холецистэктомия с ушиванием 12-перстной кишки двухрядным швом и дренированием подпеченочного пространства. Послеоперационный исход был благоприятный. Необходимо подчеркнуть, что в основном, вышеуказанные осложнения регистрировались на этапе освоения и внедрения методики ЭВХ технологии.

Критериями эффективно проведенной ЛХЭ являлись частота конверсии и послеоперационные осложнения. Причины перехода на лапаротомию отражены в таблице 4.9.

Таблица 4.9. - Причины конверсии во время ЛХЭ

Причина	Количество больных	%
Воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря	24	28,9
Спаечный процесс в брюшной полости	17	20,5
Технические трудности по время операции	8	9,6
Кровотечение	16	19,3
Пузырнохоледохеальный свищ	5	6,1
Повреждение холедоха	4	4,8
Холедохолитиаз	7	8,4
Повреждение кишечника	1	1,2
Панкреанекроз, перитонит	1	1,2
Всего	83	100

Как видно из таблицы 4.9, во время 1462 операций ЛХЭ в 83 случаях (5,7%) возникла необходимость завершения операции лапаротомным доступом. Из общего числа конверсии ведущими причинами перехода на лапаротомию у

данного контингента больных были: выраженный инфильтративный процесс в области шейки желчного пузыря (28,9%), выраженный спаечный процесс в брюшной полости (20,5%) и кровотечение из пузырной артерии и ложа желчного пузыря (19,3%). Плотный воспалительный инфильтрат был обусловлен эмпиемой желчного пузыря у 19, паравезикулярным абсцессом -у 2 и гангренозным холециститом -у 3 пациентов. Обширный спаечный процесс был связан с перенесенными ранее операциями по поводу перфорации гастродуоденальных язв и эхинококкоза печени. Механическое повреждение холедоха послужило переходу к конверсии у 4 больных (4,8%).

Среди других причин конверсии значимое место занимали технические трудности, холедохолитиаз и пузырнохоледохеальный свищ.

Проведенный нами сравнительный анализ послеоперационных осложнений выявил существенные преимущества применения видеоэндохирургической технологии перед традиционным способом холецистэктомии (таблица 4.10). Как видно из таблицы 4.10, удельный вес осложнений при традиционной холецистэктомии был достоверно выше ($p < 0,001$) по сравнению с ЛХЭ. В структуре осложнений наиболее распространенными были нагноение раны и желчеистечение. При этом нагноение ран после ТХЭ отличалось более тяжелым течением послеоперационного периода, приводящим, соответственно, к увеличению срока госпитализации и продолжительной реабилитации, что в конечном итоге отражалось на качестве жизни пациента. В структуре осложнений в контрольной группе, по сравнению с основной, преобладали осложнения воспалительного характера, обусловленные травматичностью хирургического доступа.

Таблица 4.10.- Структура послеоперационных осложнений

Вид осложнения	ЛХЭ (n=1462)		ТХЭ (n=310)		p
	n	%	n	%	
Желчеистечение	8	0,55	5	1,61	>0,05*
Нагноение раны	37	2,53	12	3,87	>0,05*
Желчный перитонит	3	0,21	3	0,96	>0,05*
Механическая желтуха	5	0,34	4	1,29	>0,05*
Кровотечение	5	0,34	3	0,96	>0,05*
Послеоперационный панкреатит	4	0,27	3	0,96	>0,05*
Поддиафрагмальный абсцесс	1	0,07	3	0,96	<0,05*
Тромбофлебит	1	0,07	2	0,64	>0,05*
Пневмония	5	0,34	3	0,96	>0,05*
Билома	1	0,07	-	-	-
Всего	70	4,79	38	12,21	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

У 59 (84,3%) больных основной группы с послеоперационными осложнениями потребовались повторные операции, из числа которых 14 (23,7%) были выполнены лапароскопическим путем. Среди них желчеистечение наблюдалось у 8 больных. У 2 больных истечение желчи по дренажной трубке самостоятельно прекратилось в течение 3-5 суток. У 6 пациентов развилась клиника желчного перитонита, которая в 3 случаях была устранена традиционным способом (лапаротомия) и в 3-путем релапароскопии. Повреждения желчного протока устраняли его ушиванием на Т-образном силиконовом дренаже, который удаляли на 90-120 сутки. Желчеистечение из пузырного протока устраняли лапароскопическим доступом методом клипирования.

Частота послеоперационных кровотечений в обеих группах была практически одинакова. При этом в основной группе преобладающим способом

его остановки (у 4 из 5) была релапароскопия с клипированием кровоточащего сосуда.

Послеоперационные панкреатиты у обеих групп пациентов были излечены путем комплексной консервативной терапии.

Холедохолитиаз и развившаяся вследствие него механическая желтуха осложнили течение послеоперационного периода у 1,29% больных контрольной и у 0,34% - основной группы. Из их числа у 8 выполнены холедохолитотомия и дренирование холедоха по Холстеду, а в одном случае - холедохолитотомия с наложением холедоходуоденостомии.

У одного пациента через 4 месяца после ЛХЭ отмечено формирование жидкостного образования (билома) размером 9х8см в области ворот печени. После лапаротомии и дренирования наступило выздоровление.

В контрольной группе больных (310) после традиционной холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 38 (12,21%), по поводу которых у 15 пациентов (4,8%) понадобилась релапаротомия с устранением источников кровотечения, желчеистечения, вскрытие поддиафрагмального абсцесса.

Нами проведен сравнительный анализ летальности больных, перенесших лапароскопическую и традиционную холецистэктомию. После лапароскопической холецистэктомии летальный исход был зафиксирован в трех случаях (0,21%). В одном случае смерть наступила у больной 72 лет в первые сутки после операции по поводу острого деструктивного холецистита от острой сердечной недостаточности, обусловленной острым инфарктом миокарда.

Во втором случае внезапная смерть была зафиксирована у больной 67 лет на третьи сутки после операции (по поводу ЖКБ, хронического калькулёзного холецистита) от тромбоэмболии легочной артерии.

Смерть третьей больной, оперированной по поводу острого калькулезного холецистита, наступила из-за нарастающей печеночно-почечной недостаточности, обусловленной сопутствующим циррозом печени.

Следует отметить, что при всех летальных исходах нами не отмечено случаев смерти, обусловленных специфическими осложнениями лапароскопической холецистэктомии.

Частота летальных исходов после традиционной холецистэктомии (0,65%) была достоверно выше по сравнению с основной группой ($p < 0,001$). Причиной летального исхода 2 пациентов (71 и 78 лет) с острым калькулезным гангренозно-перфоративным холециститом, осложненным разлитым перитонитом, была полиорганная недостаточность.

Таким образом, смерть больных в обеих группах была обусловлена исходной тяжестью состояния пациентов, их возрастом и имеющимися сопутствующими заболеваниями сердца и печени, которые в совокупности, несмотря на своевременную диагностику и проведенную операцию, приводили к тяжелым осложнениям, соответственно, к летальному исходу.

Исходя из вышеизложенного, можно утверждать, что лапароскопическая холецистэктомия является методом выбора хирургического лечения, по сравнению с традиционным, больных с ЖКБ и её осложнениями. Это обусловлено малой травматичностью, низким удельным весом развивающихся в послеоперационном периоде осложнений, летальности, сокращением сроков пребывания оперированных на койке, уменьшением материальных затрат на лечение и реабилитацию больных.

4.2. Результаты лапароскопических аппендэктомий

Нами проведен сравнительный анализ структуры патологии червеобразного отростка у пациентов, перенесших аппендэктомию лапароскопическим и традиционным способами. Данные отражены в таблице 4.11.

Таблица 4.11.- Структура патологии червеобразного отростка у больных, подвергшихся аппендэктомии

Форма заболевания	Основная группа (n=521)		Контрольная группа (n=428)		p
	N	%	N	%	
Катаральная	11	2,1	38	8,9	<0,001
Флегмонозная	375	72	220	51,4	<0,001
Гангренозная	88	16,9	92	21,5	>0,05
Гангренозно-перфоративная	38	7,3	74	17,3	<0,001
Хронический аппендицит	9	1,7	4	0,9	>0,05*

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

Как показали результаты исследования, у большинства пациентов обеих групп отмечались деструктивные (флегмонозная и гангренозная) формы острого аппендицита, частота которых составила 96,2% и 90,2% в основной и контрольной группах соответственно. Катаральная форма патологии была зарегистрирована у 49 пациентов (11 случаев в основной и 38 случаев в контрольной группах), и в 3,5 раза чаще имела место у пациентов контрольной группы ($p < 0,001$). Такое различие было связано с гипердиагностикой заболевания при постановке диагноза у пациентов контрольной группы, перенесших традиционную аппендэктомию.

Также у пациентов, оперированных традиционным методом, более часто имели места гангренозная и гангренозно-перфоративная формы воспаления червеобразного отростка - 92 (21,5%) и 74 (17,3%) случая соответственно. Возможно, причина такой частой регистрации гангренозных форм ОА была обусловлена поздней диагностикой патологии и проведения оперативного вмешательства. Хроническая форма аппендицита была выявлена у 13 пациентов обеих групп (в 9 (1,7%) случаях в основной и 4 (0,9%) наблюдениях в контрольной группах) без значимой разницы ($p > 0,05$) частоты его встречаемости между группами.

Запоздавая диагностика и прогрессирование воспалительно-деструктивных изменений привели к усугублению течения патологии, и, соответственно, несвоевременно проведенное оперативное лечение способствовало развитию ряда осложнений, характеристика которых представлена в таблице 4.12.

Таблица 4.12.- Структура осложнений острого аппендицита

Характер заболевания		Основная группа (n=521)		Контрольная группа(n=428)		p
		n	%	N	%	
Перитонит:	местный	17	3,26	10	2,34	>0,05
	разлитой	11	2,11	16	3,74	>0,05
Аппендикулярный инфильтрат		4	0,77	6	1,4	>0,05
Аппендикулярный абсцесс		3	0,57	5	1,17	>0,05
Всего		35	6,7	37	8,64	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

Как видно из таблицы 4.12, осложненное течение патологии имело место у 72 (7,6%) пациентов, без значимого их различия между группами, что соответствует данным некоторых исследователей [9, 14, 28, 66, 156, 261]. Однако, как показало наше исследование, чаще осложнения отмечались у пациентов контрольной группы и были обусловлены более поздней диагностикой заболевания. Вместе с тем осложнения чаще были отмечены у пациентов с гангренозно-перфоративной формой острого аппендицита, что и определило выбор метода, объем и способ завершения оперативного вмешательства.

Одним из критериев адекватной хирургической помощи, влияющим на ее результаты, является время госпитализации пациента и проведения операции от момента начала заболевания. Анализ сроков госпитализации обследованных групп больных с патологией червеобразного отростка представлен на рисунке 4.1.

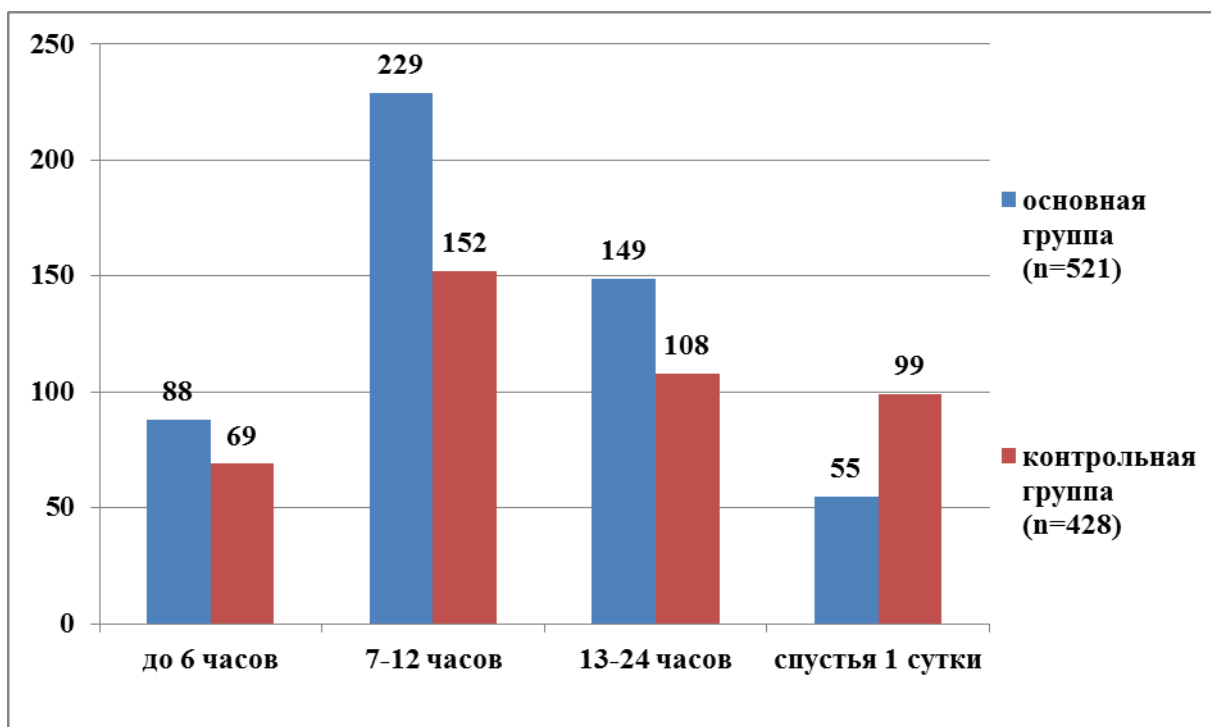


Рисунок 4.1.- Сроки госпитализации пациентов с ОА от момента начала заболевания

Как видно из рисунка 4.1, большинство пациентов (n=638; 67,2%) были госпитализированы от 7 до 24 часов от начала заболевания. В период до 6 часов от начала заболевания оперативному вмешательству были подвергнуты всего лишь 157 (16,5%) пациентов (88 (16,9%)- больные основной и 69 (16,1%) - контрольной группы). Необходимо отметить, что 154 (16,2%) больных были госпитализированы спустя 24 часа от начала заболевания, при этом большинство из них были оперированы традиционным путем из-за развития различных осложнений. Как видно, отмечается значимое различие по частоте пациентов, госпитализированных после 24 часов от момента разгара

заболевания, – 55 ((10,6%) случаев в основной и 99 (23,1%) наблюдений в контрольной группах ($p < 0,001$)).

Подчеркивая преимущества эндовидеохирургических технологий перед традиционными методами хирургического лечения, в обязательном порядке подразумевают возможность осуществления диагностических процедур. В связи с этим нами при возникших затруднениях в установлении причины острого живота этот способ был широко применен в качестве инструмента диффдиагностики и позволил в 94 наблюдениях правильно определить причину острых болей в брюшной полости (таблица 4.13).

Таблица 4.13.- Разновидность патологий, выявленных при лапароскопии, у больных с острым животом

Выявленные заболевания	N	%
Гинекологические заболевания (внематочная беременность, киста яичника и др.)	58	61,7
Заболевания толстого кишечника (спастический колит, долихосигма, неспецифический язвенный колит и др.)	17	18,2
Мочекаменная болезнь	12	12,8
Дивертикул Меккеля	3	3,1
Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки	3	3,1
Абсцесс правой подвздошной области после нефруретерэктомии	1	1,1
Всего	94	100

Как видно из таблицы 4.13, наиболее частыми причинами, симулирующими ОА и острый живот, явились патология женских репродуктивных органов ($n=58$; 61,7%), заболевания толстого кишечника ($n=17$; 18,2%) и мочекаменная болезнь с явлениями почечной колики ($n=12$; 12,8%). Реже ($n=7$; 7,4%) причинами острого живота явились дивертикул Меккеля, перфорация язвы желудка и абсцесс правой подвздошной области.

Таким образом, применение ЭВХ технологий позволило избежать выполнения напрасной аппендэктомии и провести целенаправленное лечение выявленных патологий, причем она в большинстве случаев служила в качестве основного способа хирургического их лечения.

Одним из основных критериев, позволяющих оценить преимущества и эффективность ЭВХ технологий, в общем, в частности и при лечении острого аппендицита, является количество конверсий, которые в наших наблюдениях возникли в 25 (4,8%) наблюдениях (таблица 4.14). Данный показатель перехода на лапаротомию в наших исследованиях практически не отличается от данных литературы [82, 141].

Таблица 4.14.- Причины конверсии при лапароскопической аппендэктомии

Причина	n	%
Разлитой перитонит	11	2,11
Ретроперитонеальное расположение отростка	8	1,54
Кровотечение	3	0,57
Аппендикулярный абсцесс	3	0,57
Всего	25	4,79

Среди ведущих причин конверсии нами отмечены разлитой перитонит (2,11%) и ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка (1,54%). Также в 3 наблюдениях при выполнении лапароскопической аппендэктомии произошло повреждение артерии, её брыжейки, приводящий конец которой, сокращаясь, исчезал из поля действия хирурга, что и стало поводом для перехода на лапаротомию.

Другим критерием, позволяющим оценить эффективность лапароскопической аппендэктомии, является частота послеоперационных

осложнений, которая среди наблюдавшихся нами пациентов имела место всего лишь в 9 (1,7%) наблюдениях (таблица 4.15).

Таблица 4.15.- Ранние послеоперационные осложнения у пациентов, перенесших открытую и лапароскопическую аппендэктомию

Вид осложнения	Основная группа(n=521)		Контрольная группа(n=428)		Р
	п	%	N	%	
Нагноение раны	6	1,15	17	3,97	<0,001
Послеоперационный перитонит	-	-	1	0,23	-
Спаечная болезнь	-	-	3	1,63	-
Кровотечение	-	-	2	0,46	-
Абсцесс брюшной полости	1	0,19	10	2,3	<0,001
Пневмония	2	0,38	3	0,7	>0,05
Всего	9	1,72	36	8,36	<0,001

Примечание: р – статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 с поправкой Йетса).

Среди пациентов, перенесших традиционную аппендэктомию, послеоперационные осложнения были зарегистрированы в четыре раза чаще по сравнению с пациентами основной группы, и составили 36 (84%) случаев. При этом выявлены значимые различия между группами частоты встречаемости нагноения раны (1,15% в основной и 3,97% в контрольной группах) и абсцесса брюшной полости (0,19% в основной и 2,3% в контрольной группах). Таким образом, с применением эндовидеохирургических технологий нам удалось снизить частоту послеоперационных осложнений в 4,8 раза.

Наиболее достоверным критерием, показывающим эффективность современных видеоэндоскопических технологий при лечении острого

аппендицита, является длительность стационарного пребывания пациентов, которая в наших наблюдениях составила $2,5 \pm 0,6$ койко-дня.

Её увеличение до $9,6 \pm 1,2$ дня отмечалась у групп пациентов, которым из-за наличия различных осложнений была выполнена конверсия. Вместе с тем средняя длительность стационарного нахождения пациентов, перенесших традиционную аппендэктомию, составила $5,7 \pm 0,8$ суток, что в 2,3 раза превышает аналогичные показатели при выполнении лапароскопической аппендэктомии ($p < 0,001$). Существенным преимуществом лапароскопической технологии является отсутствие спаечной болезни, которая наблюдалась у 1,63% пациентов, подвергшихся традиционной аппендэктомии.

Таким образом, полученные данные показывают преимущества и высокую эффективность видеоэндохирургических технологий перед традиционными оперативными вмешательствами при хирургическом лечении пациентов с острым аппендицитом. Такая гипотеза подтверждается значительным снижением частоты послеоперационных осложнений, периода стационарного лечения и материальных затрат пациентов, как на лечение, так и на восстановление их трудоспособности.

4.3. Результаты лапароскопических операций при эхинококкозе печени

Изучены результаты оперативного лечения 206 больных с эхинококкозом печени. Из этого числа 96 (46,6%) человек было оперировано с применением видеолaparоскопической технологии и 110 (53,4%) - традиционным способом.

Нами проведен анализ структуры сопутствующих заболеваний у оперированных больных, поскольку они определяли возможность проведения видеоэндохирургического вмешательства и влияли на объем предоперационной подготовки. Из общего числа обследованных основной и контрольной групп 22,9% и 18,2% соответственно имели сопутствующую патологию (табл. 4.16).

Таблица 4.16. - Характеристика сопутствующих патологий у пациентов с эхинококкозом печени

Сопутствующие заболевания	Основная группа (n=96)		Контрольная группа (n=110)		p
	n	%	N	%	
Патология сердечно-сосудистой системы	8	8,3	7	6,4	>0,05*
Хронические неспецифические заболевания легких	2	2,1	3	2,7	>0,05*
Сахарный диабет II типа	5	5,2	2	1,8	>0,05*
Хронические заболевания почек	4	4,2	6	5,5	>0,05*
Желчекаменная болезнь	3	3,1	2	1,8	>0,05*
Всего	22	22,9	20	18,2	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * с поправкой Йетса).

Основной сопутствующей патологией в обеих группах были заболевания сердечно-сосудистой системы, частота встречаемости которых была значимо выше у пациентов, перенесших лапароскопическую эхинококкэктомию, по сравнению пациентами, подвергшимися традиционной эхинококкэктомии (табл. 4.16). Реже у пациентов обеих групп имели место сахарный диабет (5,2% в основной и 5,5% в контрольной группах) и хронические заболевания почек (4,2% в основной и 2,7% в контрольной группах), без достоверного их различия. При этом необходимо подчеркнуть, что сахарный диабет в этой группе занимал последнее ранговое место.

Наши данные свидетельствуют, что наличие сердечно-сосудистой патологии и сахарного диабета II типа диктует необходимость выбора менее травматичного оперативного доступа, в частности лапароскопического. С учетом этой позиции нами видеоэндохирургические операции выполнялись с

использованием общей анестезии и интубации трахеи с применением видеоэндоскопического комплекса и инструментов фирм «Эндомедиум» и «Медфармсервис» (Россия). Карбоксиперитонеум создавали в пределах 8-12 мм рт.ст. Показанием для применения ЭВХ технологии являлось наличие неосложненных одиночных эхинококковых кист. Обязательными условиями были: их хорошая видимость на обзорной лапароскопии; размер до 8-10см с неглубоким расположением; отсутствие дочерних кист; признаки нагноения и прорыва в желчные ходы; другие общепринятые противопоказания к ЭВХ операциям.

Локализация эхинококковых кист печени у обследованного контингента больных представлена в таблице 4.17.

Таблица 4.17.- Локализация эхинококковых кист печени у обследованных больных

Локализация кист по сегментам печени	Основная группа (n=96)		Контрольная группа (n=110)		Р
	N	%	N	%	
I- II сегменты	8	8,3	13	11,8	>0,05*
III сегмент	6	6,3	11	10	>0,05*
IV сегмент	24	25	18	16,4	>0,05
V сегмент	31	32,3	14	12,7	<0,001
VI сегмент	14	14,6	18	16,4	>0,05
VII сегмент	13	13,5	20	18,2	>0,05
VIII сегмент	-	-	16	14,5	-
Всего	96	100	110	100	-

Примечание: р – статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * с поправкой Йетса).

Как видно из таблицы 4.17, у больных основной группы эхинококковые кисты располагались преимущественно в правой доле печени (61,2%). Следует подчеркнуть, что в этой группе хорошо просматривались все сегменты левой доли и три сегмента правой. Восьмой сегмент не поддавался визуализации ввиду невозможности технического осуществления доступа к данному сегменту, что является недостатком методики ЭВХ. В контрольной группе

также кисты преимущественно располагались в правой доле (61,8%), в том числе у 14,5% в VIII сегменте. Диаметр эхинококковых кист варьировал от 4 до 12 см (таблица 4.18).

Таблица 4.18.- Размеры эхинококковых кист печени

Размер (диаметр в см)	Основная группа (n=96)		Контрольная группа (n=110)		p
	n	%	n	%	
4-5	38	39,6	27	24,5	<0,05
6-7	29	30,2	33	30,0	>0,05
8-9	16	16,7	29	26,4	>0,05
10 и 12	13	13,5	21	19,1	>0,05
Всего	96	100	110	100	-

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2).

Как видно из таблицы 4.18, у пациентов обеих групп преобладали кисты с диаметром от 4 до 7 см (69,8% и 54,6% соответственно). В тоже время обратное соотношение в сравниваемых группах нами получено по кистам размером от 8 до 12 см (в 1,5 раза). У 84 пациентов основной группы были одиночные, а у остальных имели место дочерние кисты. Необходимо отметить, что при лапароскопическом доступе основным условием проведения этого вида операции являлся не размер, а хорошая визуализация. Однако анализ 30,2% случаев лапароскопических эхинококкэктомий кист с размерами 8-12 см выявил более высокую частоту послеоперационных осложнений. Наиболее распространенными из них были желчеистечение из ложа кисты (4,5%), нагноение остаточной полости (2,2%) и подпеченочный абсцесс (1,1%). Удельный вес больных в зависимости от объема удаленных у них эхинококковых кист приведен в таблице 4.19.

Таблица 4.19.- Объемы удаленных эхинококковых кист

Объем эхинококковых кист (мл)	Основная группа (n=96)		Контрольная группа (n=110)		р
	N	%	N	%	
до 50	28	29,1	24	21,8	>0,05
50-100	29	30,2	26	23,6	>0,05
100-300	16	16,7	20	18,2	>0,05
300-500	14	14,6	16	14,6	>0,05
500-1000	9	9,4	24	21,8	<0,05*
Всего	96	100	110	100	-

Примечание: р – статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * с поправкой Йетса).

Как видно из таблицы 4.19, в основной группе у большинства пациентов (59,3%) имели место небольшие эхинококковые кисты, объем которых не превышал 100мл. Напротив, в контрольной группе преобладали лица с объемом эхинококковых кист более 100мл (54,6%). Из их числа у 40% объем кист достигал от 500 до 1000мл.

В 29 случаях после лапароскопической эхинококкэктомии проводили тампонаду остаточной полости большим сальником на питающей ножке с её фиксацией по краям фиброзной капсулы. В 64 случаях производили дренирование остаточной полости силиконовой трубкой. В 3 случаях небольшую остаточную полость ликвидировали ушиванием. Во всех случаях устанавливали дренажные трубки в проекции остаточной полости. В случае гладкого послеоперационного течения в последующем их удаляли на 3-4 сутки от момента оперативного вмешательства.

При выполнении традиционной эхинококкэктомии из печени в качестве основных хирургических доступов в 87 наблюдениях использовали верхнесрединные и в 23 наблюдениях-подреберные разрезы. Эхинококкэктомия из печени с капитонажем остаточной полости по Дельбе выполнена у 73 (66,4%) больных, эхинококкэктомия с оментопластикой

остаточной полости - у 24 (21,8%), атипичная резекция печени - у 4(3,6%), эхинококкэктомия с ликвидацией желчных свищей - в 9 (8,2%) наблюдениях.

Как показали результаты исследования, средняя продолжительность лапароскопической эхинококкэктомии составила $78,4 \pm 3,6$ мин., а традиционной - $101,5 \pm 4,1$ мин. Длительность госпитализации пациентов основной группы варьировала от 5 до 8 суток, составляя в среднем $6,1 \pm 0,7$ дней. Этот показатель у пациентов, перенесших традиционную эхинококкэктомию, составил в среднем $12,1 \pm 0,8$ суток.

Сравнительный анализ частоты возникновения послеоперационных осложнений показал, что при использовании лапароскопических технологий для эхинококкэктомии различные осложнения развиваются в 2 раза реже по сравнению с традиционными способами операциями (таблица 4.20).

Таблица 4.20. - Послеоперационные осложнения у обследованных больных

Послеоперационные осложнения	Основная группа (n=96)		Контрольная группа (n=110)		p
	n	%	N	%	
Желчеистечение из остаточной полости	5	5,2	3	2,7	>0,05*
Нагноение раны	2	2,1	12	10,9	<0,05*
Нагноение остаточной полости	3	3,1	8	7,3	>0,05*
Подпеченочный абсцесс	2	2,1	3	2,7	>0,05*
Пневмония	-	-	1	0,9	-
Всего	12	12,5	27	24,5	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * с поправкой Йетса).

У больных основной группы наиболее распространенным осложнением было желчеистечение из остаточной полости, которое встречалось в 5,2% наблюдениях. Желчеистечение в объеме от 50 до 150 мл самостоятельно прекращалось на 3-5 сутки послеоперационного периода. Другие наблюдавшиеся осложнения, характеристика которых приведена в таблице 43,

были ликвидированы с применением видеоэндоскопических методов, исход которых во всех наблюдениях был благоприятным.

У группы пациентов оперированных традиционным способом чаще всего отмечались гнойно-воспалительные осложнения по типу серома и нагноение послеоперационной раны ($n=12$; 10,9%), нагноение остаточной полости ($n=8$; 7,3%) эхинококковой кисты и абсцесс подпеченочного пространства ($n=3$; 2,7%), частота которых составила 85,2% от суммы всех возникших осложнений. Необходимо подчеркнуть, что столь высокая частота гнойных осложнений была обусловлена именно тяжестью нанесенной травмы, что отражалось как на длительности стационарного и амбулаторного лечения пациентов, так и на финансовых затратах и качестве жизни пациентов.

Отдаленные результаты лапароскопической эхинококкэктомии в сроках от 6 месяцев до 5 лет нами были изучены у 73 пациентов, у которых ни одного случая рецидива заболевания не было зафиксировано. В тоже время, из их числа у 17,8% в сроки до 6-8 месяцев от проведенной операции были выявлены различные по объему остаточные полости в печени, которые не имели никаких клинических проявлений.

Таким образом, вышеприведенные данные показали, что применение видеоэндохирургических технологий в лечении неосложненного эхинококкоза печени имеет самую высокую эффективность, позволяя снизить частоту различных послеоперационных осложнений до двух раз. При этом основными критериями для его выполнения являются размеры, количество и локализация эхинококковых кист, а также опыт оперирующего хирурга и наличие видеоэндохирургических технологий и инструментариев. При соблюдении принципов отбора пациентов, выбора специализированной хирургической техники, а также соблюдения всех принципов антипаразитарной обработки остаточной полости лапароскопическая эхинококкэктомия является залогом успешного лечения пациентов и средством повышения их качества жизни и минимизации материальных затрат на лечение.

4.4. Результаты лапароскопических операций при травме живота

Нами проведен анализ результатов видеолапароскопии при тупой травме органов брюшной полости. Структура повреждений и сроки госпитализации 204 обследованных больных представлены в таблице 4.21.

Таблица 4.21.- Структура повреждений органов при тупой травме живота

Характер повреждений	Сроки госпитализации				
	до 3 часов	от 4 до 6 часов	от 7 до 12 часов	позже 12 часов	n(%)
Повреждение печени	64	12	4	1	81 (39,7%)
Повреждение селезенки	54	6	5	2	67 (32,8%)
Повреждение тонкого кишечника	21	3	2	-	26 (12,7%)
Повреждение толстого кишечника	7	2	-	-	9 (4,4%)
Повреждение печени и селезенки	6	-	-	-	6 (2,9%)
Повреждение печени и тонкого кишечника	5	-	-	-	5 (2,5%)
Повреждение поджелудочной железы	1	-	-	1	2(0,98)
Раны стенки живота	4	2	-	-	6 (2,9%)
Разрыв круглой связки печени	2	-	-	-	2 (0,98%)
Всего	164 (80,5%)	25 (12,2%)	11 (5,4%)	4 (1,9%)	204

Как видно из таблицы 4.21, среди повреждений преобладали травмы печени (39,7%) и селезенки (32,8%), а повреждения тонкого и толстого кишечника составили 17,1%. Подавляющее большинство больных с тупой травмой живота (80,5%) поступило в сроки до 3 часов с момента получения

травмы, а в сроки до 6 часов- 12,2% пациентов. Запоздавшая госпитализация (свыше 6 часов) отмечена у 7,3% больных, что негативно повлияло на течение травмы и способствовало развитию осложнений.

Среди причин травм живота наиболее распространенными являлись дорожно-транспортные происшествия (64,2%). Второе ранговое место занимало падение с высоты с удельным весом 22,6%. Сдавление было причиной травмы живота у 27 пациентов (13,2%).

Среди обследованных нами больных у 74(36,3%) наблюдались сочетанные травмы, которые отягощали течение заболевания и способствовали ухудшению состояния пациентов: повреждения трубчатых костей - у 22 (10,8%); черепно-мозговая травма – у 21 (10,3%); травма груди -у 26 (12,7%) и повреждение позвоночника – у 5 (2,5%).

Свидетельством тяжести полученной травмы являлся шок различной степени тяжести. Удельный вес больных, поступивших в шоковом состоянии, составил 57,3% (с 1 степенью -13,2%, со2 степенью -24,0%, с 3 степенью - 20,1%).

Среди обследованных нами пациентов с травмой живота в 103 случаях была применена видеолапароскопия в диагностических и лечебных целях. Остальные (101) пациенты с явными признаками повреждения внутренних органов (перитонит, массивное внутрибрюшное кровотечение) подвергались неотложной лапаротомии. Характер проведенных операций у больных сравниваемых групп приведен в таблице 4.22.

Как видно из таблицы 4.22, в основной группе у 40,8% была осуществлена лечебная лапароскопия. Среди лапароскопических вмешательств преобладали коагуляция печени (15,5%) и аспирация крови с дренированием брюшной полости (13,6%).

Таблица 4.22.- Характер операций при травме живота

Виды операций	Основная группа (n=103)	Контрольная группа (n=101)
Ушивание раны печени	-	41
Электрокоагуляция раны печени	16	-
Электрокоагуляция раны стенки живота	6	-
Электрокоагуляция раны селезенки	4	-
Коагуляция разрыва круглой связки печени	2	-
Спленэктомия	-	40
Ушивание тонкого кишечника	-	16
Ушивание толстого кишечника	-	3
Дренирование сальниковой сумки с холецистостомией	-	1
Диагностическая лапароскопия (без повреждения внутренних органов)	38	-
Видеолапароскопия с аспирацией крови и дренированием брюшной полости	14	-
Видеолапароскопия с переходом на лапаротомию	23	-

При этом поверхностное повреждение печени и связок, остановившееся кровотечение (объемом до 300-400 мл), стабильная гемодинамика, отсутствие симптомов перитонита позволяли завершить лапароскопию с аспирацией крови подведением трубчатого дренажа. В 23 случаях (22,3%) наличие в брюшной полости крови в объеме, превышающем 400 мл, либо кишечного содержимого, либо мутного экссудата и наложения фибрина на брюшине явились показанием к переходу на лапаротомию.

Следует особо подчеркнуть, что в 38 наблюдениях(18,6%) при диагностической лапароскопии повреждений паренхиматозных и полых органов не было обнаружено, что позволило избежать напрасной лапаротомии и завершить лапароскопию установкой силиконовой трубки в малый таз.

В контрольной группе преобладали ушивание глубоких ран печени (n=41), спленэктомия и ушивание повреждений кишечника общепринятыми методами через лапаротомный доступ.

Нами проведен анализ осложнений, возникших в раннем послеоперационном периоде, у обследованного контингента больных (таблица 4.23).

Таблица 4.23.- Осложнения в раннем послеоперационном периоде у больных ступой травмой органов брюшной полости

Осложнения	Основная группа (n=103)		Контрольная группа (n=101)		p
	N	%	n	%	
Желчеистечение	2	1,9	4	4,0	>0,05
Нагноение раны	3	2,9	7	6,9	>0,05
Вторичное кровотечение из печени	1	1,0	2	2,0	>0,05
Полиорганная недостаточность	-	-	3 (3)	3,0	>0,05
Поддиафрагмальный абсцесс	2	1,9	3	3,0	>0,05
Несостоятельность швов кишечника, разлитой перитонит	-	-	4(2)	4,0	>0,05
Внутрибрюшные абсцессы	2	1,9	3	3,0	>0,05
Острая спаечная кишечная непроходимость	1	1,0	3	3,0	>0,05
Острая сердечная недостаточность	2(1)	1,9	3(1)	3,0	>0,05
Отек головного мозга	-	-	2(1)	2,0	>0,05
Острые респираторные осложнения (трахеобронхит, пневмония, плеврит)	8	7,8	13	12,9	>0,05
Всего	21(1)	20,4	46 (7)	45,5	<0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по ф критерию Фишера).

Как видно из таблицы 4.23, число осложнений в раннем послеоперационном периоде у больных контрольной группы более чем в 2 раза

выше, чем в основной группе. При этом преобладали инфекционные осложнения (нагноение раны, абсцессы и острые респираторные осложнения).

Желчеистечение у 3 пострадавших прекратилось самостоятельно при консервативной терапии на 14-24 сутки после операции, а в 3 случаях потребовалась повторная операция. Разновидность проведенных повторных операций отражена в таблице 4.24.

Таблица 4.24. - Повторные операции при травмах

Послеоперационные осложнения	Основная группа (релапароскопия) n=103		Контрольная группа (релапаротомия) n=101		p
	n	%	N	%	
Кровотечение из печени	1	0,97	1	0,99	>0,05
Поддиафрагмальный абсцесс	2	1,94	3	2,97	>0,05
Желчеистечение из печени	1	20,3	2	3,95	>0,05
Ранняя тонкокишечная спаечная непроходимость	1	0,97	3	2,97	>0,05
Несостоятельность швов кишечника, разлитой перитонит	-	-	4	3,96	>0,05
Всего	5	4,85	13	12,8	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по ф критерию Фишера).

Как видно из таблицы 4.24, в основной группе в 5 (4,85%) случаях возникшие послеоперационные осложнения (поддиафрагмальный абсцесс, кровотечение, ранняя спаечная непроходимость) были устранены путем релапароскопии. В контрольной группе в 13 случаях (12,8%) понадобилась релапаротомия из-за развития несостоятельности швов кишечника, перитонита, ранней тонкокишечной спаечной непроходимости и других осложнений.

По результатам наших исследований, в основной группе все повторные операции были успешно завершены путем релапароскопии, что позволило

снизить вероятность развития значительной травмы (характерной для открытого доступа) и риск проведения повторной операции.

Умерло после операций 8 пациентов основной (1) и контрольной (7) групп от разлитого перитонита, полиорганной или острой сердечной недостаточности. Из них у большинства (5) имелись политравма и шок 3 степени.

Таким образом, внедрение ургентной видеолапароскопии позволяет избежать напрасной лапаротомии у 18,6% пострадавших с травмой живота, что имеет исключительно важное значение у пациентов с тяжелой сочетанной травмой. Диагностическая видеолапароскопия в 22,3% случаев за короткое время позволяет установить топический диагноз и наметить оптимальный план последующего оперативного вмешательства путем лапаротомии. Лечебную лапароскопию удалось выполнить в 40,8% случаев, благодаря чему удалось снизить риск оперативного вмешательства и улучшить результаты лечения.

4.5. Результаты лапароскопических операций на органах малого таза

Сравнительный анализ структуры обследованных больных с гинекологическими заболеваниями, подвергшихся оперативному лечению традиционным и лапароскопическим способами, представлен в таблице 4.25. Больные предварительно были распределены на две группы: экстренные и плановые.

Как видно из таблицы 4.25, у плановых больных как основной, так и контрольной групп преобладала патология яичника, удельный вес которой в совокупности составил 33,4% и 33,5% соответственно по группам. Второе значимое место занимала непроходимость маточных труб (16%), по поводу которой были оперированы больные только лапароскопическим способом.

Таблица 4.25.-Структура обследованных больных с гинекологической патологией в зависимости от характера вмешательства

Характер заболевания	Основная группа		Контрольная группа		Р
	п	%	N	%	
Экстренная					
Внематочная беременность	290	22,3	135	52,5	<0,001
Перекрут ножки кисты	147	11,3	9	3,5	<0,001*
Пельвиоперитонит	95	7,3	9	3,5	<0,05*
Апоплексия	65	5,0	18	7,0	>0,005
Плановая					
Киста яичника	382	29,4	72	28,1	>0,05
Непроходимость маточной трубы	208	16,0	-	-	--
Отягощенный акушерский анамнез	61	4,7	-	-	-
Дермоидная киста	39	3,0	5	1,9	>0,05*
Кистома	13	1,0	9	3,5	<0,001*
Всего	1300	100	257	100	-

Примечание: р – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

У экстренных больных основной патологией, по поводу которой производилось оперативное вмешательство, была внематочная беременность. Следует отметить достоверную разницу в удельном весе оперированных традиционным доступом по сравнению с оперированными лапароскопическим способом в 2,3 раза. Это объясняется тем, что подавляющее число больных (89,6%) было оперировано до 2006 года.

До этого периода в арсенале гинекологических базовых клиник необходимого ЭВХ оборудования не было. Но в тоже время необходимо подчеркнуть, что определенная часть больных была обследована и оперирована

в хирургических клиниках, оснащенных ЭВХ оборудованием. В этой группе больных также была распространена патология яичников (перекрут ножки кисты и апоплексия), удельный вес которой составил в основной группе 16,3%, а в контрольной - 10,5%.

Нами проведен анализ сроков госпитализации больных с экстренной гинекологической патологией (таблица 4.26).

Таблица 4.26. -Сроки госпитализации экстренных гинекологических больных

Сроки госпитализации	Основная группа (n=597)		Контрольная группа (n=171)		p
	N	%	N	%	
до 6 часов	254	42,5	65	38,1	>0,05
от 7 до 12	199	33,3	41	24,0	<0,05
от 13 до 24	106	17,8	37	21,7	>0,05
позже 24 часов	38	6,4	23	13,5	<0,01

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2).

Как видно из таблицы 4.26, удельный вес больных с ранней (до 6 часов) госпитализацией в основной и контрольной группах составил 42,5% и 38,1% соответственно. В то же время больных с запоздалой госпитализацией (>24 часов) в контрольной группе было 13,5% (в основной группе - 6,4%). Поздняя госпитализация была обусловлена атипичным течением заболевания, самолечением пациента и диагностическими ошибками на до госпитальном этапе. Среди больных с запоздалой госпитализацией медицинским персоналом затрачивалось более продолжительное время на проведение диагностических процедур и выявление истинной картины заболевания. У больных основной группы лапароскопия способствовала более ранней диагностике острого гинекологического заболевания и завершению операции с применением лапароскопической технологии.

Нами проведен анализ видов оперативных вмешательств, оказанных обследуемому контингенту женщин (таблица 4.27).

Таблица 4.27. - Вид оперативных вмешательств обследуемому контингенту женщин

Виды операций	Основная группа (n=1300)		Контрольная группа(n=257)		p
	N	%	N	%	
Коагуляция яичника	96	7,4	18	7,0	>0,05
Санация и дренирование брюшной полости	95	7,30	9	3,5	<0,05*
Тубэктомия	322	24,8	179	69,6	<0,001
Кистэктомия	185	14,2	39	15,2	>0,05
Резекция яичника	61	4,7	12	4,7	>0,05
Сальпинголизис	308	23,6	-	-	-
Энуклеация яичника	168	13	-	-	-
Стерилизация маточных труб	65	5	-	-	-

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

Как видно из таблицы 4.27, из числа обследованных 1557 больных с гинекологическими заболеваниями у подавляющего большинства (83,5%) операции были выполнены с применением лапароскопической технологии, что соответствует литературным данным [15, 203]. При этом основной операцией, которой подверглись больные сравниваемых групп, была тубэктомия, удельный вес которой у оперированных открытым способом превышал, по сравнению с основной группой, в 2,8 раза.

Следует отметить, что в основной группе выполнялся ряд оперативных вмешательств, который не проводился у больных контрольной группы. К их числу относился сальпинголизис, занявший второе ранговое место в структуре оперативных вмешательств в этой группе. К ним также относились энуклеация яичника и стерилизация маточных труб, то есть вышеуказанные небольшие по

объему оперативные вмешательства, в настоящее время выполняемые исключительно с применением лапароскопической технологии. Нами не получено особых различий в частоте выполненных операций, таких как кистэктомия, коагуляция яичника и резекция яичника. Однако нами отмечены существенные различия в частоте выполненной санации и дренирования брюшной полости при пельвиоперитонитах, показатель которых в основной группе был выше более чем в два раза по сравнению с группой контроля.

Анализ интраоперационных осложнений показал, что частота кровотечений незначительно превышала данные у больных контрольной группы (3,9%), по сравнению с основной (2,3%). С освоением методики и увеличением количества проводимых операций мы отмечали уменьшение частоты кровотечения при ЭВХ генитальных органов до 0,8%. Эти данные совпадают с показателями других авторов [22, 202,295]. Также квалификация хирурга влияла на частоту осложнений, возникающих при проведении ЭВХ: эмфизема сальника и подкожно-жировой клетчатки. Нами выявлено, что их совокупная частота у обследованных больных составила (1,15%). При детальном анализе выявлено, что причины возникновения эмфиземы также были связаны с определенной патологией органов брюшной полости (спаечный процесс, ранее перенесенные оперативные вмешательства, специфическая патология органов брюшной полости), но не с нарушением техники наложения пневмоперитонеума.

Одним из показателей, указывающих на эффективность проведенной операции посредством ЭВХ, является частота конверсии. У наблюдавшихся нами больных среди причин конверсии наиболее распространенными были кровотечение (у 2,3%) и большие объемные образования (кистома у 9, дермоидная киста - у 8). Выраженный спаечный процесс в нижнем этаже брюшной полости и перитонит разлитого характера встречались у 1,07% и 0,6% больных соответственно. Во всех случаях конверсии результаты операции были благоприятными. В связи с этим большинство авторов переход на конверсию не

считают ошибкой и недостатком метода [22,203]. Как показали наши наблюдения, своевременный переход на конверсию улучшает результаты лечения.

Нами проведен анализ послеоперационных осложнений среди обследованного контингента женщин (таблица 4.28).

Таблица 4.28. - Послеоперационные осложнения

Виды осложнений	Основная группа (n=1300)		Контрольная группа(n=257)		p
	N	%	N	%	
Нагноение раны	16	1,23	14	5,44	<0,001
Кровотечение	7	0,53	5	1,94	<0,05*
Абсцесс брюшной полости	3	0,23	2	0,77	>0,05*
Спаечная кишечная непроходимость	2	0,15	2	0,77	>0,05*
Послеоперационная грыжа	8	0,61	9	3,5	<0,001*
Всего	36	2,76	32	12,45	<0,001*

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между основной и контрольной группами (по критерию χ^2 ; * - с поправкой Йетса).

Как видно из таблицы 4.28, выявлено выраженное преимущество лапароскопической технологии перед традиционной методикой. У больных основной группы послеоперационные осложнения наблюдались в 2,76% случаев, в контрольной группе – в 12,45%. Среди них абсцесс брюшной полости и спаечная кишечная непроходимость, удельный вес которых составил 0,15% и 0,77% соответственно, развивались на 4-9 сутки у больных с пельвиоперитонитом, что потребовало релапаротомии для их устранения.

У больных, оперированных открытым доступом, наиболее распространенными осложнениями были послеоперационная грыжа, нагноение ран и кровотечение. Необходимо подчеркнуть, что нами отмечено существенное преобладание частоты послеоперационных осложнений в контрольной группе по всем их видам, особенно по послеоперационной грыже.

В большинстве случаев (у 5 из 7) кровотечение, которое наблюдалось у пациентов основной группы, было остановлено путем релапароскопии. В контрольной группе ведущими были инфекционные осложнения (нагноение лапаротомной раны и абсцесс брюшной полости), наблюдавшиеся в 6,12% случаев, которые отягощали послеоперационное течение и удлиняли сроки реабилитации пациентов. Кроме того, нагноение ран служило основной причиной развития послеоперационных грыж.

Таким образом, анализ результатов наших исследований свидетельствует о том, что при отсутствии противопоказаний лапароскопическая технология является методом выбора лечения больных с острыми и хроническими гинекологическими заболеваниями. Данные исходов оперативного лечения свидетельствуют о том, что эндоскопический метод, по сравнению с традиционным, отличается малой травматичностью, возможностью использования в условиях дневного стационара, высокой эффективностью (отсутствие послеоперационного пареза кишечника, значительно меньший удельный вес случаев нагноения операционной раны, развития спаечного процесса и вентральных послеоперационных грыж в отдаленные сроки), а также хорошим косметическим эффектом.

Глава 5. Медико-социальная и экономическая эффективность применения эндовидеохирургической технологии

Для оценки медико-социальной эффективности применения видеолaparоскопической технологии нами изучены результаты обследования и хирургического лечения 4688 больных с заболеваниями органов брюшной полости и малоболтаза. Основную группу (n=3482) составили пациенты, которым были выполнены видеоэндохирургияческие операции. В том числе: лапароскопическая холецистэктомия-у 1462, лапароскопическая аппендэктомия-у 521, эхинококкэктомия из печени-у 96, лапароскопические вмешательства при травме живота-у 103 и на органах малого таза-у 1300. Контрольную группу составили 1206 больных, перенесших традиционную холецистэктомию (n=310), аппендэктомию (n=428), эхинококкэктомию (n=110), лапаротомию по поводу травмы живота (n=101) и гинекологических заболеваний (n=257).

Таблица 5.1. -Сравнительная оценка частоты послеоперационных осложнений

Заболевания	Основная группа			Контрольная группа		
	Всего больных	Кол-во Осложнений	%	Всего больных	Кол-во осложнений	%
Желчнокаменная Болезнь	1462	70 (3)	4,8 (0,21)	310	38 (2)	24,5% (0,65)
Острый аппендицит	521	9	1,72	428	36	8,36
Травма живота	103	21 (1)	20,4 (0,97)	101	46 (7)	45,5 (6,93)
Эхинококкоз печени	96	12	12,5	110	27	24,5
Гинекологические Заболевания	1300	36	2,76	257	32	12,45

Примечание: в скобках - количество умерших больных.

Основная и контрольная группы больных по половозрастной структуре, частоте сопутствующих заболеваний, характеру и тяжести состояния пациентов были сопоставимы. Результаты сравнительного анализа послеоперационных осложнений и летальности среди основной и контрольной групп больных представлены в таблице 5.1. Как видно из таблицы, после видеолапароскопических операций осложнения по сравнению с традиционными операциями наблюдались более чем в три раза реже, а послеоперационная летальность снизилась с 5% до 0,11%. Среди пациентов с гинекологическими заболеваниями, острым аппендицитом и эхинококкозом печени летальных исходов не было.

В структуре осложнений в основной группе больных с ЖКБ преобладали кровотечения и желчеистечение, которые в большинстве случаев были устранены путем релапароскопии. Среди пациентов контрольной группы преобладали инфекционные осложнения (нагноение раны, абсцесс брюшной полости), кровотечения и желчеистечение, которые отягощали послеоперационное течение, удлиняли сроки реабилитации пациентов.

Летальные исходы (n=4) в основной группе больных наблюдались от инфаркта миокарда, тромбоэмболии легочной артерии и полиорганной недостаточности. Летальные исходы (n=9) в контрольной группе больных были обусловлены разлитым перитонитом, полиорганной недостаточностью, политравмой и шоком. Следует отметить, что после 1462 операций лапароскопической холецистэктомии летальные исходы имели место всего в 3 (0,21%) случаях, а после 310 операций традиционной холецистэктомии – в 2 (0,65%) случаях.

Наши наблюдения показали, что благодаря минимальной инвазивности эндохирургических операций, существенному уменьшению периоперационных осложнений обеспечиваются комфортное течение послеоперационного периода и ускоренная социальная реабилитация больных.

Сравнительный анализ продолжительности стационарного лечения основной и контрольной групп пациентов представлен в таблице 5.2.

Таблица 5.2. - Продолжительность стационарного лечения пациентов

Нозология болезней	Видеоэндохи- рургические операции (койко-дней)	Традиционная операция (койко-дней)	Разница (койко-дней)
Желчнокаменная Болезнь	4,5±0,9	16,1±1,2	-11,6±1,1
Острый аппендицит	2,5±0,6	5,7±0,8	-3,2±0,7
Эхинококкоз печени	6,1±0,7	12,1±0,8	-6,0±0,8
Киста яичника	3,9±0,7	7,8±0,9	-3,9±0,8
Внематочная Беременность	4,1±0,8	7,2±1,1	-3,1±0,9

Как видно из таблицы 5.2, продолжительность стационарного лечения пациентов в случаях применения видеолaparоскопической технологии сократилась в среднем от 3,1±0,9 (внематочная беременность) до 11,6±1,1 (желчнокаменная болезнь) койко-дней, что способствовало уменьшению затрат на лечение и рациональному использованию специализированных коек. Результаты наших наблюдений свидетельствуют о том, что применение эндовидеохирургической технологии способствуют интенсификации использования коечного фонда, сокращению сроков пребывания пациента в стационаре, увеличению оборота коек и числа пролеченных больных. Преимуществом видеоэндохирургического метода лечения, помимо малой травматичности и хорошего косметического эффекта, была возможность использования его в условиях дневного стационара.

Нами проведен сравнительный анализ стоимости лечения больных с хроническим холециститом основной и контрольной групп (таблица 5.3).

Таблица 5.3. -Сравнительный анализ затрат на лечение больных с хроническим холециститом, оперированных традиционным и лапароскопическим способами (в сомони)

Статья расходов	Контрольная группа		Основная группа	
	Отделение	Палата реанимации	Отделение	Палата реанимации
Оплата труда врачей	63,0	9,0	19,37	1,04
Оплата труда среднего и младшего персонала	132,58	18,94	40,77	2,19
Оплата труда прочего персонала	44,52	6,36	13,69	0,74
Начисления на зарплату	60,06	8,58	18,46	0,99
Стоимость питания	27,86	0,00	8,56	89,94
Стоимость медикаментов	592,36	169,88	86,18	0,00
Стоимость лабораторных услуг	86,0	0,00	86,00	0,00
Стоимость износа оборудования	29,4	4,2	9,04	0,49
Стоимость износа малоценных и быстроизнашивающихся предметов	1,54	0,22	0,47	0,02
Стоимость износа зданий и помещений	20,3	2,9	6,24	0,33
Стоимость прочих накладных расходов	123,9	17,7	38,10	2,05
Суммарные затраты	1181,52	237,8	326,91	97,80
Хирургические операции				
Койко-дни	14	2	4,3	0,23
Количество	1	-	1	-
Коэффициент рентабельности: 15%	212,89	-	63,70	-
Стоимость одной операции в сомони	1632,2	-	488,42	-
Средняя стоимость одного койко-дня	102,01	-	107,66	-

В общем проведено 1772 холецистэктомии, из которых 1462 выполнены лапароскопически. В проведении лапароскопической операции участвовало 3 хирурга. Расчет стоимости лечения больных с хроническим холециститом, оперированных традиционным и лапароскопическим способами, производился по формулам, изложенным в диссертации Маслагина А.С.[88, 89](см.гл.2).

Как видно из таблицы 5.3, суммарные затраты на лечение больного традиционным способом составили 1632,2 сомони, что на 1143,8 сомони превышает затраты при лапароскопической холецистэктомии.

Суммарные затраты включали: оплату труда специалистов; обслуживающего медицинского персонала; начисления на заработную плату; стоимость лекарственных препаратов; продуктов питания пациентов, дополнительных методов исследования, износа малоценных и быстро изнашивающихся предметов, износа зданий и помещения и прочих накладных расходов. Необходимо отметить, что каждая из вышеперечисленных затрат в группе пациентов, перенесших традиционные операции, в разы превышала аналогичные основной. Так, время пребывания на больничной койке у пациентов контрольной группы в 3,3 раза превышало число койко-дней больных основной группы. При этом коэффициент рентабельности у контрольной группы в 3,3 раза был выше по сравнению с этим показателем основной группы.

Следует отметить, что Правительством Республики Таджикистан в соответствии с Постановлением Маджлиси намояндагон Маджлиси Оли Республики Таджикистан в Стратегии сокращения бедности, принятой 19 июня 2002 г. (№66), определены 4 основных элемента, обеспечивающие сокращение бедности в республике, одним из которых является эффективное и справедливое представление базовых социальных услуг [185].

Ключевым сектором, с точки зрения смягчения проблем бедности, является здравоохранение, где обеспечение широкого доступа к медицинским услугам, независимо от уровня доходов, а также ощутимая поддержка в

улучшении качества оказываемой помощи, с обеспечением баланса между профилактическими и лечебными мероприятиями, будут способствовать выполнению вышеуказанной стратегии.

Нами проведен сравнительный анализ стоимости лечения больных с острым аппендицитом в зависимости от способа оперативного доступа. Данные отражены в таблице 5.4. Из общего числа ($n=949$) проведенных аппендэктомий 521 выполнена лапароскопическим способом.

Как видно из таблицы 5.4, суммарные затраты при проведении открытой аппендэктомии в 1,7 раза превышают затраты лапароскопической. В то же время необходимо отметить, что средняя стоимость пребывания больного, оперированного лапароскопически, на 44,13 сомони превышает стоимость традиционной аппендэктомии. Однако за счет длительности пребывания общие расходы на лечение в основной группе сокращаются. Эффективность лечения достигалась за счет уменьшения удельного веса ранних осложнений путем своевременной диагностики и их последующего устранения путем релапароскопии, позволявшей избежать проведения широкой лапаротомии, и, соответственно, перевода в реанимационное отделение. В отдаленные сроки после лапароскопической аппендэктомии, по сравнению с контрольной группой, резко уменьшилась частота послеоперационных грыж, не наблюдались случаи развития спаечного процесса в брюшной полости, что существенным образом улучшило качество жизни пациентов

Таблица 5.4. -Сравнительный анализ затрат на лечение больных с острым аппендицитом, оперированных традиционным и лапароскопическим способами (в сомони)

Показатели	Контрольная группа	Основная Группа
Статья расходов	отделение	Отделение
Оплата труда врачей	27	11,45
Оплата труда среднего и младшего персонала	56,82	24,10
Оплата труда прочего персонала	19,08	8,09
Начисления на зарплату	25,74	10,92
Стоимость питания	11,94	5,06
Стоимость медикаментов	248,52	152,31
Стоимость лабораторных услуг	104,27	89
Стоимость износа оборудования	12,60	5,34
Стоимость износа малоценных и быстроизнашивающихся предметов	0,66	0,28
Стоимость износа зданий и помещений	8,70	3,69
Стоимость прочих накладных расходов	53,10	22,52
Суммарные затраты	568,43	332,79
Хирургические операции		
Койко-дни	6	2,5
Количество	1	1
Коэффициент рентабельности: 15%	85,26	49,91
Стоимость одной операции в сомони	653,69	382,75
Средняя стоимость одного койко-дня	108,95	153,08

Также проводилась сравнительная оценка стоимости стационарного лечения пациентов основной (40) и контрольной (40) групп, оперированных по поводу эхинококкоза печени (таблица 5.5).

Таблица 5.5. -Сравнительный анализ затрат на лечение больных с эхинококкозом печени, оперированных традиционным и лапароскопическим способами (в сомони)

Показатели	Контрольная группа		Основная группа	
Статья расходов	Отделение	Палата реанимации	Отделение	Палата реанимации
Оплата труда врачей	85,5	13,5	27	4,5
Оплата труда среднего и младшего персонала	179,93	28,41	56,82	9,47
Оплата труда прочего персонала	60,42	9,54	19,08	3,18
Начисления на зарплату	81,51	12,87	25,74	4,29
Стоимость питания	37,81	-	11,94	0,00
Стоимость медикаментов	278,16	156,63	125,85	123,07
Стоимость лабораторных услуг	121,54	-	160,75	-
Стоимость износа оборудования	39,9	6,3	12,6	2,10
Стоимость износа малоценных и быстроизнашивающихся предметов	2,09	0,33	0,66	0,11
Стоимость износа зданий и помещений	27,55	4,35	8,7	1,45
Стоимость прочих накладных расходов	168,15	26,55	53,10	8,85
Суммарные затраты	1082,56	258,48	502,24	157,02
Хирургические операции				
Койко-дни	19	3	6	1
Количество	1	-	1	-
Коэффициент рентабельности: 15%	201,16	-	98,88	-
Стоимость одной операции в сомони	1542,21	-	758,16	-
Средняя стоимость одного койко-дня	70,10	-	108,31	-

Как видно из таблицы 5.5, при проведении эхинококкэктомии из лапаротомного доступа затрачивается в общем 1542,21 сомони, что в 2,04 раза превышает сумму, расходуемую при лапароскопическом способе. Надо подчеркнуть, что наибольшая разница стоимости одного койко-дня (в 1,54 раза) нами выявлена при лечении этой патологии. Также среди этих больных отмечена выраженная разница (3,2 раза) в длительности лечения. Это достигалось за счет малой травматичности методики и предотвращения грозных осложнений, наблюдавшихся, как правило, при традиционном способе. Однако следует отметить, что выполнение лапароскопической эхинококкэктомии требует тщательного отбора больных при условии наличия одиночных неосложненных эхинококковых кист диаметром до 10 см, расположенных в зоне хорошего визуального обзора, обязательного строгого соблюдения мер антипаразитарной обработки и профилактики диссеминации эхинококкоза. Необходимым условием эффективности лечения является достаточный опыт проведения хирургом эндовидеохирургических операций.

Экономическая эффективность эндовидеохирургической технологии, используемой при патологии органов малого таза, нами рассчитана на примере кисты яичника и внематочной беременности. Сравнительный анализ затрат на лечение больных с вышеуказанными патологиями отражён в таблицах 5.6 и 5.7.

Как видно из таблиц 5.6 и 5.7, длительность пребывания больных, оперированных как по поводу кисты яичника, так и по поводу внематочной беременности, одинакова. Также особо не различается и стоимость одного койко-дня с некоторым преимуществом у оперированных лапароскопически. Однако стоимость одной операции у оперированных лиц традиционным способом превышает затраты в группе больных, оперированных лапароскопическим способом. Различие при внематочной беременности составило 1,6 раза, а при кисте яичника - 1,46 раза. Улучшение результатов лечения пациентов достигалось путем снижения удельного веса послеоперационных осложнений, их своевременной диагностики и устранения

путем релапароскопии, позволяющей избежать проведения напрасной лапаротомии, а также хорошим косметическим эффектом.

Таблица 5.6.- Сравнительный анализ затрат на лечение больных с кистой яичника, оперированных традиционным и лапароскопическим способами(в сомони)

Статья расходов	Контрольная группа		Основная группа	
	Отделение	Палата реанимации	Отделение	Палата реанимации
Оплата труда врачей	31,30	4,50	18	4,50
Оплата труда среднего и младшего персонала	66,28	9,47	37,88	9,47
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
Оплата труда прочего персонала	22,26	3,18	12,72	3,18
Начисления на зарплату	30,03	4,29	17,16	4,29
Стоимость питания	13,93	0,00	7,96	0,00
Стоимость медикаментов	166,21	91,76	110,86	94,74
Стоимость лабораторных услуг	147,8		89	
Стоимость износа оборудования	14,70	2,10	8,40	2,10
Стоимость износа малоценных и быстроизнашивающихся предметов	0,77	0,11	0,44	0,11
Стоимость износа зданий и помещений	10,13	1,45	5,8	1,45
Стоимость прочих накладных расходов	61,95	8,85	35,4	8,85
Суммарные затраты	565,59	125,71	343,61	128,69
Хирургические операции				
Койко-дни	7	1	4	1
Количество	1	-	1	-
Коэффициент рентабельности: 15%	103,69	-	70,84	-
Стоимость одной операции в сомони	795	-	543,16	-
Средняя стоимость одного койко-дня	99,37	-	108,63	-

**Таблица 5.7. - Сравнительный анализ затрат на лечение больных с
внематочной беременностью, оперированных традиционным и
лапароскопическим способами (в сомони)**

Показатели	Контрольная группа		Основная группа	
Статья расходов	Отделение	Палата реанимации	Отделение	Палата реанимации
Оплата труда врачей	31,5	0,90	18	-
Оплата труда среднего и младшего персонала	66,29	1,89	37,88	-
Оплата труда прочего персонала	22,26	0,64	12,72	-
Начисления на зарплату	30,03	0,85	17,16	-
Стоимость питания	13,93	0,00	7,96	-
Стоимость медикаментов	154,83	97,67	75,23	-
Стоимость лабораторных услуг	122,2		89	-
Стоимость износа оборудования	14,70	0,42	8,40	-
Стоимость износа малоценных и быстроизнашивающихся предметов	0,77	0,022	0,44	-
Стоимость износа зданий и помещений	10,15	0,29	5,8	-
Стоимость прочих накладных расходов	61,95	1,77	35,4	-
Суммарные затраты	528,61	104,46	389,61	-
Хирургические операции				
Койко-дни	7	0,2	4	-
Количество	1	-	1	-
Коэффициент рентабельности: 15%	94,96	-	58,44	-
Стоимость одной операции в сомони	728,03	-	448,06	-
Средняя стоимость одного койко-дня	101,11	-	112,02	-

Сравнительный анализ расчета затрат на проведение видеоэндохирургических и традиционных операций (таблица 5.8) показал, что экономия средств пациента при применении видеоэндохирургической технологии при желчнокаменной болезни составляет 1143,8 сомони, эхинококкозе печени - 784,1 сомони, внематочной беременности -279,6 сомони, остром аппендиците 271 сомони, кисте яичника- 251,9 сомони. Следовательно, несмотря на дороговизну оборудования и расходных материалов, видеолaparоскопические операции, благодаря сокращению срока госпитализации и затрат на лечение, способствует значительной экономии средств пациента.

Таблица 5.8. -Сравнительная оценка затрат

Нозология болезней	Видеоэндохирургические операции (М±m сомони)	Традиционная операция (М ± m сомони)	Разница (М ± m сомони)
Желчнокаменная Болезнь	488,4±15,6	1632,2±21,8	-1143,8
Острый аппендицит	382,7±11,2	653,7±15,4	-271,0
Эхинококкоз Печени	758,1±17,9	1542,2±19,6	-784,1
Киста яичника	543,1±14,7	448,6±13,5	-251,9
Внематочная Беременность	448,6±13,5	728,2±16,9	-279,6

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что экономически более оправдано применение эндовидеохирургической технологии в оперативном лечении хронического холецистита, аппендицита, эхинококкоза печени и заболеваний органов малого таза (киста яичника, внематочная беременность). Целесообразность использования видеоэндохирургической технологии подтверждалась не только уменьшением

суммарных затрат на лечение, но и непродолжительным пребыванием пациента на койке, что было обусловлено малой травматичностью и хорошим косметическим эффектом, своевременной точной диагностикой, низким удельным весом интра- и послеоперационных осложнений, включая необоснованные лапаротомии. Вышеуказанное в современных условиях лимитирования финансовых ресурсов, увеличения потока малообеспеченных и, соответственно, недообследованных больных, в частности неотложных, способствует обеспечению качественной хирургической помощи, оказываемой населению, как на амбулаторном, так и на стационарном этапах.

Высокая медико-социальная и экономическая эффективность применения видеоэндохирургической технологии при лечении хирургических и гинекологических заболеваний обусловлена их минимальной инвазивностью, низким удельным весом осложнений и летальности, сокращением сроков пребывания пациентов на койке, уменьшением затрат на лечение и хорошим косметическим эффектом. В целях улучшения качества оказания плановой и экстренной видеоэндохирургической помощи населению, в многопрофильных государственных областных и крупных городских больницах необходимо организовать отделения эндоскопической хирургии, оснащенные современной аппаратурой и укомплектованные соответствующими кадрами.

Глава 6. Обсуждение результатов.

В последние годы наблюдается бурное развитие эндовидеохирургии и её становление как самостоятельного направления в медицинской науке, поскольку она ориентирована на минимизацию операционной травмы, сокращение длительности лечения пациентов и повышение их качества жизни. Она, являясь естественным продолжением традиционной хирургии, отличается от последней только величиной хирургического доступа, минимальным нанесением травмы тканям, прецизионностью манипуляций, инструментарием и высокотехнологическим оборудованием [14, 30, 35, 50, 56, 57, 60, 61, 62, 203, 209].

Эндовидеохирургическая технология в настоящее время является альтернативой традиционной холецистэктомии, поскольку сопровождается низкой летальностью (до 1%), сопоставимой с традиционной холецистэктомией, меньшей частотой повреждения холедоха (0,32% - 0,59%), повторных операций (0,5% - 1%) и осложнений (2%-3%) [13, 90, 98, 100, 147, 266, 239].

Большинство авторов отмечают существенные преимущества лапароскопии в лечении гинекологических заболеваний, заключающиеся в малой травматизации, хорошем косметическом эффекте, уменьшении сроков госпитализации и более быстрой реабилитации [1, 4, 15, 22, 284, 295].

Широкое использование лапароскопии в дифференциальной диагностике острых хирургических заболеваний позволяет точно установить диагноз, а во многих случаях избежать ненужной лапаротомии [20, 33]. По мнению Chen K.J. (2007), видеолапароскопия стала полезным диагностическим средством при оценке травмы живота, так как от 16% до 50% случаев диагностическая лапаротомия оказывалась неоправданной [268]. В то же время вопрос о целесообразности применения эндовидеохирургии при травмах живота по-прежнему остаётся дискуссионным [20, 27, 32].

В последние годы появились сообщения о применении эндохирургической технологии в лечении эхинококкоза печени. Однако на сегодняшний день не определены четкие критерии к показанию, тактике, технике, и отдаленных результатов лапароскопической эхинококкэктомии из печени [7, 21, 26, 43, 118, 260, 279, 340].

Анализ современной литературы свидетельствует о том, что при эндохирургических операциях не исключены осложнения, характерные для операций широким лапаротомным доступом, а также принципиально новые осложнения, связанные с использованием эндохирургической технологии. В связи с этим необходимо проведение исследований, направленных на изучение частоты и причин видеоэндохирургических осложнений и разработку путей их профилактики и тактики лечения [202, 217, 220].

Несмотря на убедительные преимущества лапароскопической технологии перед традиционными хирургическими вмешательствами, существует ряд нерешенных вопросов тактического использования эндовидеохирургии, особенно в неотложной хирургии, что обусловлено сложностью организации работы, дороговизной используемого эндовидеооборудования и недостаточным финансированием.

В Республике Таджикистан внедрение новых медицинских технологий в условиях перехода к рыночным отношениям сопровождается определенными трудностями. Из-за нечеткой организации труда дорогостоящая медицинская техника используется нерационально и неэффективно. При этом нередко неоправданно расширяются показания к хирургическим операциям, что чревато увеличением частоты осложнений и затрат на лечение.

Единичность научных исследований по вышеуказанным аспектам в Республике Таджикистан, необходимость совершенствования эндохирургии в новых экономических условиях, а также научное обоснование медико-социальных аспектов видеолапароскопических вмешательств требуют

проведения более глубоких изысканий в данном направлении. Это определило выбор темы нашего исследования.

В основу настоящего диссертационного исследования положены результаты обследования и хирургического лечения 4688 больных с заболеваниями органов брюшной полости и малого таза в хирургическом и гинекологическом отделениях Областной клинической больницы им. Б. Вахидова г. Бохтар Хатлонской области, отделении эндохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и частного Хатлонского медицинского центра г. Бохтар Хатлонской области за период с 1997 по 2017 годы.

Основную группу (3482) составили пациенты, которым были выполнены видеоэндохирургические операции, в том числе: лапароскопическая холецистэктомия - у 1462; на органах малого таза - у 1300; лапароскопическая аппендэктомия – у 521; эхинококкэктомия из печени - у 96; при травме живота - у 103.

Контрольную группу составили 1206 больных, оперированных традиционным способом: холецистэктомия (310); патологии органов малого таза (257); аппендэктомия (428); эхинококкэктомия (110) и лапаротомия по поводу травмы живота (101).

Из общего количества больных основной группы городские жители составили 933 (26,8%), сельские жители - 2549 (73,2%). Возраст обследованных варьировался от 15 до 81 лет.

Среди общего количества больных, оперированных эндовидеохирургическим способом, мужчин было 386 (11,1%), женщин - 3096 (88,9%). Подавляющее большинство составили больные в возрасте от 25 до 54 лет (64,4%).

Контрольная группа больных, оперированных традиционным способом, также была представлена в основном женщинами - 871 (72,2%). Большинство

пациентов (75,6%) были в возрасте до 44 лет. Среди женщин с патологией органов малого таза подавляющее большинство (85,9%) были в возрасте до 44 лет, то есть лица трудоспособного возраста.

Из общего числа больных с сопутствующими патологиями были выявлены: в основной группе - 39,6%; в контрольной - 32,4%. В обеих группах в основном преобладали больные с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и ожирением II-III степени, что требовало проведения у них тщательной предоперационной подготовки.

Основным критерием выполнения видеоэндохирургических операций при патологии органов брюшной полости и малого таза явилась возможность использования лапароскопического портала, включая общее состояние пациентов, позволяющее наложить карбоксиперитонеум. С целью профилактики развития интра- и послеоперационных осложнений при лапароскопических операциях нами во всех случаях проводился строгий отбор пациентов, особенно среди пожилых больных с различными сопутствующими заболеваниями, что согласуется с данными литературы [2, 67, 120, 124, 224].

Видеоэндоскопические операции выполнялись с применением видеоэндоскопической стойки и инструментов фирм Richard Wolf, Karl Shtorz (Германия) и научно-производственной фирмы «МФС» (Россия).

Все оперативные вмешательства были выполнены под общим обезболиванием с интубацией трахеи и искусственной вентиляцией легких.

Анализ некоторых социально-гигиенических характеристик исследуемых больных ($n=1772$), которым была проведена холецистэктомия традиционным и лапароскопическим методом, показал, что холецистэктомия с применением лапароскопических технологий была выполнена 1462 пациентам. Из их числа подавляющее большинство составляли лица женского пола - 94,3%. Средний возраст женщин, перенесших ЛХЭ, составил $48,1 \pm 0,30$ лет, мужчин - $53,5 \pm 1,62$ года. Необходимо отметить, что основная доля пациентов явились домохозяйками (53,2%) и временно безработными (24,7%).

Исследование показало, что большинство женщин как основной (74,8%), так и контрольной (78,7%) групп явились жителями сельской местности, а также подавляющее большинство из них (92,4% в основной и 92,9% в контрольной группе) находились в гражданском браке.

Среди женщин с ЖКБ 76,9% имели в анамнезе 5 и более беременностей, что согласуется с данными Х.Х. Мансурова, который отмечает, что одним из основных факторов риска развития холелитиаза являются гормональные изменения, происходящие при беременности [87].

Наиболее значимыми из показателей нормальной жизнедеятельности считаются показатели уровня жизни и проживания населения в благоприятных материально-бытовых условиях, которые у 76,4% пациентов основной и 67,6% контрольной групп явились удовлетворительными.

Проведенный нами подробный анализ социально-гигиенических показателей пациентов с холелитиазом позволяет прийти к такому заключению, что желчекаменной болезнью чаще страдали сельские женщины активного трудоспособного возраста, которые, являясь домохозяйками или временно безработными, имели активную репродуктивную деятельность с более чем 3 родами в анамнезе. Низкий уровень образования среди пациентов обеих групп и особенности их образа жизни способствовали нарушениям питания с частым употреблением высококалорийных продуктов и пищи и созданием тем самым реальной почвы для повышения литогенности желчи и развития желчекаменной болезни. Важными факторами, способствующими повышению камнеобразования в желчном пузыре, являлись избыточная масса тела и гиподинамия, что согласуется с данными других авторов [125, 186, 195].

Из общего количества обследованных с заболеваниями органов брюшной полости удельный вес оперированных по поводу острого аппендицита составил 21,4%. Из них лапароскопически оперированы 521(54,9%), а традиционным способом - 428 (45,1%) больных.

Данная группа также была представлена жителями сельской местности, в основном женского пола, трудоспособного возраста, временно не работающими и домохозяйками.

По поводу эхинококкоза печени проведено обследование и оперативное лечение 206 пациентов. Из этого количества 96 (46,6%) оперированы лапароскопически и 110 (53,4%) - традиционным способом.

Данная группа была представлена жителями сельской местности преимущественно женского пола, трудоспособного возраста, из числа временно не работающих и домохозяек, основной сферой деятельности которых было ведение домашнего хозяйства, включая, в частности, уход за скотиной и земляные работы.

Социально-гигиенический анализ 1557 пациентов, оперированных по поводу различных заболеваний органов малого таза, в том числе лапароскопическим (83,5 %) и традиционным способом (16,5 %), показал, что среди них преобладали женщины в возрасте до 44 лет (84%). Из их числа большинство составили больные в возрасте от 20 до 34 лет (50,2%). Об аналогичной частоте женщин молодого возраста, которым применялась видеолапароскопия, сообщается в других исследованиях [3, 141, 232,].

Среди обследованных основной группы преобладали домохозяйки (61,3%) и рабочие (23,3%).

В обеих группах преобладающее число составляли нерожавшие женщины, особенно в контрольной группе, удельный вес которых превышал аналогичный показатель основной почти в 1,4 раза.

Среди оперированных лапароскопическим способом преобладали больные с кистой яичника, в то время как среди подвергшихся традиционным способам операции преобладали с внематочной беременностью.

Также следует отметить, что хирургические вмешательства по поводу непроходимости маточных труб, дермоидной кисты, стерилизации маточных труб среди обследованных осуществлялись лапароскопическим способом, что

свидетельствует о тенденции среди акушеров-гинекологов и хирургов к выбору эндохирургической технологии.

Анализ интраоперационных осложнений, развившихся в ходе лапароскопических холецистэктомий, показал, что распространенным осложнением было кровотечение из пузырной артерии и ложа пузыря, которое наступило у 40 (2,73%) больных. Из их числа в 24 (60%) случаях кровотечение было остановлено путем диатермокоагуляции и клипирования сосуда. В 40% случаев из-за неэффективности эндоскопического гемостаза возникла необходимость перехода на лапаротомию с последующей остановкой кровотечения. По данным зарубежных авторов, располагающих большим количеством клинических наблюдений, частота кровотечений во время ЛХЭ составила 0,4-0,75% [271, 297, 352].

Наиболее грозным осложнением ЛХЭ считается травма холедоха, которая, по данным литературы, составляет 0,32-0,59% [151, 179, 282, 347]. Среди оперированных нами больных (1378) травма холедоха наблюдалась у 4 пациентов (0,27%), потребовавшая во всех случаях перехода к лапаротомии, где была установлена её причина: в трёх случаях - механическое повреждение клипсами; в одном - вследствие диатермокоагуляции. У всех больных восстановление холедоха проведено путем его ушивания на Т-образном дренаже.

Удельный вес конверсии составил 5,7% (83 случая). Ведущими причинами перехода на лапаротомию у данного контингента больных были наличие плотного воспалительного инфильтрата в области шейки желчного пузыря у 24 (28,9%) пациентов, обширный спаечный процесс в брюшной полости - у 17 (20,5%) и кровотечение из пузырной артерии и ложа желчного пузыря - у 16 (19,3%) больных. Механическое повреждение холедоха послужило причиной конверсии у 4 больных (4,8%). Среди других причин конверсии значимое место занимали технические трудности (8), холедохолитиаз (7) и пузырнохоледохеальный свищ (5). По данным ряда

авторов, при хроническом калькулёзном холецистите частота конверсии не превышает 4%, однако при ОХ достигает 13-14% [204, 302, 319].

Проведенный нами сравнительный анализ послеоперационных осложнений выявил существенные преимущества применения видеоэндохирургической технологии перед традиционным способом холецистэктомии, что соответствует данным большинства авторов [13, 75, 172, 186, 192, 200, 233, 332, 337].

У 59 (84,3%) больных основной группы с послеоперационными осложнениями потребовались повторные операции, из числа которых 14 (23,7%) были выполнены лапароскопическим путем.

В контрольной группе больных (310) после традиционной холецистэктомии в раннем послеоперационном периоде осложнения отмечены у 38 (12,21%), по поводу которых у 15 пациентов (4,8%) понадобилась релапаротомия с устранением источников кровотечения, желчеистечения, вскрытие поддиафрагмального абсцесса.

Причинами смерти после ЛХЭ нередко являются осложнения в виде сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний. При этом важным фактором риска является негативное влияние напряженного КП на гемодинамику [58]. В связи с этим нами негативное влияние КП на показатели центральной гемодинамики при проведении ЛХЭ изучалось путем определения некоторых показателей ЦГ при помощи эхокардиографии непосредственно при выполнении операции. Исследование центральной гемодинамики проводили при давлении CO_2 в брюшной полости 9-14 мм рт. ст. в зависимости от выявленных типов кровообращения.

Результаты исследования показали, что наиболее выраженные изменения во время КП отмечаются при гиподинамическом типе кровообращения у пациентов, имеющих различные сердечно-сосудистые патологии. Напряженный КП при проведении ЛХЭ привел к развитию синдрома абдоминальной гипертензии, которая, в свою очередь, способствовала

уменьшению венозного возврата крови, сердечного и ударного индексов, фракции выброса левого желудочка и повышению общего периферического сопротивления. В связи с этим можно сделать вывод, что ЛХЭ у пациентов с гипер- и гиподинамическим типами кровообращения должно проводиться после целенаправленной предоперационной подготовки в условиях щадящего режима карбоксиперитонеума и контроля центральной гемодинамики.

Среди оперированных нами больных после 1462 ЛХЭ летальный исход был зафиксирован в трех случаях (0,21%): от острого инфаркта миокарда, тромбоэмболии легочной артерии, печеночно-почечной недостаточности. Частота летальных исходов после ТХЭ (0,65%) была достоверно выше по сравнению с основной группой ($p < 0,001$). Об аналогичных результатах летальности после ЛХЭ и ТХЭ сообщают большинство авторов [126, 179, 202, 220, 226, 242, 247].

У больных с острым калькулёзным холециститом на фоне острого воспаления желчного пузыря отмечается выраженная интоксикация организма и окислительный стресс [105, 144]. В этом направлении нами также были изучены показатели АОС, СМ и ПОЛ в сыворотке крови 30 пациентов с острым каменным холециститом, возраст которых варьировал от 42 до 72 лет. Наши исследования показали, что приступ ОХ сопровождается специфическими клинико-лабораторными проявлениями, отражающими состояние окислительного стресса. На высоте болевого приступа ОХ отмечается интенсификация перекисного окисления липидов (ПОЛ), проявляющаяся нарастанием конечного продукта распада малонового диальдегида ($1,81 \pm 0,03$ мкмоль/л), глубокими изменениями антиоксидантной системы в виде значимого снижения супероксиддисмутазы ($8,93 \pm 0,28$ усл./ед.) и аскорбиновой кислоты ($0,86 \pm 0,02$ мг%). Необходимо отметить, что такие изменения были обусловлены выраженной эндотоксемией, свидетельством чего является высокая концентрация показателей средних молекул ($0,68 \pm 0,02$ ед./л). Следовательно, интенсификация перекисного окисления липидов способствует

развитию эндогенной интоксикации. Снижение показателей антиоксидантного статуса отражает тяжесть окислительного стресса. Тяжелое общее состояние больных, эндотоксемия и нарушение различных параметров гомеостаза больных могут быть обусловлены выраженным окислительным стрессом. В связи с этим при проведении предоперационной подготовки у пациентов с острым калькулёзным холециститом необходимо корректировать изменения антиоксидантной системы путем внутривенного введения аскорбиновой кислоты, считающегося патогенетически обоснованной терапией.

Анализ структуры патологии червеобразного отростка у больных, подвергшихся аппендэктомии лапароскопическим и традиционным способами, показал, что в обеих группах преобладали больные с флегмонозной и гангренозной формами заболевания, удельный вес которых существенно не различался и составил в основной группе 96,2%, а в контрольной - 90,2%. Различия в сравниваемых группах мы наблюдали среди больных с катаральным воспалением червеобразного отростка, их относительное число среди оперированных традиционным способом было достоверно больше ($p < 0,001$). Это различие объясняется тем, что на этапе установления диагноза среди больных, оперированных открытым методом, наблюдается больший процент гипердиагностики, что согласуется с данными других авторов [161, 232, 280].

Подчеркивая преимущества ЭВХ технологии перед традиционными способами оперативного доступа, в обязательном порядке подразумевают возможность осуществления диагностических процедур. Исходя из этого, нами была использована лапароскопия в случаях затруднения при установлении основной причины развившейся клиники острого живота, включая подозрение на острый аппендицит. По данным нашего исследования, применение лапароскопии позволило в 94 случаях исключить диагноз острого аппендицита у больных, поступивших с клиникой острого живота. Среди причин, симулирующих картину острого аппендицита, наиболее распространенными были гинекологические заболевания (61,7%), патология толстого кишечника

(18,2%) и мочекаменная болезнь (12,8%). Это позволило предотвратить проведение напрасной аппендэктомии и осуществить необходимое и целенаправленное успешное профильное лечение в каждом конкретном случае. Ряд авторов являются сторонниками аналогичной тактики [161, 232, 280].

Частота послеоперационных осложнений после традиционной аппендэктомии различается более чем в 4 раза по сравнению с основной группой. При этом особое различие мы получили по таким осложнениям, как абсцесс брюшной полости (в 7,4 раза) и нагноение раны (в 3,4 раза).

Одним из весомых критериев эффективности проведенного лечения является время пребывания на больничной койке. По нашим данным, средняя продолжительность госпитализации после лапароскопической аппендэктомии составляла 2,5 койко-дня. У больных, которым была проведена конверсия (4,79%), средняя продолжительность госпитализации составляла 9,6 дня. Средняя продолжительность госпитализации после открытой аппендэктомии составляла 5,7 дня. Суммарные затраты при проведении открытой аппендэктомии в 1,7 раза превышают расходы при лапароскопии. В то же время необходимо отметить, что средняя стоимость пребывания больного, оперированного лапароскопически, на 44,13 сомони превышает стоимость традиционной аппендэктомии. Однако за счет разницы в длительности пребывания общие расходы на лечение в основной группе сокращаются. Эффективность лечения достигалась за счет уменьшения удельного веса ранних осложнений путем своевременной диагностики и их последующего устранения, позволявших избежать проведения широкой лапаротомии и, соответственно, перевода в реанимационное отделение.

В последние годы появились сообщения о применении эндохирургической технологии в лечении эхинококкоза печени. Однако до сегодняшнего дня не имеется единого мнения о показаниях, тактике, технике и отдаленных результатах лапароскопической эхинококкэктомии из печени [26, 170, 260].

Нами изучены результаты оперативного лечения 206 больных с эхинококкозом печени. Из этого числа 96 (46,6%) пациентов были оперированы с применением видеолапароскопической технологии и 110 (53,4%) - традиционным способом. Для осуществления открытой эхинококкэктомии в 87 случаев были использованы верхнесрединный и в 23 наблюдениях - правый подреберный доступы. При этом эхинококкэктомия из печени с капитонажем остаточной полости по Дельбе выполнена у 73 (66,4%), эхинококкэктомия с оментопластикой остаточной полости - у 24 (21,8%), атипичная резекция печени - у 4 (3,6%), эхинококкэктомия с ушиванием желчных свищей и дренированием остаточной полости - у 9 (8,2%) пациентов. Средняя продолжительность лапароскопической эхинококкэктомии составила $78,4 \pm 3,6$ мин., открытой - $101,5 \pm 4,1$ мин.

Длительность стационарного лечения больных основной группы была от 5 до 8 суток и в среднем составила $6,0 \pm 0,7$ дней. При традиционной эхинококкэктомии пребывание больного в стационаре составило 10-19 дней (в среднем $12,1 \pm 0,8$ дней). При проведении открытой эхинококкэктомии было затрачено 1542,21 сомони, что в 2,04 раза выше аналогичных расходов, сделанных при лапароскопической эхинококкэктомии. Необходимо отметить, что наибольшая разница стоимости одного койко-дня (в 1,54 раза) отмечена именно при хирургическом лечении эхинококкоза печени. Также было выявлено значимое различие (3,2 раза) в длительности лечения этих пациентов.

Наши исследования доказывают, что применение видеоэндохирургических технологий в лечении неосложненного эхинококкоза печени имеет самую высокую эффективность, позволяя снизить частоту различных послеоперационных осложнений до двух раз. При этом основными критериями для его выполнения являются размеры, количество и локализация эхинококковых кист, а также опыт оперирующего хирурга и наличие видеоэндохирургических технологий и инструментариев при соблюдении принципов отбора пациентов, выбора специализированной хирургической

техники, а также соблюдении всех принципов антипаразитарной обработки остаточной полости. Лапароскопическая эхинококкэктомия является залогом успешного лечения пациентов и средством повышения их качества жизни и минимизации материальных затрат на лечение.

В последние годы наблюдается явная тенденция к увеличению числа закрытых травм живота, которые составляют среди всех повреждений 2-4%, а летальность от них -20-38%. При этом вопрос о целесообразности применения высокотехнологичного и дорогостоящего метода - ЭВХ -при травмах живота по-прежнему остаётся дискуссионным [157, 206, 308]. Анализ результатов видеолапароскопии при тупой травме органов брюшной полости, структура повреждений и сроки госпитализации 204 обследованных больных показали, что среди повреждений преобладали травмы печени (39,7%) и селезенки (32,8%), а повреждения тонкого и толстого кишечника составили 17,1%. Подавляющее большинство больных с тупой травмой живота (80,5%) поступили в сроки до 3 часов с момента получения травмы, а в сроки до 6 часов - 92,7% пациентов. Запоздавшая госпитализация (свыше 6 часов) отмечена у 7,3% больных, что негативно повлияло на течение травмы и способствовало развитию осложнений.

Среди причин травм живота наиболее распространенными являлись дорожно-транспортные происшествия (64,2%). Второе ранговое место занимали падения с высоты, удельный вес которых составил 22,6%. Сдавление было причиной травмы живота у 27 пациентов (13,2%).

Среди обследованных нами больных у 74 (36,3%) наблюдались сочетанные травмы, которые отягощали течение заболевания и способствовали ухудшению состояния пациентов: повреждения трубчатых костей - у 22 (10,8%); черепно - мозговая травма – у 21 (10,3%); травма груди - у 26 (12,7%) и повреждения позвоночника – у 5 (2,5%). Свидетельством тяжести полученной травмы являлся шок различной степени тяжести. Удельный вес больных,

поступивших в шоковом состоянии, составил 57,3% (с 1 степенью - 13,2%, со 2 степенью - 24,0%, с 3 степенью - 20,1%).

Среди обследованных нами пациентов с травмой живота в 103 случаях была применена видеолапароскопия в диагностических и лечебных целях. Остальные (101) пациенты с явными признаками повреждения внутренних органов (перитонит, массивное внутрибрюшное кровотечение) подвергались неотложной лапаротомии.

В основной группе у 40,8% была осуществлена лечебная лапароскопия, при которой в 15,5% случаев была выполнена термокоагуляция печени и в 13,6% наблюдений-эвакуация крови из брюшной полости с её дренированием. Обоснованием для последнего явились поверхностное повреждение печени и связок, остановившееся кровотечение (объёмом до 300-400 мл), стабильная гемодинамика и отсутствие симптомов перитонита. В 23 (22,3%) наблюдениях из-за большого объема крови в свободной брюшной полости, повреждения кишечника и мутного экссудата и наложения фибрина на брюшине была выполнена конверсия.

Следует особо подчеркнуть, что в 38 наблюдениях (18,6%) при диагностической лапароскопии повреждений паренхиматозных и полых органов не было обнаружено, что позволило избежать напрасной лапаротомии и завершить лапароскопию с установлением силиконовой трубки в малый таз. Это согласуется с данными литературы [117, 157, 206, 237, 349].

В контрольной группе преобладало ушивание глубоких ран печени (41), спленэктомия и ушивание повреждений кишечника общепринятыми методами через лапаротомный доступ.

Умерло после операций всего 8 пациентов, из них в основной группе - 1 и в контрольной - 7. Смерть зафиксирована от разлитого перитонита, полиорганной недостаточности, острой сердечной недостаточности. Из них у большинства (5) имелась политравма и шок 3 степени.

Таким образом, внедрение ургентной видеолапароскопии позволяет избегать напрасной лапаротомии у 18,6% пострадавших с травмой живота, что имеет исключительно важное значение у пациентов с тяжелой сочетанной травмой.

Диагностическая видеолапароскопия в 22,3% случаев за короткое время позволяет установить топический диагноз и наметить оптимальный план последующего оперативного вмешательства путем лапаротомии.

Лечебную лапароскопию удалось выполнить в 40,8% случаев, тем самым удалось снизить риск оперативного вмешательства и улучшить результаты лечения.

Большинство авторов отмечают существенные преимущества лапароскопии в лечении гинекологических заболеваний, заключающиеся в малой травматизации, хорошем косметическом эффекте, уменьшении сроков госпитализации и более быстрой реабилитации [1, 4, 15, 22, 45, 108]. Длительность пребывания больных, оперированных как по поводу кисты яичника, так и по поводу внематочной беременности, одинакова. Также особо не различается и стоимость одного койко-дня с некоторым преимуществом у оперированных лапароскопически. Однако стоимость одной операции у оперированных традиционным способом выше в группе больных, оперированных открытым доступом. Различие в стоимости между группами при внематочной беременности составило 1,6 раза, а при кисте яичника - 1,46 раза. Анализ интраоперационных осложнений показал, что частота кровотечений чаще наблюдалась в контрольной группе. Также наиболее распространенными осложнениями были нагноение раны и послеоперационные грыжи, что, соответственно, приводило к увеличению сроков пребывания в стационаре. Преимуществом эндоскопического метода лечения, помимо малой травматичности и хорошего косметического эффекта, была возможность использования его в условиях дневного стационара, поскольку методика позволяла избегать послеоперационного пареза кишечника, нагноения

операционной раны, развития спаечного процесса и вентральных послеоперационных грыж в отдаленные сроки. Наши данные согласуются с данными других авторов [64, 123, 200, 203].

Сравнительный анализ структуры обследованных больных с гинекологическими заболеваниями показал, что у пациентов, оперированных в плановом порядке, чаще всего имели место различные патологии яичника, которые составили 33,4% и 33,5% среди всех гинекологических патологий. Второе значимое место занимала непроходимость маточных труб (16%), по поводу которой были оперированы больные только лапароскопическим способом. У экстренных больных основной патологией, по поводу которой производилось оперативное вмешательство, была внематочная беременность.

Анализ вида оперативных вмешательств у 1557 обследованных женщин показал, что у подавляющего большинства (83,5%) операции были выполнены с применением лапароскопической технологии, что соответствует литературным данным [133, 200, 203].

Анализ интраоперационных осложнений показал, что частота кровотечений была незначительно выше у больных контрольной группы (3,9%), по сравнению с основной (2,3%). С освоением методики и увеличением количества проводимых операций мы отмечаем уменьшение частоты кровотечения при ЭВХ генитальных органов до 0,8%.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что экономически более оправдано применение эндовидеохирургической технологии в оперативном лечении хронического холецистита, аппендицита, эхинококкоза печени и заболеваний органов малого таза (киста яичника, внематочная беременность). Целесообразность использования подтверждалась не только суммарными затратами на лечение, но и временем пребывания на койке, что было обусловлено малой травматичностью и хорошим косметическим эффектом, своевременной точной диагностикой, низким удельным весом интра- и послеоперационных осложнений, включая

необоснованные лапаротомии. Вышеуказанное в современных условиях лимитирования финансовых ресурсов, увеличения потока малообеспеченных и, соответственно, недообследованных больных, в частности неотложных, способствует обеспечению качественной хирургической помощи, оказываемой населению, как на амбулаторном, так и на стационарном этапах.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИССЕРТАЦИИ

1. Социально-гигиенический анализ показал, что обследованные больные с заболеваниями органов брюшной полости и малого таза в основном были представлены жителями сельской местности, женского пола, из числа домохозяек (за исключением больных с травмой живота), трудоспособного возраста, с низким уровнем образования, временно не работающих ввиду высокого уровня их детности (за исключением гинекологических больных). Выявлена зависимость выбора способа хирургического лечения от степени информированности населения о преимуществах видеолaparоскопии и наличия соответствующего оборудования и подготовленного специалиста в лечебном учреждении [6-А, 7-А, 11-А, 22-А, 23-А].

2. Среди основных причин развития осложнений при видеолaparоскопических вмешательствах отмечены: необоснованное расширение показаний к операции, допускаемые хирургом тактические ошибки и технические погрешности, которые предотвратимы в случае соблюдения принципов отбора пациентов и повышения уровня квалификации оперирующего специалиста [14-А, 16-А, 27-А, 28-А].

3. Социально-экономическая эффективность применения эндовидеохирургической технологии в оперативном лечении хронического холецистита, острого аппендицита, эхинококкоза печени и заболеваний органов малого таза подтверждается уменьшением времени пребывания на койке, частоты интра- и послеоперационных осложнений и, соответственно, суммарных затрат на лечение, что в современных условиях лимитирования финансовых ресурсов, увеличения потока больных, в частности неотложных, способствует обеспечению качественной и доступной хирургической помощи населению [5-А, 10-А, 24-А, 39-А, 40-А].

4. Применение видеолапароскопии в экстренной хирургии органов брюшной полости и малого таза способствует своевременной установке точного диагноза и завершению операции эндохирургическим способом без напрасной лапаротомии, что существенно улучшает результаты лечения [3-А, 8-А, 9-А, 29-А, 31-А].

5. Используемая методика экономического расчета стоимости лечения больных в зависимости от способа оперативного вмешательства является высокоинформативной при оценке деятельности хирургического стационара и позволяет экономически обосновать целесообразность применения эндовидеохирургической технологии на современном этапе [12-А, 13-А, 17-А, 35-А, 41-А].

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ

1. В целях улучшения качества оказания хирургической помощи целесообразно оснащение многопрофильных областных, городских и центральных районных больниц, вне зависимости от форм собственности и ведомственной принадлежности, видеоэндоскопическим оборудованием с организацией дежурных профильных бригад для обеспечения плановой и экстренной видеоэндохирургической помощи населению.

2. Для обеспечения рационального использования лапароскопической технологии необходима централизация пациентов, нуждающихся в видеоэндохирургической помощи.

3. У больных с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем с гиподинамическим типом кровообращения лапароскопическую операцию следует проводить в условиях мониторинга, инотропной поддержки гемодинамики и щадящего режима карбоксиперитонеума в пределах 8-9 мм рт.ст.

4. Возможность успешного выполнения видеолaparоскопических вмешательств следует решать после завершения диагностического этапа лапароскопии с учетом степени операционного риска.

5. В целях эффективного проведения профилактики диссеминации и рецидива эхинококкоза печени необходимы строгое соблюдение современных методов антипаразитарной обработки и проведение курса химиотерапии.

6. В целях достижения социального равенства между различными слоями населения и увеличения доступа к медицинским услугам, особенно малообеспеченных, в частностик видеоэндохирургической помощи, необходимо принятие соответствующих нормативно-правовых документов или внесение поправок к действующим законодательным актам, касающимся вопросов государственно-частного партнерства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

Список использованных источников

1. Абоян, И.А. Социально-экономическая эффективность симультанных операций у женщин репродуктивного возраста / И.А. Абоян, М.Е. Абоян // Практическая медицина. КГМА: науч.-практ. мед. журн. - 2013. - С. 92-96.
2. Аббасова, С.Ф. Лапароскопическая холецистэктомия у больных старших возрастных групп/ С.Ф. Аббасова // Хирургия.-2015.-№9.-С.83-86.
3. Абдуллоев, Д.А. Развитие службы скорой медицинской помощи за годы независимости Республики Таджикистан/ Д.А. Абдуллоев // Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе, 2016.- №2.- С.70-73.
4. Адамян, Л.В. Гинекологическая патология у детей подростков как причина абдоминального синдрома. Ошибки диагностики и лечения / Л.В. Адамян, Т.М. Глыбина, Е.В. Сибирская // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – 2010. - №1. – С. 79-88.
5. Александров, В.Б. Лапароскопические технологии в колоректальной хирургии. / В.Б. Александров.- М.: Медпрактика, 2013. -188 с.
6. Алиев, М.А. Лечение непаразитарных кист печени лапароскопическим способом / М.А. Алиев, Б.Б. Баймаханов, Б.А. Наржанов // Сб. тез. 11-го Московского Международного конгресса по эндоскопической хирургии. - М., 2007. - С.7-8.
7. Алиев, М.А. Видеолапароскопическая эхинококкэктомия из печени/ М.А. Алиев, Б.Б. Баймаханов, М.Е. Рамазанов // Сб. тез. Международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 2011. - С.10-11.
8. Анализ интраоперационных осложнений при лапароскопической аппендэктомии у детей / В.А. Капустин [и др.] // Международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2009.- С. 147-148.

9. Анализ результатов лапароскопических аппендэктомий / В.П. Сажин [и др.] // Российский медицинский журнал. - 2010. - № 5. - С.16.
10. Анализ непосредственных результатов трудной лапароскопической холецистэктомии/ Махмадов Ф.И [и др.] // Здоровоохранение Таджикистана. - Душанбе, 2014. - №4. - С. 32-39.
11. Андреев, А.Л. Профилактика осложнений при лапароскопической аппендэктомии / А.Л. Андреев, А.В. Проценко, А.В. Теобин // XIV Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2010. - С.16-17.
12. Андреев, А.Л. Эндовидеохирургия холедохолитиаза/ А.Л. Андреев, А.В. Проценко, А.В. Глобин // Тезисы XIII Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. - М., 2009.- С.16-18.
13. Артемьева, Н.Н. Лечение ятрогенных повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии/ Н.Н. Артемьева, Н.Ю. Коханенко // Хирургия. - М., 2017 - № 12.- С.18-25.
14. Байдо, С.В. Качество жизни больных после открытых и лапароскопических операций / С.В. Байдо // Эндоскопическая хирургия: Прил. к журн.: Тез.докл. съезда по эндоскопической хирургии. - М., 2003.- №1.- С.16-17.
15. Байрамов, Н.Ю. Эндовидеохирургия в диагностике и лечении сочетанной гинекологической и абдоминальной патологии/ Н.Ю. Байрамов, А.С. Гадирова // Здоровоохранение Республики Беларусь. Научно-практический журнал. - 2010.-№1.-С.54-58.
16. Бебуришвили, А.Г. Технологическая классификация миниинвазивных операций/ А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, П.А Пироженко // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2009. - № 7. - С. 29-36.
17. Бебуришвили, А.Г. и др. Завершающий этап лапароскопической холецистэктомии при перивезикальных осложнениях гангренозного холецистита/ А.Г. Бебуришвили // Эндоскопическая хирургия. - 2010.- №6.-С.7-11.

18. Болтуев, К.Х. Видеолапароскопическое лечение острого аппендицита, осложненного перитонитом/ К.Х. Болтуев, Н.Д. Мухиддинов // Здравоохранение Таджикистана. - 2013.- №4.- С.26-30.

19. Бондарев, Р.В. Лапароскопическая аппендэктомия у пациентов, перенесших аппендикулярный инфильтрат / Р.В. Бондарев, В.И. Бондарев // XIII Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: сб. тезисов. - М., 2009. - С. 50-52.

20. Борисов, А.Е. Использование эндовидеохирургии в диагностике и лечении проникающих ранений живота / А.Е. Борисов // Материалы международного хирургического конгресса “Новые технологии в хирургии”. – Ростов-на-Дону, 2005.- С.11-12.

21. Бужор, П.В. Лапароскопическое лечение неосложненных эхинококковых кист печени / П.В Бужор, К.А. Цыбырне, Л.Г. Андон // XIII Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. - 2009. – С. 59-60.

22. Вартанова, Д.М. Анализ частоты специфических осложнений эндовидеохирургических вмешательств в гинекологии / Д.М. Вартанова, И.В. Широков, Ю.К. Коростелев // Журнал акушерства и женских болезней: науч.- практ. журн. - СПб., 2016.- Т. 65.-№6. -С. 96-99.

23. Василев, В.В. Варианты хирургического лечения острого холецистита у больных с высоким операционным риском / В.В. Василев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2007. - Т.166.-№2.- С.31-34.

24. Вахидов, А.В. Анестезиологическое обеспечение лапароскопических операций / А.В. Вахидов, А.С. Юлдашев // Материалы республиканской научно-практической конференции с международным участием: “Роль современной медицинской технологии в улучшении качества жизни пациента”. - Турсунзаде, 2007. - С. 23-24.

25. Величко, Е.А. Безгазовая лапароскопия в лечении пациентов с острым деструктивным холециститом и повышенным анестезиолого-

операционным риском / Е.А. Величко, Ю.А. Некрасов, А.В. Сергеев // Клиническая геронтология. – 2015. - №11-12. - С. 7-14.

26. Видеолапароскопия эхинококкоза печени / Гульмурадов Т.Г [и др.] // Вестник Авиценны: Материалы республиканской научно-практической конференции хирургов «Современные технологии в хирургии». – Душанбе, 2009.- №3.- С.141-142.

27. Видеолапароскопия при сочетанной травме живота / А.М. Хаджибаев [и др.] // Журн. Верстка.- 2009. - № 3. - С.18-20.

28. Видеолапароскопия при остром аппендиците /Г.В. Пахомова [и др.] // Сб. науч. тр. Международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 2009.- С.227-229.

29. Винокуров, М.М. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите / М.М. Винокуров, А.П. Петров, В.В. Игнатьев // XIII Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: сб. тезисов. - М., 2009.- С.66-67.

30. Власов, В.В. Доказательная медицина: Оценка эффективности диагностических вмешательств / В.В. Власов, О.Ю. Реброва // Эндоскопическая хирургия.- 2010.- №4.-С. 50-60.

31. Власова, И.А. К вопросу об экономическом анализе эффективности медицинских технологий / И.А. Власова // Сиб. мед.журн.- 2010.- №6.-С. 276-279.

32. Возможности видеолапароскопической диагностики и лечение изолированных и сочетанных повреждений печени / Ф.Н. Назаров [и др.] // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения Душанбе, 2014.-№2.- С. 47-50.

33. Возможности эндовидеохирургического метода лечения острого аппендицита и его осложнений /А.П.Уханов [и др.] //XIII Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии.- М., 2009.- С.310-313.

34. Воробьев, П.А. Моделирование в клинико-экономическом анализе/ П.А. Воробьев // Проблемы стандартизации в здравоохранении.-2005.- №4.- С.3-11.
35. Воронов, А.В. Организация работы подразделений эндоскопической хирургии в многопрофильной клинической больнице / А.В. Воронов // Стратегия реформирования регионального здравоохранения: материалы ежегодной Рос.науч.-практ. конф: «Реформа здравоохранения на региональном уровне». - М., 2000.- С.345-346.
36. Выбор метода мобилизации червеобразного отростка и обработки культи при лапароскопической аппендэктомии у больных с острым аппендицитом /А.В. Сажин [и др.] // Сб. тезисов XIII Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии.- М., 2009.- С.263-264.
37. Галлингер, Ю.И. Интраоперационные осложнения лапароскопической холецистэктомии / Ю.И. Галлингер, В.И. Карпенкова, М.А. Амелина // XI Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: сб. тезисов. – М., 2007.-С.107-108.
38. Гальперин, Э.И. Руководство по хирургии желчных путей / Э.И. Гальперин, П.С. Ветшев. - М.: ВИДАР, 2009.-456с.
39. Гальперин, Э.И. Повреждения желчных протоков / Э.И. Гальперин // 50 лекций по хирургии: учебник/ под ред. В.С. Савельева. - М.:Изд-во «Триада – Х», 2006.- С.422-436.
40. Глянцев, С.П. Периоды развития лапароскопической хирургии в России / С.П. Глянцев, В.Е. Оловянный // Пленум правления Российского общества эндоскопических хирургов. - Барнаул, 2006. - С.36-37.
41. Годельшин, Э.С. Практический опыт применения лапароскопии в диагностике и лечении ферментативного перитонита / Э.С. Годельшин, Р.Б. Султангужин // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2013. - Т 3.- № 1. – С. 111-116.

42. Годжелло, Э.А. Двадцать лет отделению эндоскопической хирургии РНЦХ РАМН / Э.А. Годжелло // 10-й юбилейный Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. – М., 2006. – С. 3-6.

43. Гульмурадов, Т.Г. Минимально-инвазивное хирургическое лечение эхинококкоза печени / Т.Г. Гульмурадов [и др.] // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – Душанбе, 2016.-№4.- С. 26-32.

44. Гульмурадов, Т.Г. Хирургия эхинококкоза сердца и средостения / Т.Г. Гульмурадов, З.З. Абдурахимов, Р. Аминов. - Душанбе: Ирфон, 2013. - 118 с.

45. Гульмурадов, Т.Г. Результаты лапароскопических операций при гинекологических заболеваниях / Т.Г. Гульмурадов, Ф.Н. Назаров, Х.Ш. Сабурова // Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе, 2013. - №4. - С. 31-35.

46. Гульмурадов, Т.Г. Новое в диагностике и хирургическом лечении осложненного эхинококкоза печени / Т.Г. Гульмурадов, М.Г. Паллаев, Р.Х. Саидов // Известия Академии наук Республики Таджикистан. - 2006.- №2(155). - С. 85-91.

47. Гуляев, А.А., Ярцев, П.А., Пахомова, Г.В. и др. Экстренная лапароскопическая хирургия / А.А. Гуляев, П.А. Ярцев, Г.В. Пахомова и др. // Эндоскопическая хирургия. – 2009. - №1. – С. 63-64.

48. Даминава, Н.М. Видеолапароскопия в комплексной диагностике и лечении внутрибрюшных осложнений оперативных вмешательств на печени и желчных путях / Н.М. Даминава // Здравоохранение Таджикистана. – 2011. - №1. – С. 33-36.

49. Дмитриев, В.Б. Сравнительная характеристика нетрадиционных операций герниопластики, выполненных в хирургическом отделении НУЗ “Отделенческая больница на станции Владимир ОАО “РЖД” / В.Б. Дмитриев // Сб. трудов 3-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. – Ростов-на-Дону, 2012.- С. 251-253.

50. Емельянов, С.И. Эндоскопическая абдоминальная хирургия: современные возможности и перспективы / С.И Емельянов, Н.Л. Матвеев // 50 лекций по хирургии: учебник / под ред. В.С. Савельева. - М.: Изд-во «Триада – Х», 2006. - С. 565-574.

51. Ермолов, А.С. Новые технологии в лечении острых хирургических заболеваний/ А.С. Ермолов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2010. - №3.- С. 34-35.

52. Ермолов, А.С. 20 лет неотложной хирургии органов брюшной полости / А.С. Ермолов [и др.] // Хирургия. –М., 2014. –С. 5; 7-16.

53. Заседание Национального совета развития при Президенте РТ и формула развития Таджикистана: о «Стратегии снижения уровня бедности за 2010-2012гг.». – Душанбе, 2012.- С. 5.

54. Захаров, Д.В. Возможности использования эндовидеохирургической технологии в лечении больных с острым аппендицитом: автореф. дис. ... канд. мед.наук/ Д.В. Захаров- Великий Новгород, 2012. - С. 2-13.

55. Здравоохранение Таджикистана на современном этапе и основные направления его совершенствования / А.А. Ахмедов [и др.]. – Душанбе, 2002. – 203с.

56. Иванов, В.В. Экономическая эффективность и социальная значимость одновременной коррекции сочетанных заболеваний органов брюшной полости и малого таза при ожирении / В.В. Иванов // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. - 2011.-№4. - С. 36-39.

57. Избасаров, Р.Ж. Совершенствование эндовидеохирургических вмешательств и оценка их эффективности в диагностике и лечении острых заболеваний органов брюшной полости: дис. д-ра мед.наук/Р.Ж. Избасаров. - Санкт-Петербург, 2010. – 293с.

58. Изменение центральной гемодинамики при лапароскопической холецистэктомии у больных с желчнокаменной болезнью / Т.Г. Гульмурадов [и

др.] // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – Душанбе, 2013.- №9. - С. 750-755.

59. Исламов, М.Т. Возможности лапароскопических технологий в хирургии осложненных форм желчнокаменной болезни/ М.Т. Исламов, М.М. Атабаев, Ш.Б Сайфуллоев // Международный конгресс по эндоскопической хирургии: сб. тезисов. - М., 2009. - С. 145-146.

60. К истории развития эндоскопической абдоминальной хирургии в России / А.С. Балалыкин [и др.]. - Международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2006. - С. 24-25.

61. Каманин, А.А. Клинико-экономический анализ современных медицинских технологий в диагностике и лечении острого аппендицита и заболеваний, симулирующих острый аппендицит: автореф. дис. ... канд. мед. наук/ А.А. Каманин.– СПб., 2011.- С. 8-15.

62. Качество жизни больных после лапароскопической аппендэктомии/ Ю.М. Стойко [и др.] // Эндоскопическая хирургия.– М., 2010.- №1.- С. 3-7.

63. Князев, И.О. “Мать и Дитя” / И.О. Князев [и др.] // Материалы регионального научного форума. - Сочи, 2008. - 158 с.

64. Коклина, В.Ф. Синдром острого живота у девочек/ В.Ф. Коклина, М.С. Чундокова // Вопросы практической педиатрии. – 2009. - Т.4. - № 3. – С. 65-69.

65. Корняк, Б.С. Лапароскопическое ушивание перфоративных гастродуоденальных язв/ Б.С. Корняк, П.В. Ткачев // Тез. XIII Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. - М., 2009. - С. 159-161.

66. Корняк, Б.С. Лапароскопическая аппендэктомия / Б.С.Корняк, П.В.Ткачев, А.А. Кахидзе // XIII Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: сб. тезисов. - Москва, 2009.–С. 161-163.

67. Критерии выбора лапароскопической холецистэктомии у лиц старших возрастных групп/ Ф.И. Махмадов [и др.] // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – Душанбе, 2014. - №4.- С. 16-21.

68. Кубачев, К.Г. Ятрогенные повреждения внепеченочных желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии/ К.Г. Кубачев, Н.Д. Мухиддинов [и др.] // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2017. - №4(24). - С. 32-36.

69. Курбонов, Дж.М. Миниинвазивные методы хирургического лечения осложненных форм острого калькулёзного холецистита/ Дж.М. Курбонов, А.С. Ашуров // Здравоохранение Таджикистана. - 2013. - №4. - С. 47-50.

70. Курбанов, Дж.М. Результаты лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / Дж.М. Курбонов [и др.] // Известия Академии наук Республики Таджикистан. - 2013. - №2. - С. 62-67.

71. Курбонов, Д.М. Билома после лапароскопической холецистэктомии/ Д.М. Курбонов // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2017. - №2. - С. 96-99.

72. Курбонов, К.М. Современные технологии в диагностике и лечении острого нарушения мезентериального кровообращения / К.М. Курбонов, Ф.Ш. Абдуллоев, Р.Р. Рахимов // Здравоохранение Таджикистана. - 2016. - №3. - С. 34-39.

73. Курбонов, К.М. Результаты различных способов холецистэктомии при лечении острого деструктивного холецистита / К.М. Курбонов [и др.] // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2017. - №2. - С. 43-48.

74. Лапароскопическая холецистэктомия не опаснее традиционной (доказано временем) / С.Б. Кашеваров [и др.] // Международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2007. - С. 185-187.

75. Лапароскопический метод в диагностике и лечении острого аппендицита/ В.Д. Левитский [и др.] // XIV Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2010. - С. 199-201.

76. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите/ Ф.Ш. Рашидов [и др.] // 10-й юбилейный Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2006. - С. 182-183.

77. Лапароскопическая холецистэктомия: преимущества и недостатки / И.Н.Пиксин [и др.] // Международный конгресс по эндоскопической хирургии.- М., 2006. - С. 161-162.

78. Лапароскопическая эхинококкэктомия из печени/ Ф.Ш. Рашидов [и др.] // Материалы 4-го международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 2000.- С. 340-342.

79. Лапароскопическая резекция простых кист почек / В.П. Ярошенко [и др.] // Международный конгресс по эндоскопической хирургии. – М., 2005. - С. 465-466.

80. Лапароскопия при кистах яичника и брюшной полости у девочек.Руководство для врачей/ Л.В. Адамян [и др.]. - М.: «ГЭОТАР – Медиа», 2007. - 56 с.

81. Лапароскопическая хирургия, гинекология и урология/ И.В. Федоров [и др.]. – М.: Дом книги, 2013. - 436 с.

82. Левицкий, В.Д. Современные подходы к диагностике и лечению острого аппендицита/ В.Д. Левицкий [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2011. - №1. - С. 55-61.

83. Лисицин, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение/ Ю.П. Лисицин. - М.: «ГЭОТАР - Медиа», 2010.- С. 512.

84. Лисицын Ю.П. Здоровье населения, его изучение и оценка/ Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина. - М.: Медицина, 2002. - 517 с.

85. Майстеренко, Н.А. Хирургическое лечение ятрогенного повреждения желчных протоков/ Н.А. Майстеренко, Н.П. Ромащенко [и др.] // Вестник хирургии. - 2016. - №3. - С. 83-85.

86. Мамедов, В.Ф. Мониторинг параметров качества жизни и симптомов у больных после традиционной и лапароскопической аппендэктомии: автореф. дис. ... канд. мед.наук / В.Ф. Мамедов. - Москва, 2010. - 21 с.

87. Мансуров, Х.Х. О ведущих механизмах развития и прогрессирования холестеринового холелитиаза / Х.Х. Мансуров. - Клиническая медицина. - 1991. - №9. - С. 17-21.

88. Маслагин, А.С. Медико-социальные и организационные аспекты оптимизации медицинской помощи пациентам с желчнокаменной болезнью в условиях муниципального района: дис. канд. мед.наук / А.С.Маслагин./ Маслагин Александр Сергеевич. – Рязань, 2007. - 128 с.

89. Маслагин, А.С. Медико-социальные и организационные аспекты оптимизации медицинской помощи пациентам с желчнокаменной болезнью в условиях муниципального района: автореф. дис. ... канд. мед.наук: / А.С. Маслагин. / Маслагин Александр Сергеевич. - Рязань, - 2007. - 22 с.

90. Малоинвазивные вмешательства на желчных путях / А.Д. Тимошин [и др.] // Анналы хирургии. - 2011. - №1. - С. 63-66 .

91. Махмадов, Ф.И. Малоинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени/ Ф.И. Махмадов, К.М. Курбонов, А.Д. Гулахмадов // Вестник педагогического университета. - 2013. - №3.- 157с.

92. Методика единого доступа в абдоминальной хирургии / А.С. Ремизов [и др.] // Сб. трудов 3-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. – Ростов-на-Дону, 2012. - С. 213-214.

93. Минимизация доступа в хирургии острого аппендицита и его осложнений/ А.Р. Юлдашев [и др.] // Хирургия им. Н.И. Пирогова.- 2012.- №6. - С. 66-73.

94. Минимальноинвазивная хирургия эхинококкоза печени [Текст] / Т.Г. Гульмурадов [и др.] // Вестник последипломного образования в системе здравоохранения. - 2015. - №2.- С. 29-33.

95. Мирзозода, А.Ф. Лапароскопическое лечение женского бесплодия / А.Ф.Мирзозода [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. - 2011. - №2. - С. 173-175.

96. Мирзозода, А.Ф. Эндовидеоскопическая коррекция гинекологической патологии/ А.Ф. Мирзозода [и др.]. - Здравоохранение Таджикистана. - 2011. - № 2. - С. 172-173.

97. Михайлова, Е.В. Особенности проведения анестезии при лапароскопических и миниинвазивных вмешательствах у детей / Е.В. Михайлова, Н.А. Степанова // Международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2007. - С. 246-247.

98. Мухиддинов, Н.Д. Миниинвазивная диагностика и лечение острого холецистопанкреатита / Н.Д. Мухиддинов [и др.] // XXII научно-практическая конференция Института последипломного образования в сфере здравоохранения. –2016. – С. 150-151.

99. Мухиддинов, Н.Д. Видеолапароскопическое лечение острого аппендицита, осложненного перитонитом / Н.Д. Мухиддинов [и др.] // XXI научно-практическая конференция Института последипломного образования в сфере здравоохранения. –2015. – С. 160-161.

100. Назаров, Ф.Н. Особенности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / Ф.Н. Назаров, Ш.И. Ходиев // Эндоскопическая хирургия. – 2012. - №2. – С. 23.

101. Назаров, Ф.Н. История и проблемы эндовидеохирургии в Таджикистане/ Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов // Известия Академии наук Республики Таджикистан. – Душанбе, 2013. - №1. - С. 72-75.

102. Назаров, Ф.Н. Эндохирургическая технология: эффективность в оперативном лечении гинекологических больных в Хатлонской области / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов // Материалы научно-практической конференции, посвященной 26-летию Независимости Республики Таджикистан. - 2017. - С. 113-114.

103. Назаров, Ф.Н. Социально-экономические аспекты применения лапароскопической технологии в лечении желчнокаменной болезни/ Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов // Вестник Таджикского национального университета. – Душанбе: Сино, 2013. - №1/3 (110). - С. 240-244.

104. Назаров, Ф.Н. Сравнительная оценка результатов традиционной и лапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов // Здравоохранение Таджикистана. - 2013. - № 4. - С. 51-57.

105. Назаров, Ф.Н. Состояние оксидантного статуса и перекисного окисления липидов при остром калькулёзном холецистите / Ф.Н. Назаров [и др.] // Доклады Академии наук Республики Таджикистан. – Душанбе, 2013. - №1. - С. 78-81.

106. Назаров, Ф.Н. Диагностическая и лечебная видеолапароскопия при остром аппендиците/ Ф.Н. Назаров [и др.] // Материалы ежегодной XXI научно-практической конференции Института последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2015. – С. 166-168.

107. Назаров, Ф.Н. Диагностическая и лечебная видеолапароскопия при травме живота / Ф.Н. Назаров [и др.] // Известия Академии наук Республики Таджикистан. - Душанбе, 2013. - № 3-4 (184). - С. 44-48.

108. Назаров, Ф.Н. Результаты лапароскопических операций при гинекологических заболеваниях/ Ф.Н. Назаров, Х.Ш. Сабурова, С.С. Бурхонова

//Материалы ежегодной XXI научно-практической конференции Института последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2015. – С. 168-171.

109. Назаров, Ф.Н. Сравнительная оценка результатов традиционной и лапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров [и др.] // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2014. - №2. - С. 35-41.

110. Назаров, Ф.Н. Возможности видеолапароскопической диагностики и лечения изолированных и сочетанных повреждений печени/ Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров [и др.] // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2014. - №2. - С. 47-50.

111. Назаров, Ф.Н. Применение эндохирургических технологий и их эффективность при оперативном лечении гинекологических больных Хатлонской области / Ф.Н. Назаров, А. Ахмедов, Т.Г. Гульмуратов. - Здравоохранение Таджикистана. - 2017. - №4. - С. 30-37.

112. Назаров, Ф.Н. Диагностическая и лечебная лапароскопия при остром аппендиците / Ф.Н. Назаров, У.У. Ёров, З.Р. Мирзоев // Вестник Таджикского национального университета. – 2013. - № 1/3 (110). - С. 200-203.

113. Назаров, Ф.Н. Оценка эффективности эндовидеохирургического лечения эхинококкоза печени/ Ф.Н. Назаров [и др.] // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – 2018. - №1. - С. 45-51.

114. Назаров, Ф.Н. Оценка медико-социальной эффективности применения видеолапароскопической технологии в хирургии /Ф.Н. Назаров // Здравоохранение Таджикистана. - 2014. - №4. - С. 50-56.

115. Назаров, Ф.Н. Клинико-экономический анализ эффективности лапароскопического и традиционного методов лечения острого аппендицита/ Ф.Н. Назаров, А. Ахмедов, Т.Г. Гулмуратов // Вестник Академии мед.наук Таджикистана. - 2017. - № 4 (24). - С. 47-51.

116. Назаров, Х.Н. Преимущество артроскопических операций на коленном суставе в реабилитации пациентов/ Х.Н. Назаров // Материалы V съезда хирургов Таджикистана. – Душанбе, 2011. - С. 99-100.

117. Назаров, Х.Н. Диагностика и лечение абдоминальных повреждений при сочетанных травмах/ Х.Н. Назаров, Ф.Н. Назаров // Здравоохранение Таджикистана. - Душанбе, 2013. - №4. - С. 57-61.

118. Назаров, Ш.К. Роль современных технологий в диагностике и хирургическом лечении эхинококкоза печени/ Ш.К. Назаров, В.С. Ризоев // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2016. -№2. - С. 3-9.

119. Некоторые лапароскопические подходы в хирургии <<трудного>> желчного пузыря / Ф.И. Махмадов [и др.] // Известия Академии наук Республики Таджикистан. - 2013. - №3-4 (184). - С. 49-55.

120. Норов, А.Х. Оптимизация методов хирургического лечения острого калькулёзного холецистита у лиц пожилого и старческого возрастов: дис. ... канд. мед.наук / А.Х. Норов. – Душанбе, 2012.- 129 с.

121. Оловянный, В.Е. Лапароскопическая хирургия в России: этапы становления, проблемы и пути развития: автореф. дис. ... д-ра мед.наук / В.Е. Оловянный. - М., 2012. - 36 с.

122. Опыт анестезиологического обеспечения лапароскопических операций / И.С. Абазова, М.Х. Миршенкулова, Ф.Ю. Кешокова, Л.Х. Габолаева // 10-й юбилейный Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2006. - С. 7.

123. Особенности диагностики и лечения гинекологической патологии у девочек на оказании скорой медицинской помощи / Г.Ф. Кутушева [и др.] // Акушерство и женские болезни. – 2012. –Т. LXI. - Вып. 4. -С. 61-66.

124. Особенности анестезиологического пособия при лапароскопической холецистэктомии у пациентов пожилого и старческого возрастов/ Г.Б. Брейдо [и др.] // Международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2007. - С. 73-76.

125. Особенности лапароскопической холецистэктомии у пациентов с избыточной массой тела и ожирением/ О.В. Галимов [и др.] // Международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2006. - С. 51-52.

126. Осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите/ М.Х. Вакасов // Десятый юбилейный Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. – М., 2006. - С. 39-40.

127. Осложнение лапароскопической аппендэктомии / И.Т. Цилиндзь [и др.] // Международный конгресс по эндоскопической хирургии. – М., 2007. - С. 437-438.

128. Панин, С.И. Неотложная малоинвазивная абдоминальная хирургия: автореф. дис. ... д-ра мед.наук/ С.И. Панин.- Волгоград, 2013. - С. 39.

129. Панченков, Д.Н. Лапароскопическая аппендэктомия: медицинские и социально-экономические аспекты/ Д.Н. Панченков, В.П. Кудрявцев, В.А. Иванюгин // Эндоскопическая хирургия.- 2012.- №2. - С.9-15.

130. Первый опыт лапароскопической фундопликации в модификации/ А.Ф. Черноусов [и др.] // Тезисы XIV Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 2010. - С. 401-403.

131. Первый опыт лапароскопических вмешательств при эндокринопатиях и патологии надпочечников у детей / И.В. Поддубный [и др.] // XIV Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: тез.докл. - М., 2010. - С. 284-286.

132. Первые результаты лапароскопической аппендэктомии у детей в Республике Таджикистан / Ш.Р. Султонов [и др.] // Вестник Авиценны. - Душанбе, 2013. - №1. - С. 46-48.

133. Пешехонов, С.И. Стратегия совершенствования оказания неотложной эндовидеохирургической помощи в условиях многопрофильного стационара: дис. ... канд. мед.наук / С.И. Пешехонов. – СПб., 2009. - 145 с.

134. Поддубный, И.В. Аппендикулярно-генитальный синдром у девочек / И.В. Поддубный [и др.] // Детская хирургия . – 2013. - №2.- С. 45-49.

135. Пономарёва, Г.А. Расчёт стоимости медицинской услуги / Г.А. Пономарёва, И.В. Успенская. - Рязань, 1999. - 75 с.

136. Послание Президента Республики Таджикистан Эмомали Рахмона Маджлиси Оли Республики Таджикистан от 26 апреля 2013 года. – Душанбе: Шарки Озод, 2013. - 63 с.

137. Послание Президента Республики Таджикистан Эмомали Рахмона Маджлиси Оли Республике Таджикистан от 23 апреля 2014 года. – Душанбе: Шарки Озод, 2014. - 47 с.

138. Постановление Правительства Республики Таджикистан “О порядке медико-санитарного обслуживания населения Республики Таджикистан в системе государственных медицинских учреждений” от 02.12.2008 г., №600.

139. Применение клинико-экономического анализа в медицине: сб. / А.В. Решетников [и др.]; под ред. акад. РАМН А.В. Решетникова. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009. - 179 с.

140. Применение лапароскопической операции Ледда у детей с мальротацией кишечника / Ю.Ю. Соколов [и др.] // XIV Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: сб. тезисов. - М., 2010. - С. 350-352.

141. Применение видеоэндоскопических технологий в лечебно-диагностическом алгоритме у больных острым аппендицитом / Ю.М. Стойко [и др.] // XIII Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии: сб. тезисов. – М., 2009. - С. 289-291.

142. Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан “Об объявлении Постановления Правительства Республики Таджикистан “О порядке медико-санитарного обслуживания населения Республики Таджикистан в системе государственных медицинских учреждений” от 02.12.2008 г. (№600); от 04.01.2009 г., №1.

143. Прудков, А.И. Лапароскопическое лечение опухолей надпочечников /А.И. Прудков, Б.Л. Мейлах // Международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2005. - С. 282-284.

144. Пулатов, О.Х. Свободнорадикальные процессы и перекисное окисление липидов и их коррекция при остром деструктивном панкреатите: автореф. дис. ... канд.мед.наук / О.Х. Пулатов. - М., 2008. - 21 с.

145. Рабиев, А.Р. Организация эндохирургической службы в Согдийской области / А.Р.Рабиев, М.М. Мутаходжаев // Материалы V съезда хирургов Таджикистана. - Душанбе, 2011. - С.19-20.

146. Рахматуллаев, Р.Р. 10-летний опыт применения современной малоинвазивной технологии в лечении различных хирургических заболеваний / Р.Р. Рахматуллаев, А.Х. Норов, Ш.Ю. Валиев // Материалы V-го съезда хирургов Таджикистана. - Душанбе, 2011. - С.102-104.

147. Рахматуллаев, Р.Р. Лапароскопическая холецистэктомия в лечении острого холецистита / Р.Р. Рахматуллаев [и др.] // ТезисыМеждународного конгресса по эндоскопической хирургии. - М., 2006. - С. 180-181.

148. Рахматуллаев, Р.Р. Симультаные операции из единого лапароскопического доступа / Р.Р. Рахматуллаев [и др.] // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2017.- №1(21). - С. 67-80.

149. Рахматуллаев, А.Р. Лапароскопические симультаные операции при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости / А.Р. Рахматуллаев [и др.] // Вестник Авиценны. - 2016. -№1(66). - С. 21-24.

150. Рашидов, Ф.Ш. Лапароскопическая эхинококкэктомия из печени / Ф.Ш. Рашидов, Ш.Н. Амонов, Ф.А. Туракулов // Сб. тез. 7-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 2003. - С. 318-319.

151. Редкое осложнение после лапароскопической холецистэктомии// Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2015. - Т.V. - №3. - С. 585-588.

152. Результаты 15 лет работы эндоцентра / А.А. Баулин [и др.] // Международный конгресс по эндоскопической хирургии: сб. тезисов. - М., 2009. - С. 41-43.

153. Результаты лапароскопической холецистэктомии / Н.Р.Рахметов [и др.] // Международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2006. - С. 181-182.

154. Результаты использования различных вариантов холецистэктомии у больных старших возрастных групп / С.Р. Добровольский, А.Р. Рамазанов [и др.] // Хирургия. - 2011.- №9. - С. 11-14.

155. Роган, В.Я. Эффективность применения минидоступа в лечении острого аппендицита: дис. ... канд. мед.наук / В.Я. Роган // Тюмень. - 2010. - С. 68-75.

156. Роль лапароскопии в неотложной абдоминальной хирургии у детей / Дронов А.Ф. [и др.] // Международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2005. - С. 126-129.

157. Рутенбург, Г.М. Диагностическая лапароскопия при травме живота и критических состояниях (обзор литературы) / Г.М.Рутенбург, С.Ю. Пузанов, Д.Ю. Богданов//Эндоскопическая хирургия. - 2012. - №4. - С. 39-42.

158. Сабурова, Х.Ш. Опыт применения лапароскопии в ургентной гинекологии / Х.Ш. Сабурова, Ш.И. Ходиев // Материалы V съезда хирургов Таджикистана. - Душанбе, 2011. - С. 109-210.

159. Савельев, В.С. 50 лекций по хирургии: учебник / В.С. Савельев. – М.: Изд-во «Триада - X», 2006. - 752 с.

160. Сагитов, Р.Б. Совершенствование миниинвазивных операций в хирургии органов брюшной полости: дис. ... д-ра мед.наук: / Р.Б Сагитов. - Уфа, 2013. - 320 с.

161. Саданов, В.С. Миниинвазивные технологии в диагностике и оперативном лечении больных острым аппендицитом / В.С. Саданов, И.В. Шмарина // Эндоскопическая хирургия. - 2008. - №1 - С. 9-14.

162. Сажин, А.В. Сравнительные медико-экологические аспекты лапароскопических и открытых операций / А.В.Сажин // Актуальные вопросы хирургии и организации здравоохранения: межвуз. сб. науч. тр. – Рязань, 1997. - С. 18-22.

163. Сажин, А.В. Результаты лапароскопического лечения острого аппендицита / А.В. Сажин, А.Т. Мирзоян, А.А. Коджоглян // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2010. - Т. 5. - №1. – С. 19.

164. Сажин, А.В. Лапароскопические операции у ранее оперированных больных/ А.В. Сажин, А.Л. Авдовенко, Д.Е. Климов // Эндоскопическая хирургия: тез.докл. Всерос. съезда по эндоскопической хирургии. – М., 2003. - С. 130-131.

165. Сажин, В.П. Динамика внутрибольничной инфекции хирургического отделения при внедрении лапароскопических операций / В.П. Сажин, В.Ф. Горбич // Эндоскопическая хирургия. - 2000. - №5. - С.24.

166. Сажин, В.П. Этапы становления и развития эндоскопической хирургии в новомосковской городской клинической больнице/ В.П. Сажин, В.М. Савельев // Международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2006. - С. 188-190.

167. Сайфуддинов, А.С. Сравнительная оценка непосредственных результатов лапароскопического, минилапаротомного и традиционного методов лечения при перфоративных гастродуоденальных язвах / А.С. Сайфуддинов // Здравоохранение Таджикистана. – 2011. - №1. – С. 52-57.

168. Салимзода, Н. Выступление министра здравоохранения и социальной защиты населения РТ / Н. Салимзода // Материалы первого общенационального съезда врачей Республики Таджикистан: Спец. вып. журн. «Здравоохранение Таджикистана». - 2014. - №3. - С. 7-17.

169. Салтман, Р.Б. Реформы системы здравоохранения в Европе: Анализ современных стратегий / Р.Б. Салтман, Дж. Фигейрас / пер. с англ. - М.: ГОЭТАР МЕДИЦИНА, 2000. - 432 с.

170. Сангов, Д.С. Видеоэндоскопическая хирургия эхинококкоза печени/ Т.Г. Гульмурадов, Ф.Н. Назаров // Здоровоохранение Таджикистана. - Душанбе, 2013. - №3. - С. 53-57.

171. Сарванов, И.А. Хирургическое лечение ятрогенных повреждений и структур желчных протоков / И.А. Сарванов., В.Г. Раповка // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. -2015. - №3. - С. 14-17.

172. Сендерович, Е.И. Пути снижения степени хирургической агрессии при лапароскопическом лечении желчнокаменной болезни/ Е.И. Сендерович, О.В. Галимов, Ю.Н. Гололобов // Анналы хирургической гепатологии. - 2002. - Т.7. - №1. - С. 150-151.

173. Сердюков, М.А. Клинико-социальные аспекты заболеваемости желчнокаменной болезнью: напряженная экологическая обстановка и качество жизни оперированных больных: автореф. дис. ... канд. мед.наук/ М.А. Сердюков. – Астрахань, 2008. - 154 с.

174. Сигал, Е.И. Малоинвазивные технологии в лечении доброкачественных заболеваний пищевода/ Е.И. Сигал, М.В. Бурмистров // Международный конгресс по эндоскопической хирургии: сб. тезисов. – М., 2006. - С. 203-204.

175. Симультантные операции в малоинвазивной хирургии / М.И. Слобожанин [и др.] // XI Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М, 2007. - С. 359-360.

176. Сипливый, В.А. Многоэтапные оперативные вмешательства у больных с острым холециститом с высокой степенью оперативного риска/ В.А. Сипливый, Г.Д. Петренко, Г.И. Дуденко // Анналы хирургической гепатологии. - 2002. - Т.7. - №1. - С. 151.

177. Сиротинский, В.В. Диагностика и лечение желчеистечения в ранние сроки после холецистэктомии/ Кузнецов Н.А [и др.] // XIV Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2010. - С. 3.

178. Славин, Л.Е. Лапароскопическая холецистэктомия/ Л.Е. Славин // Практическая медицина. - 2010. - №2(41). - С. 30-35.
179. Славин, Л.И. Осложнения лапароскопической холецистэктомии / Л.И. Славин // Эндоскопическая хирургия / под ред. И.В. Федорова. - М.: ГЕОТАР - Медиа, 2009. - С. 260-290.
180. Соколов, Ю.Ю. Лапароскопия у детей с острой ишемией органов брюшной полости / Ю.Ю. Соколов, С.А. Коровин, А.В. Дзядчик // Ученые записки Орловского государственного университета. – 2014. - №7 (63), ч. II. – С. 110-111.
181. Стародубова, В.И. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов / В.И. Стародубова, Ю.М. Михайлова, А.Е. Иванова // Проблемы и перспективы. - М., 2003. - 288 с.
182. Стрижелецкий, В.В. Роль, место и механизмы внедрения малоинвазивных технологий в национальных клинических рекомендациях по хирургии/ В.В. Стрижелецкий // Эндоскопическая хирургия: 18-й Съезд эндоскопических хирургов России в Москве. -2015. - С. 15-20.
183. Султонов, Ш.Р. Внедрение эндохирургии в практику детской хирургии в условиях Республики Таджикистан / Ш.Р. Султонов // Вестник Авиценны. - 2009. - №1. - С. 56-58.
184. Султонов, Ш.Р. Диагностика и лечение острых заболеваний органов малого таза у детей/ Ш.Р. Султонов. [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. – 2017.- №3.- С. 65-72.
185. Таджикистан. Документ Стратегии сокращения бедности. - Душанбе: Универсал – 3, 2002. - 448 с.
186. Тактика лечения больных повышенного риска с острым холециститом / Семенов Д.Ю. [и др.] // Международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2006. - С. 200-201.

187. Тернов, С.Ф. Оценка экономической эффективности медицинских вмешательств/ С.Ф. Тернов, М.В. Малаховская // Экономика здравоохранения. - 2004. - №4. - С. 17-21.

188. Теремов, С.А. Редкая аномалия треугольника Калло при лапароскопической холецистэктомии/ С.А. Теремов, А.С. Мухин // Эндоскопическая хирургия. - 2011. - №2. - С. 12-13.

189. Тимербулатов, М.В. Хирургическая коррекция ранних послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии/ М.В. Тимербулатов // Эндоскопическая хирургия. - 2010. - №1. - С. 25-27.

190. Тимошин, А.Д. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии / А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков, А.В. Юрасов. - М.: Триада – Х, 2003. - 216 с.

191. Торакоскопические операции у новорожденных / А.Ю. Разумовский [и др.] // Международный конгресс по эндоскопической хирургии: сб. тез. – М., 2010. - С. 298-300.

192. Ульянов, Ю.Н. Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с высоким риском/ Ю.Н. Ульянов, С.Ф. Багненко, В.Ф. Суховеев // Вестник хирургии. - 2002. - №6. - С. 21-25.

193. Ультразвуковая томография в диагностике форм острого холецистита/ К.В. Лапкин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 1995.- №8. - С. 19-22.

194. Урядов, С.В. Диагностическая и лечебная эндоскопия при хирургических заболеваниях толстой кишки: автореф. дис. ... д-ра мед.наук/ С.В. Урядов. – М., 2011. – 35с.

195. Усманов, Н.У. Видеоторакоскопия в лечении больных с осложненным эхинококком легких / Н.У. Усманов, З.Ш. Файзиев, Ф.Ш. Рашидов // Материалы IV съезда хирургов Таджикистана. – Душанбе, 2005. - С. 374-376.

196. Уханов, А.П. Использование лапароскопической холецистэктомии при лечении деструктивных форм острого холецистита у больных старших возрастных групп/ А.П. Уханов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2012. - №2. - С. 16-20.

197. Уханов, А.П. Результаты применения видеолапароскопических операций у больных с острым аппендицитом/ А.П. Уханов, С.В. Байдо, А.И. Игнатьев // Тез.докл. Международного конгресса по эндоскопической хирургии. - М., 2017. - С. 408-410.

198. Уханов, А.П. Использование видеолапароскопии в лечении острого холецистита/ А.П.Уханов, Б.А. Веселовский // Эндоскопическая хирургия. - 2002. - №3. - С. 78-79.

199. Факторы риска интраоперационных осложнений при лапароскопических холецистэктомиях / П.В. Гарелик [и др.] // Международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2007. - С. 117-119.

200. Федоров, И.В. Лапароскопическая хирургия в гинекологии и урологии/ И.В. Федоров, И.С. Малков, В.Н. Дубровин. – М.: Дом книги, 2013. - С. 260-334.

201. Федоров, А.В. Лапароскопическая хирургия в регионах России: проблемы и пути развития/ А.В. Федоров, В.Е. Оловянный // Хирургия: журнал им. Н.И. Пирогова. -2011.- №6. - С.4-10.

202. Федоров, И.В. Осложнения эндоскопической хирургии, гинекологии и урологии/ И.В. Федоров, Е.И. Сигал, М.В. Бурмистров. - М.: Триада - X, 2012. - 283 с.

203. Федоров, И.В. Оперативная лапароскопия в хирургии, гинекологии и урологии/ И.В. Федоров, Е.И. Сигал, А.И. Курбангалеев. - М.: ПРОФИЛЬ, 2007. - 288 с.

204. Федоров, И.В. Эндоскопическая хирургия/ И.В. Федоров, Е.И. Сигал, Л.Е. Славин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 544 с.

205. Фязов, Р.Р. Эндоскопическая хирургия / Р.Р. Фязов, Р.Б. Сагитов.- 2010. - Т.16. - С. 8-16.
206. Хаджибаев, А.М. Диагностика повреждений живота при сочетанной травме/ А.М. Хаджибаев, Ш.К. Атаджанов, А.Т. Хакимов // XIV Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2010. - С. 380-381.
207. Хамидов, М.А. Предупреждение осложнений при лапароскопической эхинококкэктомии печени / М.А. Хамидов // Материалы 7-го Международного конгресса по эндоскопической хирургии. - М., 2003. - С. 320-321.
208. Хирургическая артроскопия коленного сустава у детей/ Д.А. Воробьев [и др.] // XIV Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. – М., 2010. - С. 74-75.
209. Хитарьян, А.Г. Инновации в эндоскопической хирургии / А.Г. Хитарьян, С.А. Ковалев, К.А. Дульеров // Сб. трудов 3-го съезда врачей железнодорожного транспорта России. – Ростов-на-Дону, 2012.- С.402-404.
210. Ходиев, Ш.И. Особенности лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите: автореф. дис. ... канд. мед.наук/ Ш.И. Ходиев. - Душанбе, 2002. - 19 с.
211. Холедохоскопия в диагностике и лечении холедохолитиаза / В.П. Сажин [и др.] // Тез.докл. XIV Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии.- М., 2010.- С.319-321.
212. Хубутя, М.Ш. Эндохирургия при неотложных заболеваниях и травме / М.Ш. Хубутя, П.А. Ярцева. – М.: Геотар-Медиа, 2014. – 233 с.
213. Шамирзаев, Б.Н. Лапароскопическая эхинококкэктомия из печени/ Б.Н. Шамирзаев, Ш.Д. Ачилов, О.М. Азимов // Международный конгресс по эндоскопической хирургии: сб. тезисов. – М., 2009. - С. 356-357.

214. Шаповальянц, С.Г. Интраоперационные повреждения желчных протоков/ С.Г. Шаповальянц// Руководство по хирургии желчных путей.- М.: Видар, 2009.- С.493-502.

215. Шаповальянц, С.Г. Особенности выполнения и осложнения лапароскопической аппендэктомии/ С.Г. Шаповальянц, М.Г. Храменков // Российский симпозиум: «Осложнения эндоскопической хирургии». - М.: НЦХ РАМН, 2010. - С. 228-230.

216. Шестаков, А.Л. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии: автореф. дис. ... д-ра мед.наук/ А.Л. Шестаков. - М., 1999. - С. 10-11.

217. Шорох, Г.П. Ошибки и осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите/ Г.П. Шорох, Н.В. Завада // Эндоскопическая хирургия. - 1997. - №2. - С.15-19 .

218. Шпаеченко, Ф.А. Сравнительный анализ различных видов холецистэктомии / Ф.А. Шпаеченко, П.С. Ветшев. - М.: Видар, 2009. - 195 с.

219. Шулутко, А.М. Хирургическое лечение желчнокаменной болезни / А.М. Шулутко // 50 лекций по хирургии: учебник / под ред. В.С. Савельева. – М.: Изд-во«Триада – Х»,2006.- С.366-381.

220. Шуркалин, Б.К. Послеоперационные внутрибрюшные осложнения в неотложной хирургии / Б.К. Шуркалин, А.П. Фаллер, В.А. Горский. -М.: Колос, 2010. – 155 с.

221. Экстренная лапароскопия в диагностике абдоминальных спаек как причин «острого живота»/ Г.А. Баранов [и др.] // 9-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. – М., 2005. - С. 30-31.

222. Эндоскопическая хирургия желчнокаменной болезни. Руководство для врачей/ П.В. Гарелик [и др.]. - М.: Изд-во БИНОМ, 2010.- 472 с.

223. Эндоскопические и рентгенохирургические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства / А.Е. Борисов[и др.]. - СПб., 2006. - 400 с.

224. Эндохирургические и малоинвазивные операции в лечении осложненных форм желчнокаменной болезни у пациентов старших возрастных групп/ А.С. Воротынцев [и др.] // Международный конгресс по эндоскопической хирургии. - М., 2009. - С. 71-73.

225. Ярцев, П.А. Видеолапароскопия в диагностике и лечении пострадавших с травмой живота: дис. ... д-ра мед.наук/ П.А. Ярцев. -М., 2008. - 215 с.

226. Ярцев, П.А. Осложнение лапароскопической герниопластики при вентральной грыже / П.А. Ярцев, Г.В.Пахомова, И.Е. Селина // хирургия. – 2010. - №8. – С. 54-56.

227. Ятрогенные повреждения внепеченочных протоков при лапароскопической холецистэктомии/ В.В. Стрижелецкий [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 1997. - №3. - С. 17-19.

228. A case of stump appendicitis after appendectomy/ S.K. Baek [et al.] // Gastroenterology. - 2008. - Vol. 51. - №1. - P. 45-47.

229. A decade of laparoscopic appendectomy: presentation of 1026 patients with suspected appendicitis treated in a single surgical department/ K.M. Konstantinidis [et al.] // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. - 2008. - Vol. 18. - №2.- P. 248-258.

230. A population-based cohort study comparing laparoscopic cholecystectomy and open cholecystectomy/ S.L. Zacks [et al.] // Am. J. Gastroenerol. – 2002. – Vol. 97. - P. 334-340.

231. Admission variables predictive of gangrenous cholecystitis/ A.E. Falor [et al.] // American Journal of Surgery. – 2012. - Vol. 78 (10). - P. 1075-1078.

232. Ali, A. Recent experience with laparoscopic appendectomy in a Canadian teaching centre / A. Ali., M.A. Moser // Can. J. Surg. - 2008. - Vol. 51. - № 1. - P. 51-55.

233. Al-Mulhim, A.S. The role of laparoscopic cholecystectomy in the management of acute cholecystitis in patients with sickle cell disease / A.S. Al-

Mulhim, F.M. Al-Mulhim, A.A. Al-Suwaigh // Am. J. Surg. - 2002. - Vol. 83. - №6. - P. 668-672.

234. An aripical presentation of inurahepatic perforated cholecystitis a modern indication to open cholecystotomy/ M. Donari [et al.]// Repon of a case BMS Surgery. – 2014. – Vol. 14. - № 6.

235. Ates, M. Routine use of laparoscopy in patients with clinically doubtful diagnosis of appendicitis / M. Ates, S. Sevil, M. Bulbul // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. - 2008. - Vol. 18. - №2. - P. 189-193.

236. Azevedo, O.C. Injuries caused by Veresh needle insertion for creation of pneumoperitoneum: a systematic literature review/ O.C. Azevedo, S.A. Miyahira // Surg. Endosc. - 2009. - V. 23. - P. 1428-1432.

237. Becker, H.P. Laparoscopy for abdominal trauma/ H.P. Becker, A. Willms, R. Schwab // Chirurg. - 2009. - Vol. 77. - №11. - P. 1007-1013.

238. Bertleff, J.A. Randomized Clinical Trial of Laparoscopic versus Open Repair of the Perforated Peptic Ulcer/ J.A. Bertleff, A. Halm,A. Bemelman // World J. Surg. – 2009. – Vol. 7. - №33. – P. 637-643.

239. Borzellino, G. Laparoscopic cholecystectomy for severe acute cholecystitis. A meta-analysis of results/ G. Borzellino, S. Sauerland, A.M. Minicozzi // Surgical endoscopy. - 2010. - Vol. 22. - № 1. - P. 8-10.

240. Cholecystectomy in patients aged 80 and older / J.G. Maxwell [et al.] // Am. J. Surg. - 1998. - Vol. 176. - №6. - P. 627-631.

241. Cholecystectomy coelioscopique après 75 ans/ P. Pessaux [et al.] // Chirurgie. - 1999. - Vol. 124. - №4. - P. 419-422.

242. Complications and results of primary minimally invasive antireflux procedures: a review of 10735 reported cases/ A. Mark [et al.] // Coll. Surg. - 2001. - Vol. 193. - №4. - P. 428-439.

243. Demircan, A. Akut apandisit tanisiyla laparotomi uygulanan hastalarda ultrasonografi bulgulari ve lokosit sayisinin degerlendirilmesi / A. Demircan, G.

Aygenel, M. Karamercan // Ulus. Travma Acil. Cerrahi Derg. – 2010. – Vol. 16. - №3. – P. 248-252.

244. Demographic and socioeconomic trends in the use of laparoscopic appendectomy from 1997 to 2003/ C. Van Hove [et al.] // Am. J. Surg. - 2008. - Vol. 195. - №5. - P.580-583.

245. Diagnosis and management of colonic injuries following blunt trauma/ Zheng Y.X. [et al.] // World J. Gastroenterol. - 2007. - Vol. 13. - №4. - P. 633-636.

246. Diagnostic tools should be used?/ J. Fahlke [et al.] // Hepatogastroenterology. – 2001. - № 48. – P. 59-65.

247. Die Cholecystektomie beim Hochrisikopatienten. Ein Vergleich zwischen konventionellem und laparoskopischem Verfahren / F. Popken [et al.] // Chirurg. - 1998. - Vol. 69. - №1. - P.61-65.

248. Division of Short Gastric Vessels at Laparoscopic Nissen Fundoplication: A Prospective Double-Blind Randomized Trial with 5-Year Follow-Up / J. O'Boyle [et al.] // Ann. Surg. - 2002. - Vol. 235. - №2. - P. 165-170.

249. di Iorio, C. The effect of pneumoperitoneum and head-up position on heart rate variability and QT interval dispersion during laparoscopic cholecystectomy / C. di Iorio, T. Cafiero, R.M. di Minno // Minerva Anesthesiol. – 2010. – Vol. 76. - №11. – P. 282-289.

250. Fisher, G.W. An update on anesthesia for thoracoscopic surgery / G.W. Fisher, E. Cohen // Cur. Opin. Anesth. – 2010. - №23. – P. 7-12.

251. Gallbladder perforation/ R.S. Date [et al.] // Case series and systematic review. Jnf. Surg. – 2012. - № 10. - P.63-68.

252. Gonzalez-Moreno, S. Appendiceal mucocoele. Contraindication to laparoscopic cholecystectomy/ S. Gonzalez-Moreno, B.M. Shmookler, P.H. Sugarbaker // Surg. Endosc. - 1998. - Vol. 1. - №9. - P. 1117-1179.

253. Harrison, V.L. Bile duct injury after laparoscopic cholecystectomy in hospitals with and without surgical residency programs: is there a difference? / V.L. Harrison // Surg. Endosc. - 2011. - Vol. 25. - P. 1969-1974.

254. Ignacio, R.S. Laparoscopic versus open appendectomy: what is the real difference? Results of a prospective randomized double-blinded trial I/ R.S. Ignacio, R. Burke, D. Spencer // Can. J. Surg. – 2008. – Vol. 51. - № 6. - P. 476-482.

255. Intraperitoneal treatment of incisional and umbilical hernias: intermediate results of a multicenter prospective clinical trial using an innovative composite mesh/ J.G. Balique [et al.] // Hernia. - 2000. - Vol. 4. [Suppl.]. - P. 10-16.

256. Is acute cholecystitis a contraindication for laparoscopic cholecystectomy? / P.R. Fontes [et al.] // Int. Surg. - 1998. - Vol. 83. - №1. - P. 28-30.

257. Jani, K. Twenty years after Erich Muhe: Persisting controversies with the gold standard of laparoscopic cholecystectomy/ K. Jani, P.S. Rajan, K. Sendhilkumar // J. Minim. Access Surg.- 2006. - Vol. 2. - №2. – P. 49-58.

258. Kang, K.J. Laparoscopic appendectomy is feasible for the complicated appendicitis/ K.J. Kang, T.J. Lim, V.S. Kim // Surgical Laparoscopy Endoscopy Percutaneous. - 2000. - Vol.10. - № 6. - P. 364-367.

259. Laparoscopic appendectomy is associated with lower morbidity in extremely obese children / B.Kutasy [et al.] // Pediatric Surgery International. - 2011. – Vol. 27(5). - P. 533-6.

260. Laparoscopic treatment of hydatid cyst of the liver / G. Khoury [et al.] // Surg. Endosc. - 1994. - Vol. 8. - №9. - P. 1103-1104.

261. Laparoscopic versus conventional appendectomy / F. Bonanni [et al.] // J.Am. Coll.Surg. - 1994. - Vol. 179. - №3. - P. 273-278.

262. Laparoscopic appendectomy in the treatment of acute appendicitis / A. Koluh [et al.] // Med. Arh. - 2010. - Vol. 64. - №3. - P. 147-150.

263. Laparoscopic versus open appendectomy: Which way to go? / I.Kehagias [et al.] // World J. Gastroenteroi. - 2008. - Vol. 14. - №31. - P. 4909-4914.

264. Laparoscopic appendectomy: is it worth it? / R.C. Buckley [et al.] // Am. Surg. - 1994. - Vol. 60. - № 1. - P. 30-34.

265. Laparoscopic cholecystectomy in critically ill cardiac patients / B.J. Carroll [et al.] // Am. Surg. - 1993. - Vol. 59. - №12. - P. 783-785.
266. Laparoscopic cholecystectomy versus open cholecystectomy in elderly patients with acute cholecystitis: retrospective study/ C.H. Chau [et al.] // Hong Kong Med. J. - 2002. - Vol. 8. - № 6. - P. 394-399.
267. Laparoscopic Appendectomies: Retrospective Study of 2074 Cases / A. Champault [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. - 2008. - Vol. 18. - № 2. - P.168-172.
268. Laparoscopic decompression of abdominal compartment syndrome after blunt hepatic trauma / R.J. Chen [et al.] // J. Surg. Endosc. - 2007. - Vol. 10. - P. 966-968.
269. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecistitis in the elderly/ K.E. Coenye [et al.] // Hepatogastroenterology. - 2005. - Vol. 52. - №61. - P. 17-21.
270. Laparoscopic cholecystectomy for acute inflammation of the gallbladder / Cox M.R. [et al.] // Ann. Surg. - 1993. - Vol. 218. - № 5. - P. 630-634.
271. Laparocholecystectomy. 6,865 cases from Italian institutions / E. Croce [et al.] // Surg. Endosc. - 1994. - Vol. 8. - №9. - P. 1088-1091.
272. Laparoscopic treatment of symptomatic cysts of the liver/ J. Diez [et al.] // Br. J. Surg. - 1998. - Vol. 85. - № 1. - P. 25-27.
273. Laparoscopic salpingotomy for tubal pregnancy: comparison of linear salpingotomy with and without suturing/ A. Fujishita [et al.] // Human Reproduction. - 2004. - Vol. 19. - № 5. - P. 1195-1200.
274. Laparoscopic appendectomy after conservative management of appendix mass/ J. Gillick [et al.] // Pediatr. Surg. Int. - 2008. - Vol. 24. - № 3. -P. 299-301.
275. Laparoscopic cholecystectomy for patients who have had previous abdominal surgery/ K. Miller [et al.] // Surg. Endosc. - 1993. - Vol. 7. - №5. -P. 400-403.

276. Laparoscopic cholecystectomy in 2,750 cases in a teaching hospital in Kuwait/ W.F. Hasaniah [et al.] // Med. Princ. Pract. - 2002. - Vol. 11. - №4. - P. 176-179.
277. Laparoscopic incisional and ventral herniorraphy in 100 patients / K.A. LeBlank [et al.] // Am. J. Surg. - 2000. - Vol. 180. - P. 193-197.
278. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis / K. Prakash [et al] // Surg. Endosc. - 2002. - Vol. 16. - № 1. - P. 180-183.
279. Laparoscopic treatment of hepatic hydatid cysts / R. Seven [et al.] // Surgery. - 2000. - Vol. 128. - №1. - P. 36-40.
280. Laparoscope use and surgical site infections in digestive surgery / S. Romy [et al.] // Ann. Surg. - 2008. - Vol. 247. - № 4. - P. 627-632.
281. Laparoscopic evaluation of abdominal trauma; a preliminary report/ R.S. Smith [et al.] // Contemp. Surg. - 2007. - Vol. 42. - P. 13-18.
282. Laparoscopic cholecystectomy in patients with earlier laparotomy / L.P. Naver [et al.] // Ugeskr.Leager. - 1996. - Vol. 28. - №158. - P.6266-6268.
283. Laparoscopic and open cholecystectomy. A prospective, randomized study / E. Trondsen [et al.] // Eur.J.Surg. - 1993. - Vol. 159. - №4. - P. 217-221.
284. Laparoscopically assisted vaginal removal of ovarian dermoid cysts / G. Pardi [et al.] // Cein Obstet.Gynecol. - 1995. - V. 85. - №1. - P. 129-132.
285. La videolaparocolecistectomia come evoluzione della colecistectomia tradizionale. Valutazioni comparative/ L. Sarli [et al.] // Acta Biomed. Ateneo Parmense. - 1991. - Vol. 62. - №5-6. - P. 139-146.
286. Le syndrome de Mirizzi une contre indication a la chirurgie laparoscopique/ J.J.Moser [et al.] // Helv. Chir. Acta. - 1993. - Vol. 93. - №4. - P. 314-319.
287. Lee, S.L.Laparoscopic vs open appendectomy in children: outcomes comparison based on age, sex, and perforation status/ S.L. Lee, A. Yaghoubian, A. Kaji // Arch. Surg. - 2011. – Vol. 146 (10).- P. 1118-21.

288. Libutti, S.K. Laparoscopic resection of a non-parasitic liver cyst / S.K.Libutti, P.M. Starker // Surg. Endosc. - 1994. - №8. - P. 1105-1107.
289. Lien, H.H. System approach to prevent common bile duct injury and enhance performance of laparoscopic cholecystectomy / H.H.Lien, C.C.Huang, J.S. Liu // Surg. Laparosc.Endosc. Percutan Tech. - 2007. - Vol. 17(3). - P. 164-170.
290. Livingston, E.N. A nationwide study of conversion from laparoscopic to open cholecystectomy/ E.N. Livingston, R.V. Rege // Am. J. Surg. – 2004. - Vol. 188. - P.205-211.
291. Lockwood, C.B. Appendicitis: Its Pathology and Surgery/ C.D. Lockwood.–N.Y.: Nabu Press, 2010. - 306 p.
292. Long-term morbidity and oncologic outcomes of Laparoscopic assisted anterior resection for upper rectal cancer: ten year results of a prospective, randomized trial / S.S. Ng [et al.] // Dis. Colon Rectum. - 2009. - Vol. 52 (4). - P.558-566.
293. MacFadyen, B.V. Laparoscopic Surgery of the Abdomen / B.V. MacFadyen. - New York:Springer-Verlag Inc., 2004.
294. Magrina, J.F. Complication of laparoscopic / J.F. Magrina // Cein Obstet. Gynecol. - 2002. -P.469-480.
295. Makai, G. Complications of gynecologic laparoscopy / G. Makai, K. Isoacson // Cein Obstet. Gynecol. – 2009. -Vol. 52. - P. 401-411.
296. Malik, A.M. Video-assisted laparoscopic extracorporeal appendectomy versus open appendectomy/ A.M. Malik, T.A. Halpur// Laghari J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. - 2009. – Vol. 19 (3). - P. 259-363.
297. Martelli, S. Le complicanze specifiche dell'intervento di cholecistectomia laparoscopica: 610 casi/ S.Martelli, G.Lombardo, C.Ritossa // Minerva Chir. - 1994. - Vol. 49. - №49. - P. 633-642.
298. Matern, U. Monitor position in laparoscopic surgery / U. Matern, M. Faist, K. Kehl // Surg. Endosc. – 2005. - Vol. 19. - № 3. - P. 436-440.

299. Maxwel, J.G. Laparoscopic cholecystectomy in octogenarians/ J.G.Maxwel, B.A.Tyler, B.G. Maxwel // Am. Surg. - 1998. - Vol. 64. - №9. - P. 826-832.
300. McKernan, J.B. Laparoscopic general Surgery / J.B.McKernan, W.B. Saye J. // Med. Assoc. Ga. -1990. -Vol. 79. - P. 157.
301. Metzger, P. Bile duct injuries in the era of laparoscopic cholecystectomy / P.Metzger, E.M.Gamal // Int. Surg. - 1995. - Vol. 80. - №4. - P. 328-331.
302. Miller, R.E. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis / R.E.Miller, F.M. Kimmelstiel // Surg.Endosc. - 1993. - Vol. 7. - №4. - P.296-299.
303. Milsom, J.W. Laparoscopic Colorectal Surgery/ J.W.Milsom, B.Bohm, K. Nakajima // Springer. - 2006. - P. 255-273.
304. Moldovanu, R. Acute appendicitis – open or minimally-invasive approach? / R. Moldovanu, N. Vlad, E. Tarcoveanu // Chirurgia (Bucur). – 2010. - Vol. 105. - №1. – P. 45-51.
305. Moss, G. Raising the outcome standards for conventional open cholecystectomy/ G. Moss // Am. J. Surg. -1996. - Vol.172. - №4. - P. 383-385.
306. Nageli, J. Laparoskopische Diagnostic bei Verdacht auf akute Appendizitis/ J. Nageli, M. Zund, J. Lange // Helv. Chir. Acta. - 1994. -Vol. 60. - №5. - P. 787-791.
307. Neal, G.E. Experience with laparoscopic and open appendectomies in a surgical residency program/ G.E. Neal, E.C. McClintic, J.S Williams // Surg. Laparosc. Endosc. - 1994. - Vol.4. - №4. -P.272-276.
308. Nonoperative management of blunt splenic injury / N. Ye [et al.] // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. - 2009. -Vol.15. -№ 47. - P. 86-88.
309. Oyetunji, T.A. Laparoscopic appendectomy in children with complicated appendicitis: ethnic disparity amid changing trend / T.A. Oyetunji, B.C. Nwomeh // The Journal of Surgical Research. - 2011. – Vol. 170 (1). - P. 99-103.

310. Patel, M. Laparoscopic cholecystectomy and previous abdominal surgery: a safe technique / M.Patel, D.Smart // Aust.N.Z.J.Surg. - 1996. -Vol. 90. - №3. - P. 207-212.
311. Perissat, J. Gallstones: laparoscopic treatment - cholecystectomy and lithotripsy. Our own technigue / J.Perissat, D.Collet, R. Belliard // Surg. Endosc. - 1990. - Vol. 4. - P. 15.
312. Perissat, J. Laparoscopic cholecystectomy: the European experience / J. Perissat //Am.J.Surg. -1993. - Vol. 165. - №4. - P. 444-449.
313. Personal experience with laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis / P. Bruncak [et al.] // Rozhl. Chir. - 2002. - Vol. 81. - №2. - P. 76-79.
314. Pfeifer, R. Missed injuries in trauma patients: A literature review / R. Pfeifer, H.C. Pape // Patient Saf. Surg. - 2008. -Vol. 23. - №2. - P. 20-22.
315. Polichronidis, A. Twenty years of laparoscopic cholecystectomy: Philippe Mouret –March 17, 1987 / A. Polichronidis, P. Laftsidis, A. Bounovas // JSLS. - 2008. – Vol. 12. - №1. –P. 109-111.
316. Preoperative ultrasound to predict technical difficulties and complication of laparoscopic cholecystectomy / P. Corr [et al.] // Am. J. Surg. - 1994. - Vol. 168. - №1. - P. 54-56.
317. Prospective Comparison of laparoscopic vs. Open Resections for Colorectal Adenocarcinoma over a Ten –Year period / S.K. Patankar [et al.] // Dis. Colon Rectum. - 2003. –Vol. 46(5). - P.601-611.
318. Randomized clinical trial evaluating elective laparoscopic appendicectomy for chronic right lower-quadrant pain / R.M. Roumen [et al.] // Br. J. Surg. - 2008. - Vol. 95. - №2. - P. 169-174.
319. Reasons for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy in an urban teaching hospital / J.H. Peters [et al.] // Am. J. Surg. - 1994. -Vol. 168. - №6. - P.555-558.
320. Recent experience with laparoscopic appendectomy in a Canadian teaching centre / A. Ali [et al.] // Surg. - 2008. - Vol. 51. - №1. - P. 51-55.

321. Reddick, E.J. Laparoscopic laser cholecystectomy / E.J.Reddick, D.O. Olsen // Surg. Endosc. -1989. – Vol. 3. – P. 131.
322. Reich, Y. New techniques in advanced laparoscopic surgery / Y.Reich // Sutton C.Bailliere's clinical obstetrics and gynecology. - Philadelphia: W.B. Saunders, 1989.
323. Results of 19 laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in elderly patients / D. J. Lucidarme [et al.] // Chir. -1997. - Vol.134. - №7 - 8. -P. 291-295.
324. Routine ultrasound and limited computed tomography for the diagnosis of acute appendicitis/ B.R. Toorenvliet [et al.] // World J. Surg.-2010. – Vol. 34. - №10. - P. 2278-2285.
325. Robinson, T.N., Stiegmann, G.V. Everson Laparoscopic palliation of polycystic liver disease// Surg.Eurg.Endosc. - 2015. - №19. – P. 130-132.
326. Ryan, W.L. Appendicitis:Symptoms, Diagnosis and Treatments/ W.L. Ryan. – N.Y.: Elsevier, 2010. - 380 p.
327. Sauerland, S. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis / S. Sauerland, T. Jaschiinski, E.A. Neugebauer // Cochrane Database Syst. Rev. - 2010. – CD001546.
328. Schreiber, J. Early experience with laparoscopic appendectomy in women/ J. Schreiber // Surg. Endosc. - 1987. -Vol.1(4)- P. 211.
329. Semm, K. Die Endoskopische Appendektomie / K. Semm // Gynakol. Prax. -1983. -Vol. 7. -P.131.
330. Sheth, K.R. Operative management of cholecystitis and cholelithiasis/ K.R.Sheth, T.N. Pappas// Shackelford's surgery of the alimentary tract/ ed. by C.J. Yeo. - 6th ed. - Philadelphia: WB Saunders, 2007. - P.1471-1481.
331. Single-incision laparoscopic surgery for cholecystectomy: an evolving technique / A. Chow [et al.] // Surg. Endosc. - 2010. – Vol. 24(3). - P. 709-715.
332. Sinha, R. Acute cholecystitis and laparoscopic cholecystectomy / R. Sinha, N. Sharma // JSLS. - 2002. - Vol. 6. - №1. - P. 65-68.
333. Soper, N.J. Effect of nonbiliary problems on laparoscopic cholecystectomy / N.J. Soper // Am.J.Surg. - 1993. - Vol. 165. - №4. - P. 522-526.

334. Stefanidis, D. Gallbladder perforation: risk factors and outcome / D. Stefanidis, K.R. Sirinek, J. Bingener // J. Surg. Res. – 2006. – Vol. 131. - P. 204-209.
335. Suh, M. K. The effect of pneumoperitoneum and Trendelenburg position on respiratory mechanics during pelviscopic surgery / M.K. Suh, K.W. Seong, S.H. Jung // Korean J. Anesthesiol. – 2010. – Vol. 59. - №5. – P. 329-334.
336. Sun, G.L. A Clinical comparison of laparoscopic versus open appendectomy for complicated appendicitis/ G.L Sun, J.A Eun, Y.K Seong[et al.] // J. Korean Soc. Coloproctol. - 2012. - P. 293-297.
337. Suter, M. 10 - years experience with the use of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: is it safe? / M. Suter, A.A. Meyer // Surg.Endosc. - 2001. – Vol. 15. - №3. - P. 1187-1192.
338. Temporary stoppage of peritoneal dialysis when laparoscopic procedures are performed on patients undergoing CAPD/CCPD: a change in policy / S. Goel [et al.] // Adv. Perit. Dia. - 1998. - Vol. 14. - P. 80-82.
339. A prospective analysis of 1418 Laparoscopic cholecystectomies/ N. Engl [et al.] // The Southern Surgeon Club. -1991. - Vol. 324. -P. 1073.
340. The role of IL-4, IL-6 and FHO-a in the development of complications after echinococcectomy/ A.Z. Vafin [et al.] // Abstracts of XI International Eurasian Congress of surgery and gastroenterology. – Bacu, 2008. - P. 194.
341. The Surgical treatment of a rope complication: gallstone ileus / M. Donari [et al.] // Ann. Jtae Chir. – 2010. – Vol. 81 (1). - P.57-62.
342. The European experience with Laparoscopic cholecystectomy/ A. Cuschieri [et al.] // Am. J. Surg. - 1991. - Vol. 161. - P. 36-44.
343. The effects of laparoscopic cholecystectomy, hysterectomy, and appendectomy on nosocomial infection risks / A. Brill [et al.] // Surg. Endosc. - 2008. - Vol. 22. - №4. - P. 1112-1118.
344. Thambidorai, C.R. Laparoscopic appendicectomy for complicated appendicitis in children / C.R. Thambidorai, Y. Aman Fuad // Singapore Med.J. - 2008. - Vol. 49. - №12. - P. 994-997.

345. Thiele, H. Komplikationen nach 1000 laparoskopischen Cholecistektomien/ H. Thiele, R.D. Lang // Chirurg. - 1994. - Vol. 65. - №9. -P. 795-800.

346. Traditional and laparoscopic appendectomy in adults: outcomes in English NHS hospitals between 1996 and 2000// Ann.Surg. - 2008. - Vol. 248. - №5. - P. 800-806.

347. Tuveri, M. Laparoscopic cholecystectomy: complication and conversions with the 3-trocar technique: a 10-year review / M. Tuveri, A. Tuveri// Surg. Laparosc. Endosc. Percutam. Tech.-2007. - Vol. 17. –P. 380-384.

348. Unsuspected carcinoma of the gallbladder. A laparoscopic dilemma / E.M. Targarona [et al.] // Surg.Endosc. - 1994. - Vol. 8. - №3. – P. 211-213.

349. Use of laparoscopy in evaluation and treatment of penetrating and blunt abdominal injuries / G.K. Kaban [et al.] // Surg. Innov. - 2008. -Vol. 15. -№1. - P. 26-31.

350. Vander Velpen, G.C. Diagnostic yield and management benefit of laparoscopy: a prospective audit / G.C. VanderVelpen, S.M. Shimi, A. Cuschieri // Gut.- 1994. – Vol. 35 (11). - P. 1617-1621.

351. Varma, R. Laparoscopic entry techniques: clinical guideline, national survey and medicolegal ramifications / R.Varma, I. Gupta // Surg. Endosc. -2008. - Vol. 22. - P. 2686-2697.

352. Vascular complications in minimally invasive surgery/ J. Fruhwirth [et al.] // Surg. Laparosc. Endosc. - 1997. - Vol. 7. - №3. - P. 251-254.

353. Videolaparoscopic treatment of spleen injuries. Report of two cases/ A. Tricaryo [et al.] // Surg.Endosc. - 1994. - Vol. 8. - №8. - P. 910-912.

354. Wauben, L.S. Application of ergonomic guidelines during minimally invasive surgery: a questionnaire survey of 284 surgeons / L.S. Wauben, M.A. van Veelen, D. Gossot // Surg. Endosc. – 2006. – Vol. 20. - №8. - P. 1268-1274.

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ УЧЁНОЙ СТЕПЕНИ

Статьи в рецензируемых журналах:

- 1-** А. Назаров Ф.Н. История и проблемы эндовидеохирургии в Таджикистане / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов//Ж. «Известия Академии наук Республики Таджикистан». - Душанбе.- 2013. - №1.- С. 72-76.
- 2 -** А. Назаров Ф.Н. Состояние оксидантного статуса и перекисного окисления липидов при остром калькулёзном холецистите / Ф.Н. Назаров, Ф.Б. Бокиев, Х.Б. Едалиева, А.М. Сабурова, Т.Г. Гульмурадов// Ж. «Доклады Академии наук Республики Таджикистан».- Душанбе. - 2013.- №1.- С. 78-81.
- 3-** А. Назаров Ф.Н. Диагностическая и лечебная видеолaparоскопия при травме живота / Ф.Н. Назаров, Т. Г. Гульмурадов, Х.Н. Назаров, У.У. Ёров, З.Р. Мирзоев// Ж. «Известия Академии наук Республики Таджикистан».- Душанбе. - 2013.- № 3-4 (184).-С. 44-48.
- 4-** А. Назаров Ф.Н. Изменения центральной гемодинамики при лапароскопической холецистэктомии у больных с желчно каменной болезнью /Ф.Н. Назаров, Т.Г. Гульмурадов, Д.Б. Хамидов, И.Х. Уразов// Ж. «Доклады Академии наук Республики Таджикистан».- Душанбе. - 2013.- №9.- Том. 56.- С. 750-755.
- 5-** А.Назаров Ф.Н. Видеоэндоскопическая хирургия эхинококкоза печени / Ф.Н. Назаров, Д.С. Сангов, Т.Г. Гульмурадов// Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2013. - №3.- С. 53-57.
- 6-** А.Назаров Ф.Н. Результаты лапароскопических операции при гинекологических заболеваниях / Ф.Н. Назаров, Т.Г. Гульмурадов, Х.Ш. Сабурова// Ж. «Здравоохранение Таджикистана». - Душанбе.- 2013. - №4.- С. 31-35.
- 7-** А.Назаров Ф.Н. Сравнительная оценка результатов традиционной и лапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов// Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2013.- №4.- С. 51-57.
- 8-** А.Назаров Ф.Н. Диагностика и лечение абдоминальных поврежденных при сочетанных травмах / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров// Ж. «Здравоохранение Таджикистана». - Душанбе.- 2013.- №4.- С. 57-61.
- 9-** А. Назаров Ф.Н. Проблемы первый помощи при сочетанных травмах / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров// Ж. «Вестник Таджикского национального университета».- Душанбе: Сино. -2014.- №1/1(126) .- С. 233-237.
- 10-** А.Назаров Ф.Н. Диагностическая и лечебная лапароскопия при остром аппендиците / Ф.Н. Назаров, У.У. Ёров, З.Р. Мирзоев// Ж. «Вестник

Таджикского национального университета».- Душанбе: Сино.- 2013.- №1/3 (110).- С. 200-203.

11-А.Назаров Ф.Н. Социально-экономические аспекты применения лапароскопической технологии в лечении желчнокаменной болезни / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т. Г. Гульмурадов//Ж. «Вестник Таджикского национального университета». -Душанбе: Сино.- 2013.- №1/3 (110).- С. 240-244.

12-А.Назаров Ф.Н. Эндовидеохирургия в диагностике и лечении острого аппендицита / Ф.Н. Назаров, У.У. Ёров, З.Р. Мирзоев// Ж. «Вестник Педагогического университета».- Душанбе.- 2014.- №2 (57).- С. 219-222.

13-А.Назаров Ф.Н. Социально-гигиеническая и экономическая эффективность эндовидеохирургии в лечении желчнокаменной болезни // Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т. Г. Гульмурадов // Ж. «Вестник Педагогического университета».- Душанбе.- 2014.- №2(57).- С. 214-218.

14-А.Назаров Ф.Н. Оценка медико-социальной эффективности применения видеолaparоскопической технологии в хирургии / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гулмурадов// Ж. «Здравоохранение Таджикистана». - Душанбе.- 2014.- №2.- С. 50-56.

15-А.Назаров Ф.Н. Клинико-экономический анализ эффективности лапароскопического и традиционного методов лечения острого аппендицита / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов//Ж. «Вестник академии медицинских наук Таджикистана».- Душанбе.- 2017.- №4 (24).- С. 47-51.

16-А.Назаров Ф.Н. Применение эндовидеохирургических технологии и их эффективность при оперативном лечении гинекологических больных Хатлонской области / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов//Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2017.- №4.- С. 30-37.

17-А.Назаров Ф.Н. Эффективность эндохирургического лечения эхинококкоза печени / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадов//Ж. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения».- 2018.- №4.- С. 45-51.

Монография

18-А. Назаров Ф.Н. Огнестрельные ранения живота с повреждением ободочной кишки/ Ф.Н. Назаров, Т.Г. Гульмурадов // Душанбе: Ирфон.- 2014.- 132 с.

Статьи и тезисы в сборниках конференции:

19-А. Назаров Ф.Н. Состояние и перспективы развития эндохирургической службы в Республике Таджикистан / Ф.Н. Назаров, Т.Г.

Гульмурадов//Ж.«Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2001.- №4 - С. 43-44.

20-А. Назаров Ф.Н. Парапузырный инфильтрат и его влияние на ход лапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, Ш.И. Ходиев //Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2001.- №4.- С.- 196-197.

21-А. Назаров Ф.Н. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите / Ф.Н. Назаров, Ш.И. Ходиев, Т.Г. Гульмурадов// 7-й Московский Международный конгресс по эндоскопической хирургии.- Москва.- 2003.- С. 267-268.

22-А. Назаров Ф.Н. Лапароскопические операции при острых заболеваниях органов брюшной полости. / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров, Д.С. Бабаджанов, М.Ш. Партов, А.М. Курбанов //Материалы X юбилейного московского международного конгресса по эндоскопической хирургии.- Москва.- 2006.- С. 144

23-А. Назаров Ф.Н. Применение видеоэндохирургической технологии в диагностике и лечении абдоминальных патологий / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров, Д.С. Бабаджанов, А.М. Курбанов, А.Н. Хакимов// Материалы научно-практической конференции хирургов Хатлонской области.- Курган – Тюбе.- 2007.- С. 89-91.

24-А. Назаров Ф.Н. Сравнительная оценка результатов традиционной и лапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, Т.Г. Гульмурадов, Д.С. Бабаджанов// Материалы Республиканской научно-практической конференции с международным участием.- Турсунзаде.- 2007.- С. 27-29.

25-А. Назаров Ф.Н. Состояние и перспектива развития неотложной хирургической помощи в Хатлонской области / Ф.Н. Назаров, Д.С. Бабаджанов //Материалы научно-практической конференции хирургов Хатлонской области. Курган – Тюбе.- 2007.- С. 3-5.

26-А. Назаров Ф.Н. Перспективы развития эндохирургической службы в Республике Таджикистан и её социально-экономические аспекты / Ф.Н. Назаров, Т.Г. Гульмурадов //Материалы научно-практической конференции хирургов Хатлонской области. -Курган – Тюбе.- 2007.- С. 13-17.

27-А. Назаров Ф.Н. Возможность лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / Ф.Н. Назаров, А.Н. Хакимов, А.М. Курбанов, Х. Кассиров, Т.С. Бекназаров// Материалы XIII Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии.- Москва.- 2009.- С. 218-219.

28-А. Назаров Ф.Н. Осложнения видеолaparоскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, А.Н. Хакимов, А.М. Курбанов, Х. Кассиров, Т.С. Бекназаров//

Материалы XIII Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. Москва.- 2009.- С. 219-220.

29-А. Назаров Ф.Н. Видеоэндохирургические методы в диагностике и лечении абдоминальных повреждений сочетанных травм / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров, А.М. Курбанов//Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе. 2009. - №1.- С. 223-225.

30-А. Назаров Ф.Н. Эндоскопические вмешательства при желтухе механического генеза / Ф.Н. Назаров, А.Ф. Мирзозода, А.М. Курбанов, А.Н. Хакимов, Ё.Д. Бояков// Материалы XIV Московского Международного конгресса по эндоскопической хирургии.- Москва.- 2010.- С. 246-247.

31-А. Назаров Ф.Н. Видеоэндохирургические методы в диагностике и лечении абдоминальных повреждений сочетанных травм / Ф.Н. Назаров, Х.Н. Назаров, А.М. Курбанов// Материалы II международного конгресса травматологов и ортопедов. – Москва.- 2011.- С. 209-210.

32-А. Назаров Ф.Н. Клинические аспекты тотальной внутривенной анестезии с кетаминном при лапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, В.Т. Сатторов, Д.С. Саидов, У.У. Ёров, К.Б. Сатторов//Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2011. - №2.- С. 180-181.

33-А. Назаров Ф.Н. Возможность лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите / Ф.Н. Назаров, Ё.Д. Бояков, А.М. Курбанов//Ж. «Здравоохранение Таджикистана».- Душанбе.- 2011. - №2.- С. 181-182.

34-А. Назаров Ф.Н. Осложнения видеолaparоскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров //Материалы V съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе.- 2011.- С. 142.

35-А. Назаров Ф.Н. Социально-экономические аспекты эндохирургии и её эффективность у больных с холециститом / Ф.Н. Назаров, А.М. Курбанов, В.Т. Сатторов, У.У. Ёров// Материалы V съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе/- 2011.- С. 49.

36-А. Назаров Ф.Н. Эндоскопические вмешательства при желтухе механического генеза / Ф.Н. Назаров, А.Ф. Мирзозода, А.М. Курбанов// Материалы V съезда хирургов Таджикистана.- Душанбе.- 2011.- С. 50.

37-А. Назаров Ф.Н. Сравнительная оценка результатов традиционной и лапароскопической холецистэктомии / Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гулмурадов //Вестник последипломого образования в сфере здравоохранения.- 2014.- №2.-С.35-41.

38-А. Назаров Ф. Н. Возможности видеолaparоскопической диагностики и лечения изолированных и сочетанных повреждений печени/ Ф. Н. Назаров,

Х.Н. Назаров, Х.А. Пиров, У.У. Ёров//Ж. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения».- 2014.- №2.-С.47-50.

39-А. Назаров Ф.Н. Диагностическая и лечебная видеолапароскопия при остром аппендиците / Ф.Н. Назаров, У.У. Ёров, А.М. Курбонов, Х.А. Пиров// Материалы ежегодной XXI научно-практической конференции. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения».- 2015.-С.166-168.

40-А. Назаров Ф.Н. Результаты лапароскопических операций при гинекологических заболеваниях / Ф.Н. Назаров, Х.Ш. Сабурова, С.С. Бурхонова// Материалы ежегодной XXI научно-практической конференции. «Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения».- 2015.- С.168-171.

41-А. Назаров Ф.Н. Эндохирургическая технология: эффективность в оперативном лечении гинекологических больных в Хатлонской области/ Ф.Н. Назаров, А.А. Ахмедов, Т.Г. Гульмурадov //Материалы научно-практической конференции посвященной 26-летию Независимости Республики Таджикистан.-2017.- С.113-114.