

© В. В. Семёнов, Ал. А. Курыгин, 2014
УДК 617.5-089

В. В. Семёнов, Ал. А. Курыгин

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ ЖИВОТА: СПОРНЫЕ И ОЧЕВИДНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ

Кафедра факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова (зав. — академик РАН Н. А. Майстренко),
Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: *симультанные операции, абдоминальная хирургия*

Симультанные оперативные вмешательства в хирургической практике известны очень давно. Впервые о такой операции сообщил А. Claudius в 1735 г.: больному была выполнена аппендектомия в сочетании с герниопластикой [3, 29, 34, 37]. Понятие «симультанная операция» появилось в медицинской литературе в 60-е годы прошлого столетия. В 1971 г. М. Reifferscheid [43] употребил этот термин в своей статье «Одновременное вмешательство в брюшной полости — хирургические аспекты». В отечественной литературе в 1976 г. впервые использовали этот термин Л. И. Хнох и И. Х. Фельтшинер [29]. Под симультанными операциями они понимали одновременно проводимые вмешательства на двух органах брюшной полости и более по поводу разных заболеваний. В дальнейшем Н. Н. Малиновский и соавт. [18], Л. В. Поташов, В. М. Седов [24], В. Д. Фёдоров [27] дополнили это определение возможностью выполнения симультанных операций из одного или разных хирургических доступов как в животе и забрюшинном пространстве, так и в других полостях и частях тела.

Термин «симультанный» происходит от латинского слова «simul» — «вместе, совместно», английского «simultaneous» и французского «simultan» — «одновременный». В отечественной литературе в качестве русского синонима симультанных вмешательств прочно укоренился термин «сочетанные операции». Некоторые авторы считают его более правильным, так как понятие «одновременные операции», по их мнению, подразумевает параллельное выполнение оперативных вмешательств двумя хирургическими бригадами на разных областях тела [2, 6, 18–23, 27]. Сразу следует отметить, что в этом отношении причин для дискуссии нет. Если вмешательства на двух органах и более по поводу разных заболеваний выполняются одновременно двумя хирургическими бригадами, то это никак не противоречит определению и сути сочетанных операций. Такие варианты сочетанных вмешательств выполняются достаточно редко и обусловлены необходимостью одновременного устранения хирургической патологии в разных полостях или частях тела, при этом, как правило, совместно работают хирурги разных специальностей. В подавляющем большинстве сочетанных операций и во всех случаях симультанных вмешательств на

органах брюшной полости и забрюшинного пространства операции выполняются последовательно одной хирургической бригадой или с участием хирургов специализированного профиля. Таким образом, термины «симультанные» и «сочетанные» операции следует считать полными синонимами.

Совершенно иное значение имеют понятия «расширенные» и «комбинированные» хирургические вмешательства, которые нередко ошибочно относят к симультанным. Оба понятия характеризуют онкологические операции, превышающие стандартный объём вмешательства на органе и лимфодиссекции при раке одной локализации (одной нозологической форме). Одномоментные операции при первично-множественных злокачественных опухолях разных органов полностью соответствуют понятию сочетанного вмешательства [10, 11].

Таким образом, симультанная (сочетанная) операция предусматривает выполнение в условиях одной (как правило, общей) анестезии хирургических вмешательств на двух органах и более по поводу разных, этиологически не связанных между собой заболеваний. Симультанная операция включает в себя основное (как правило, наибольшее по объёму) вмешательство, направленное на устранение наиболее опасного для жизни патологического процесса, и сопутствующую операцию (операции) по поводу одного и более заболеваний, выявленных при дооперационном обследовании или обнаруженных во время основного хирургического вмешательства. Этапы сочетанных операций на органах живота и забрюшинного пространства выполняются исключительно последовательно.

Наиболее спорным является вопрос о классификации симультанных операций. Существующие в литературе предложения основаны на каком-либо одном классификационном признаке, что практически исключает сопоставление данных разных публикаций. М. Reifferscheid [43] разделил симультанные вмешательства по показаниям: абсолютным и относительным. Л. И. Хнох и И. Х. Фельтшинер [29] предложили классифицировать сочетанные операции на лечебные, профилактические, диагностические и вынужденные. Вполне очевидно, что все 4 пункта вызывают ряд существенных вопросов и критических замечаний. Неясен смысл 3 последних положений: если хирургические вмешательства выполняются по поводу 2 заболеваний и более, то что означает «профилактическая» симультанная опера-

Сведения об авторах:

Семёнов Валерий Владимирович (e-mail: semvel-85@mail.ru), Курыгин Александр Анатольевич (e-mail: kurygin@gmail.com),
кафедра факультетской хирургии им. С. П. Фёдорова, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова,
194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, 6

ция — не лечение данных заболеваний, а профилактику их осложнений? Если под диагностическим вмешательством понимать, например, биопсию, как сопутствующий этап операции, то устранение основного заболевания уже не имеет значения для квалификации сочетанной операции как лечебной? Если понятие «вынужденные» означает абсолютные показания к операции (например злокачественное или воспалительно-деструктивное заболевание), то почему и эти симультанные вмешательства не относятся к лечебным? Перечисленные и другие вопросы подвергают сомнению правомочность такого варианта классификации. Несогласие с ней высказывали Л.В.Поташов и В.М.Седов [23]. По их мнению, интраоперационная биопсия, если она выполняется на здоровом органе, не может считаться симультанным этапом операции. Авторы также не согласны с тем, что так называемое «вынужденное» вмешательство по поводу интраоперационных ятрогенных осложнений можно квалифицировать как сопутствующий (дополнительный) этап, и операцией в целом считать сочетанной.

Согласно другим классификационным признакам, симультанные операции предлагается делить на плановые и срочные [6, 23]; традиционные (открытые), эндовидеохирургические и комбинированные [4, 12]. D. Lochlein и R. Pichlmaug [41] предложили классифицировать сочетанные операции по степени тяжести (объёму вмешательства): 1) малые по объёму операции, которые в совокупности незначительно повышают хирургическую агрессию и имеют низкую степень операционно-анестезиологического риска (например, аппендэктомия и удаление кисты яичника); 2) вмешательства средней степени тяжести, которые увеличивают операционную травму, но не сопровождаются значительным повышением операционно-анестезиологического риска (например, холецистэктомия и устранение послеоперационной вентральной грыжи); 3) вмешательства высокой степени риска, обусловленного тяжестью операционной травмы, значимыми сопутствующими заболеваниями пациента и вероятностью послеоперационных осложнений (например, гастрэктомия и холецистэктомия).

Таким образом, терминологические аспекты симультанных операций представлены в литературе весьма неоднозначно, а порой и некорректно. До сих пор отсутствует классификация сочетанных операций, которая включала бы в себя несколько квалификационных критериев и позволяла систематизировать различные симультанные вмешательства с целью более достоверного сравнительного анализа результатов лечения.

По данным ВОЗ, сочетанная патология встречается у 20–30% больных хирургического профиля [1–3, 8, 9, 16, 30, 31, 39, 50]. Вместе с тем, несмотря на ряд очевидных достоинств симультанных операций, их доля составляет лишь 1,5–6% от всех выполняемых хирургических вмешательств [2, 10, 13, 32, 35, 45]. Столь низкий показатель можно объяснить несколькими причинами как объективного, так и субъективного характера. Традиция очень сдержанного отношения к расширению объёма оперативного вмешательства с целью минимизации операционно-анестезиологического риска имела прочные позиции до 80–90-х годов прошлого столетия и, в первую очередь, была обусловлена несовершенством анестезиологического (мониторного, дыхательного и наркозного) оборудования. Увеличение длительности операции в условиях общей анестезии с искусственной вентиляцией лёгких более 3 ч имело статистически достоверные негативные последствия [5, 36]. Непопулярность симультанных опера-

ций объяснялась ещё и тем, что поэтапное хирургическое лечение сочетанных заболеваний, помимо снижения риска, улучшало статистические показатели лечебного учреждения. Экономические аспекты при советской системе бесплатного здравоохранения не имели большого значения, а для пациента очередная плановая госпитализация не представляла никаких трудностей.

В современных условиях основной объективной причиной отказа от симультанных вмешательств является высокий операционно-анестезиологический риск у больных 3-й и 4-й группы по классификации ASA. Число таких больных постепенно растёт в связи с увеличением доли пациентов пожилого и старческого возрастов [5–7, 15, 26, 39, 40]. Следует, однако, заметить, что у больных 3-й группы хирурги, анестезиологи и терапевты нередко преувеличивают степень риска с целью отказа от сочетанной операции, при которой вероятность различных осложнений закономерно выше по сравнению с одиночным вмешательством. Другими причинами невыполнения симультанных операций в плановом порядке являются неполноценное обследование больного и, следовательно, дефект диагностики сопутствующего хирургического заболевания, недостаточное техническое оснащение стационара, а также отсутствие опыта выполнения тех или иных вмешательств.

Отказ от сочетанной операции может быть мотивирован ещё двумя обстоятельствами. Если оба вмешательства планируется выполнить эндовидеохирургическим способом, но при этом продолжительность операции, карбоксипневмоперитонеума и общей анестезии значительно превышает время основного оперативного этапа, анестезиологи могут сформулировать противопоказание к симультанному вмешательству в связи с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой, дыхательной или других систем. О.В.Галимов и соавт. [6], изучив и сравнив показатели внешнего дыхания и системы гемостаза при традиционных и лапароскопических симультанных операциях, обнаружили значительные нарушения указанных функций при эндовидеохирургических (особенно при продолжительных) вмешательствах.

Если оба этапа операции могут быть выполнены только открытым способом и при этом необходимы два доступа, то отказ от сочетанного вмешательства нередко предлагается самими хирургами из-за высокой травматичности операции и связанных с ней возможных осложнений и негативных последствий или высказывается пациентом из-за выраженного, по его мнению, косметического дефекта.

Как видно, малая доля симультанных операций в плановой хирургии обусловлена значительным перечнем объективных и субъективных, обоснованных и недостаточно аргументированных причин для отказа от расширения объёма вмешательства. Крайне редко сочетанные операции выполняются в неотложной хирургии. Во многих случаях противопоказанием к расширению объёма вмешательства является тяжёлое состояние больного. Симультанные операции практически не выполняются в условиях распространённого перитонита, при кровопотере тяжёлой степени и абсолютно противопоказаны больным 4-й группы по классификации ASA независимо от характера ургентной патологии [5, 45]. Нередко сопутствующее хирургическое заболевание остаётся нераспознанным вследствие сокращённого объёма дооперационного обследования пациента или неполноценной ревизии органов живота во время вмешательства [9, 16, 31, 48]. Правомочность и необходимость симультанной операции не вызывают сомнения лишь в тех немногих случаях, когда у

больного обнаруживаются 2 urgentных хирургических заболевания [15, 24, 28, 34, 37, 41].

Таким образом, вопрос о показаниях и противопоказаниях к симультанным операциям является самым спорным в этой проблеме. Как уже говорилось выше, аргументировать отказ от сочетанного вмешательства в большинстве случаев значительно проще, чем обосновать его целесообразность. Поэтому логично, что перечень противопоказаний можно встретить в некоторых литературных источниках, а сформулированных показаний к симультанным операциям практически нет [1, 7, 16, 31, 36, 44]. До сих пор каких-либо определённых решений по данному вопросу не было принято ни на одном съезде отечественных хирургов. Вместе с тем, одновременное лечение сочетанной хирургической патологии уже давно рассматривается как новое программное направление в хирургии [2–4, 8, 11, 14–21, 38, 45–50].

В настоящее время тезис о целесообразности симультанных операций, возможности и необходимости более частого их выполнения в плановой хирургии является вполне очевидным. Преимущества сочетанных вмешательств обоснованы, доказаны и представлены в литературе. Во-первых, пациент избавляется от 2, а иногда и 3 заболеваний, основное из которых, как правило, представляет непосредственную угрозу жизни или здоровью пациента, а сопутствующая патология чревата непредсказуемым развитием хотя бы одного или даже нескольких опасных осложнений. Следовательно, хирургическое лечение оказывается «вдвойне своевременным». Во-вторых, одновременное устранение сопутствующего заболевания органов живота исключает все возможные технические трудности и осложнения, которые обусловлены спасательным процессом и могут возникнуть во время второй операции при этапном лечении больного. Это обстоятельство особенно актуально, если второе вмешательство планируется выполнить лапароскопически. Третьим и очень важным в современных условиях преимуществом является высокая экономическая эффективность симультанного хирургического лечения, которое исключает повторную госпитализацию с обязательным объёмом дооперационного обследования, а в некоторых случаях и предоперационной подготовки. Кроме того, показатели койко-дня при сочетанных вмешательствах намного меньше общей продолжительности госпитализации при двухэтапном лечении. И наконец, необходимо отметить, что любая операция является сильным стрессорным фактором для каждого пациента, и ожидание очередной госпитализации сопровождается выраженным психологическим дискомфортом и даже страхом. Нередки случаи, когда больные под разными предлогами уклоняются от второго вмешательства, а при отсутствии существенных жалоб и вовсе отказываются от него. В этом отношении симультанные операции обладают ещё одним важным преимуществом [1–4, 8, 11, 19, 38, 42, 47].

При современных возможностях анестезиологического обеспечения и интенсивной терапии объём оперативного вмешательства, т.е. степень хирургической агрессии, перестал быть ведущим фактором, определяющим характер и тяжесть течения раннего послеоперационного периода [5, 7, 15, 33]. Кроме того, современный арсенал эндовидеохирургических, лапароскопически ассистированных и комбинированных методик позволяет значительно расширять объём операции без существенного, т.е. клинически значимого, увеличения степени хирургической агрессии и, соответственно, напряжения срочных адаптационных реакций организма. Выраженность последних двух факторов

снижается также благодаря многоуровневой анальгезии [5, 30, 36].

Следовательно, риск симультанного вмешательства определяется, в первую очередь, уровнем функциональных резервов пациента, и степень этого риска в большинстве случаев сопоставима с таковой при изолированном выполнении основного этапа вмешательства [26, 31, 42]. Многие авторы убедительно показывают, что непосредственные результаты симультанных операций по целому ряду показателей не уступают результатам аналогичных изолированных вмешательств. Обязательными условиями для этого являются полноценное обследование больного с определением его функциональных резервов, обоснование показаний к сочетанной операции и выбора варианта её выполнения, проведение предоперационной подготовки [3, 14, 25, 31]. При соблюдении этих условий хорошие ближайшие результаты различных симультанных вмешательств достигаются в том числе и среди больных пожилого и даже старческого возрастов 3-й группы операционно-анестезиологического риска по классификации ASA [15, 26]. Имеются данные о том, что частота ранних осложнений после сочетанных операций достоверно меньше, чем суммарное число осложнений при двухэтапном хирургическом лечении сопоставимых групп больных [2, 3, 14, 26, 42].

Таким образом, анализ литературы позволяет сделать 2 основных вывода. Во-первых, спорные вопросы, касающиеся терминологии и классификации симультанных операций, а также показаний и противопоказаний к ним, требуют обсуждения, определения и систематизации в целях единого понимания перечисленных аспектов. Во-вторых, очевидные преимущества обоснованных симультанных операций на органах живота являются руководством для увеличения частоты этих вмешательств в современных условиях.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Али Б.Р.А.А. Оценка результатов симультанных абдоминальных операций: Дис. ... канд. мед. наук. Ярославль, 2009. 109 с.
2. Альтмарк Е.М. Симультанные лапароскопические операции // Вестн. хир. 2007. № 4. С. 111–113.
3. Басос А.С. Симультанное хирургическое лечение гинекологических заболеваний и хронического калькулезного холецистита: Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2008. 120 с.
4. Батвинков Н.И., Кояло И.К., Горелик П.В. Абдоминальные симультанные операции // Здравоохран. Белоруссии. 1998. № 1. С. 29–31.
5. Бунатян А.А., Буров Н.Е., Гологорский В.А. и др. Руководство по анестезиологии. М.: Медицина, 1994. 655 с.
6. Галимов О.В., Нуртдинов М.А., Сендерович Е.И., Галлямов Э.А. Сочетанные лапароскопические вмешательства при желчнокаменной болезни // Вестн. хир. 2002. № 1. С. 82–86.
7. Галлямова С.В. Прогнозирование безопасности анестезиологического обеспечения при выполнении сложных сочетанных эндохирurgicalических вмешательств: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 22 с.
8. Гордеев С.А. Оценка травматичности симультанных лапароскопических вмешательств // Эндоскоп. хир. 2006. № 10. С. 66–68.
9. Гордеева Т.В. Симультанные лапароскопические операции при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза у женщин: Дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2006. 209 с.
10. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е., Стилиди И.С., Магаладзе З.О. Тактика хирургического лечения больных синхронными

- первично-множественными злокачественными опухолями в сочетании с раком лёгкого // Проблемы современной онкологии: материалы юбилейной конф. Томск, 1999. С. 78–80.
11. Дыхно Ю.А. Симультанные операции при раке лёгкого // Сибирск. онкол. журн. 2009. № 1. С. 83–85.
 12. Дыхно Ю.А., Артюхов И.П., Урста О.В. Экономическое обоснование симультанных операций у онкобольных // Сибирск. онкол. журн. 2002. № 1. С. 42–45.
 13. Евтихова Е.Ю., Шурыгин С.И., Грачев И.С. и др. Симультанные операции при патологии органов брюшной полости и послеоперационных вентральных грыжах // Вестн. трансплантол. и искусств. органов. 2006. № 3. С. 44–45.
 14. Земляной А.Г., Малкова С.К. Симультанные операции на органах брюшной полости // Хирургия. 1986. № 3. С. 22–26.
 15. Иванов Ю.В., Соловьев И.А., Шарнов М.Б. Современные представления о сочетанной хирургической патологии и симультанных операциях // Анналы хир. 2007. № 4. С. 17–20.
 16. Лебедева Е.А. Симультанные лапароскопические холецистэктомии и гинекологические операции при сочетанной патологии желчного пузыря и органов малого таза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2010. 24 с.
 17. Луцевич О.Э., Гордеев С.А., Запорожцев Д.А. и др. Оценка травматичности симультанных лапароскопических вмешательств // Эндоскоп. хир. 2005. № 2. С. 25–29.
 18. Малиновский Н.Н. Сочетанные оперативные вмешательства в хирургической практике // Хирургия. 1983. № 12. С. 63–68.
 19. Милонов О.Б., Ванцян Э.Н., Мовчун А.А., Черноусов А.Ф. О сочетанных операциях на желчных путях и желудке // Хирургия. 1971. № 5. С. 75–80.
 20. Милонов О.Б., Черноусов А.Ф., Смирнов В.А. и др. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии // Хирургия. 1982. № 12. С. 89–93.
 21. Перельман М.И. Сочетанные операции на лёгких и других органах // Анналы хир. 1996. № 1. С. 28–31.
 22. Поташов Л.В., Васильев В.В., Семенов Д.Ю. и др. Сочетанные оперативные вмешательства в видеоэндохирургии // Эндоскоп. хир. 2003. № 5. С. 8–12.
 23. Поташов Л.В., Седов В.М. Сочетанные оперативные вмешательства // Хирургия. 1979. № 8. С. 61–65.
 24. Поташов Л.В., Седов В.М., Фигурина Т.Д. Сочетанные оперативные вмешательства и их роль в современной хирургии // Вестн. хир. 1987. № 4. С. 131–134.
 25. Рутенбург Г.М., Стрижелецкий В.В., Альтмарк Е.М. К вопросу об очерёдности выполнения симультанных лапароскопических вмешательств // Эндоскоп. хир. 2007. № 5. С. 41–44.
 26. Толчиашвилли З.А., Тепляшин А.С., Максименков А.В. Холецистэктомия при симультанных оперативных вмешательствах // Лазерная медицина. 2003. Т. 7, вып. 3/4. С. 81–82.
 27. Фёдоров В.Д. Одномоментные обширные и сочетанные операции // Хирургия. 1983. № 3. С. 8–15.
 28. Хамидов А.И., Магомедов М.П. Симультанные оперативные вмешательства в хирургической практике // Клини. хир. 1990. № 1. С. 50–52.
 29. Хнох Л.И., Фельштинер И.Х. Симультанные операции в брюшной полости // Хирургия. 1976. № 4. С. 75–79.
 30. Шанин Ю.Н. Патологическая боль и саногенетическое обезболивание: лекция для врачей. СПб.: СПбНИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, 2003. 22 с.
 31. Шепелева Е.В. Сочетанные и симультанные операции при доброкачественных опухолях яичников: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Самара, 2005. 26 с.
 32. Chen Y., Bai J., Guo Y., Zhang G. The simultaneous repair of an irreducible diaphragmatic hernia while carrying out a cesarean section // Int. J. Surg. Case Rep. 2013. Vol. 4, № 9. P. 771–772.
 33. Das S. Simultaneous umbilical hernia repair in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: is obesity a risk factor for recurrence? // J. Postgrad. Med. 2008. Vol. 54, № 1. P. 58–59.
 34. Esser G., Mirtz G. Incidental appendectomy with cholecystectomy // Am. J. Surg. 1987. Vol. 53, № 10. P. 553–557.
 35. Gillen S., Michalski C.W., Schuster T. et al. Simultaneous/Incidental cholecystectomy during gastric/esophageal resection: systematic analysis of risks and benefits // World. J. Surg. 2010. Vol. 34, № 5. P. 1008–1014.
 36. Harmon G.D., Senagore A.J., Kilbride M.J. Interleukin-6 response to laparoscopic and open colectomy // Dis. Colon Rectum. 1994. Vol. 37, № 8. P. 754–759.
 37. Hellenthal N.J., Stewart G.S., Cambio A.J., Delair S.M. Renal cell carcinoma metastatic to gallbladder: a survival advantage to simultaneous nephrectomy and cholecystectomy // Int. Urol. Nephrol. 2007. Vol. 39, № 2. P. 377–379.
 38. Kamer E., Unalp H.R., Derici H. et al. Laparoscopic cholecystectomy accompanied by simultaneous umbilical hernia repair: a retrospective study // J. Postgrad. Med. 2007. Vol. 53, № 3. P. 176–180.
 39. Kim J.J., Schirmer B. Safety and efficacy of simultaneous cholecystectomy at Roux-en-Y gastric bypass // Surg. Obes. Relat. Dis. 2009. Vol. 5, № 1. P. 48–53.
 40. Lai S.L., Yang J.C., Wu J.M. et al. Combined cholecystectomy in gastric cancer surgery // Int. J. Surg. 2013. Vol. 11, № 4. P. 305–308.
 41. Löhlein D., Pichlmayr R. Risk of combined surgical procedures in operations of colon and rectum // Langenbecks Arch. Chir. 1977. Bd. 343, № 3. S. 205–216.
 42. Mc Sherry C.K., Glenn F. Biliary tract surgery concomitant with other intra-abdominal operations // Ann.Surg. 1981. Vol. 193, № 2. P. 169–175.
 43. Reifferscheid M. Der simultaneingriff in der Bauchhöhle – chirurgischer aspekte // Zent. Bl. Chir. 1971. Bd. 5. S. 1210.
 44. Shaffer E.A. Epidemiology and risk factors for gallstone disease: has the paradigm changed in the 21st century? // Curr. Gastroenterol. Rep. 2005. Vol. 7, № 2. P. 132–140.
 45. Shennib H., Fried G.M., Hampson L.G. Does simultaneous cholecystectomy increase the risk of colonic surgery // Am. J. Surg. 1986. Vol. 151, № 2. P. 266–268.
 46. Stanek A., Stefaniak T., Kaska Ł. et al. Simultaneous laparoscopic splenectomy and cholecystectomy // Pol. Merkur. Lekarski. 2001. № 62. S. 158–159.
 47. Thompson J.S., Philben V.J., Hodgson P.E. Operative management of incidental cholelithiasis // Am. J. Surg. 1984. Vol. 148, № 6. P. 821–824.
 48. Tranmer B.I., Graham A.M., Sterns E.E. Incidental appendectomy ? – Yes // Can. J. Surg. 1981. Vol. 24, № 2. P. 191–192.
 49. Tsivian A., Konstantinovskiy A., Tsivian M. et al. Concomitant laparoscopic renal surgery and cholecystectomy: outcomes and technical considerations // J. Endourol. 2009. Vol. 23, № 11. P. 1839–1842.
 50. Zilberstein B., Pajeccki D., Andrade C.G. et al. Simultaneous gastric banding and cholecystectomy in the treatment of morbid obesity: is it feasible? // Obes. Surg. 2004. Vol. 14, № 10. P. 1331–1334.

Поступила в редакцию 18.06.2014 г.