

майбутньому держави, адже рівень народжуваності не забезпечує простого відтворення населення.

На державному рівні необхідно переглянути законодавчі акти стосовно питань заборони добровільного абортів та створити нові із врахуванням положень персоналістичної біоетики.

Для зцілення потерпілих від абортів та наслідків ПАСу необхідно створити реабілітаційні центри, забезпечені священиками, кваліфікованими лікарями та психологами з відповідною фаховою підготовкою.

Література

1. Блехшміт Е. Збереження індивідуальності: Людина – особа від самого початку. Дані ембріології людини. – Львів, 2003. – 120с.

2. Вікторенко В. Г. Суть постабортного синдрому в контексті біоетики // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції “Біоетика в системі охорони здоров’я і медичної освіти”; 26-27 березня 2009 р. Львів. – С.95-97.

3. Назар Н. О. Аналіз стану демографічної політики в колишньому СРСР //Ефективність державного управління; ЛРІДУ НАДУ при Президентіві України Вип. 13, Львів, 2007. – С. 185-191.

4. Маріям... чому ти плачеш? Страждання жінок після абортів / За ред. Штесселя П.; Пер. з нім. Шумиляка Ф.. – Львів: Місіонер, 1999. – 136 с.

5. Терешкевич Г. Т. Біоетика в системі охорони здоров’я і медичної освіти: Навч. посібник. – Львів: Світ, 2008. – С.186-200.

З метою профілактики добровільного абортів популяризувати знання про ПАС серед широкої громадськості, особливо через засоби масової інформації.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.

Демографічна ситуація в Україні вимагає перегляду державної політики щодо проблем цінності та гідності людського життя, а ситуація з дитячою вагітністю й абортів – заходів щодо виховання відповідальності і поваги до життя, ширшої пропаганди засад персоналістичної біоетики.

6. Городенчук З. Виконавець абортів – хто він: злочинець чи жертва?// Вісник Інституту родини і Подружнього життя ЛБА, № 2: На межі життя і смерті – Львів, 2001.–С. 25.

7. Фрид Л., Салазар П. И. Пора выздоровления. Помощь и надежда для тех, кто пытается справиться со стрессом после аборта / Пер. с англ.; Под ред. Шустовой Е., Корсакова О., Плачкова А. – Одесса, 1993. – С.99-104

8. Бойко І. Духовне навернення і зцілення після абортів – завдання священика у Святій Тайні Покаяння // Гідність людського тіла: Вісн. Ін-ту Родини і Подружнього Життя УКУ. – 2004. – № 4. – С. 72-74.

9. Giovanni Paolo II. Lettera Enciclica Evangelium Vitae (25 marzo, 1995). – Citta del Vaticano, – P. 144.

10. Основи законодавства України про охорону здоров’я від 31.12.1992 р. – № 23 – 92.

УДК 616.366-089.85

В.В. Євдокимова, О.Я. Назаренко, Г.Б. Щербина, Л.М. Яцкова, В.Й. Тещук

КОРОТКОСТРОКОВЕ ПЕРЕБУВАННЯ В СТАЦІОНАРІ ТА ЗДІЙСНЕННЯ СИМУЛЬТАННИХ ОПЕРАЦІЙ У ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З РІЗНОМАНІТНОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ТЛІ АДЕКВАТНОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ

Клініка гінекології Військово-медичного клінічного центру Південного регіону, м. Одеса

КОРОТКОСТРОКОВЕ ПЕРЕБУВАННЯ В СТАЦІОНАРІ ТА ЗДІЙСНЕННЯ СИМУЛЬТАННИХ ОПЕРАЦІЙ У ГІНЕКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ З РІЗНОМАНІТНОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ НА ТЛІ АДЕКВАТНОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ. Доцільність виконання симультанних операцій хворим з гінекологічною та хірургічною патологією, їх виконання зі своєчасною профілактикою в умовах короткострокового перебування пацієнток в стаціонарі не впливає на хід операційного і післяопераційного періодів.

Адекватна антибіотикотерапія препаратом «Азітрал» в дозі 500 мг 1 таб./день впродовж 2-3 днів підтвердила відсутність ускладнень в післяопераційному періоді, що вказало на його високу ефективність.

Тривалість симультанної операції (екстирпації матки з холецистектомією) склала $95,0 \pm 4,3$ хв і (екстирпації матки з герніопластиком) – $110,0 \pm 3,3$ хв. Середнє перебування пацієнток в стаціонарі склало $2,15 \pm 0,87$ доби (екстирпація матки і холецистектомія) і $2,8 \pm 1,29$ днів (екстирпація матки з герніопластиком).

Істотна перевага симультанного оперативного втручання полягає в тому, що воно позбавляє пацієнтку відразу від декількох захворювань, необхідності проведення повторної операції, виникнення в післяопераційному періоді ускладнень.

Симультанні операції економічно вигідні, знизили матеріальні витрати, забезпечили одужання пацієнток як соматично, так і психологічно.

КРАТКОВРЕМЕННОЕ ПРЕБЫВАНИЕ В СТАЦИОНАРЕ И ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С РАЗНООБРАЗНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ АДЕКВАТНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ. Целесообразность выполнения симультанных операций при гинекологической и хирургической патологии, их выполнение с своевременной профилактикой в условиях кратковременного пребывания пациенток в стационаре не оказывает влияния на ход операционного и послеоперационного периодов.

Адекватная антибиотикотерапия препаратом «Азитрал» в дозировке 500 мг 1 таб/день на протяжении 2-3 суток подтвердила отсутствие осложнений в послеоперационном периоде, что указало на его высокую эффективность.

Длительность симультанной операции (экстирпация матки с холецистэктомией) составила $95,0 \pm 4,3$ мин и (экстирпация матки с герниопластикой) – $110,0 \pm 3,3$ мин. Среднее пребывание пациенток в стационаре составило $2,15 \pm 0,87$ дня (экстирпация матки и холецистэктомия) и $2,8 \pm 1,29$ дня (экстирпация матки с герниопластикой).

Существенное преимущество симультанного оперативного вмешательства в том, что оно избавляет пациентку сразу от нескольких заболеваний, необходимости проведения повторной операции, возникновения в послеоперационном периоде осложнений.

Симультанные операции экономически выгодны, снизили материальные затраты, обеспечили выздоровление пациенток как соматически, так и психологически.

SHORT-TERM STAY IN PERMANENT ESTABLISHMENT AND REALIZATION OF SINGLE-PLANE OPERATIONS FOR GYNAECOLOGICAL PATIENTS WITH VARIOUS SURGICAL AND GYNECOLOGICAL PATHOLOGY ON THE BACKGROUND OF ANTIBACTERIAL THERAPY. Expedience of implementation of single-plane operations at gynaecological and by surgical pathologies, their implementation with a timely prophylaxis in the conditions of short-term stay of patients in permanent establishment did not influence on motion of operating and postsurgical periods.

Leadthrough adequate antibacterial «Azitral» in dose 500 mg 1 tab/day no gave heavy complications, what showed a high efficiency of it.

Duration of single-plane operation (amputation of uterus with cholecystectomy) was $95,0 \pm 4,30$ min and (amputation of uterus with herniotomy) $110,0 \pm 3,3$ min. A middle stay of patients in gynaecologycsal departmant (hysterectomy and cholecystectomy) was $2,15 \pm 0,87$ days and (hysterectomy with herniotomy) – $2,8 \pm 1,29$ days.

Meaningful advantage of single-plane operative interference is in that it deprives a patient at once from a few diseases, necessity of leadthrough of the repeated operation, origin in the postsurgical period of complications which require an urgent operation.

Single-plane operations gshowing positive economical effect, reducing financial charges, is attained, providing convalescences of patients both somatically and psychologically. The unique condition of their successful implementation is a skilled duet of professional gynaecologist and surgeon.

Ключові слова: симультанні операції, короткострокове перебування, антибактеріальна терапія

Ключевые слова: симультанные операции, кратковременное пребывание, антибактериальная терапия.

Key words: single-plane operations, short-term stay, antibacterial therapy.

ВСТУП. Симультанна (поєднана) операція – це одночасне виконання двох або більш хірургічних втручань на різних органах або в різних частинах тіла, які можуть бути виконані роздільно і незалежно від того, чи направлені ці операції на лікування одного або різних захворювань. Актуальність проблеми обумовлена тим, що за даними ВООЗ 1985 р. у 20-30% хірургічних хворих виявляються декілька захворювань, які в більшості випадків вимагають оперативного лікування, проте в середньому лише 6% цих пацієнтів переносять одномоментні втручання [4]. Отже, велика частина хворих вимушена оперуватися повторно.

В останні роки спостерігається збільшення числа виконаних одномоментних операцій при хірургічних та гінекологічних захворюваннях, що знайшло відображення в низці сучасних публікацій [3, 6, 12, 17,].

За визначенням деяких дослідників [2, 9, 14, 23] оперативне лікування пацієнток з поєднаними гінекологічними і хірургічними захворю-

ваннями є актуальною проблемою, оскільки останнім часом значно підвищилася захворюваність населення на поєднану патологію. Ці операції стали можливими у зв'язку з вдосконаленням методів знеболювання, використанням нових сучасних технологій під час операції і розвитком реаніматології. Не можна виключати й впливу поліпшення доопераційної та інтраопераційної діагностики поєднаних захворювань [7, 11, 19, 21] .

В літературі немає єдиної думки про те, які операції слід вважати симультанними. Наприклад, симультанним втручанням не можна вважати двобічну флектомию або герніопластику з приводу симетричних гриж. А одночасні операції з приводу пупкової і пахової гриж можна віднести до поєднаних [4].

У кожній поєднаній операції розрізняють основний і симультанний етапи; в ході основного етапу усувається найбільш небезпечний патологічний процес. Показання до симультанних операцій дещо відрізняються одне від

одного, тому виділяють: абсолютні (куративні) показання – коли обидва захворювання взаємозв'язані і обтяжують один одного; превентивні показання з приводу захворювань, які в подальшому можуть зумовити ускладнення, рецидиви, та профілактичні показання (з приводу видалення червоподібного відростка як симультанний етап операції). У герніології одномоментно-поєднані операції за абсолютними, відносними і вимушеними показаннями виконуються досить часто [2, 10, 16]. Наявність поєднаних гриж і діастаз прямих м'язів живота вимагає розробки нових тактичних рішень, залежно від видів їх поєднань, величини дефектів, локалізації, а також від характеру фонові патології. Множинні герніопластики віднесені в групу одномоментно-поєднаних операцій. Значним потенціалом для зниження травматичності симультанних оперативних втручань володіє ендоскопічна хірургія. Цілий ряд беззаперечних переваг мініінвазивних методик створює широкі перспективи для їх застосування [13, 20].

Значуща перевага симультанного оперативного втручання в тому, що вона позбавляє пацієнтку одразу від декількох захворювань, необхідності проведення повторної операції, виникнення в післяопераційному періоді ускладнень, що вимагають термінової операції, і, крім того, психіка жінок гінекологічного стаціонару менш травмується, так як вони одноразово переживають підготовку до операції і труднощі в післяопераційному періоді [5, 8, 16].

Необхідно відзначити, що зріс інтерес до симультанних операцій в зв'язку з їх економічністю. Проте багато питань цієї проблеми ще остаточно не вирішені.

Метою є аналіз результатів симультанних операцій, виконаних у багатопрофільній

хірургічній клініці; визначення сумарного економічного ефекту для гінекологічних пацієнток з поєднаною (гінекологічною і хірургічною) патологією при симультанних оперативних втручаннях; визначити ефективність та доцільність виконання симультанних операцій в умовах короткострокового перебування пацієнток у стаціонарі та їх вплив на перебіг операційного і післяопераційного періодів на тлі антибактеріальної терапії, визначення сумарного ефекту у порівнянні з вартістю оперативних втручань при симультанних операціях.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ. Під спостереженням знаходилися 58 пацієнток, яким виконані одномоментні операції з приводу захворювань внутрішніх статевих органів у поєднанні з хірургічною патологією. Це стало можливим у гінекологічній клініці, в якій є реальні умови для детального обстеження, виконання оперативного втручання та спостереження в післяопераційному періоді лікарем-гінекологом спільно з хірургом.

Усі хворі були прооперовані в період з 2006 по 2010 р. включно. Вік їх коливався від 37 до 67 років. При надходженні в клініку виконувалися разом з загальноклінічними методами, УЗД органів малого тазу та черевної порожнини, дослідження аспірату з порожнини матки, мазки з цервікального каналу на цитологічне дослідження та на флору і специфічну інфекцію з піхви, біопсія, рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту (за показаннями) і флюорографія органів грудної клітки.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ. Після виконання обстеження виявлено поєднання гінекологічних та хірургічних захворювань (табл. 1). Всім хворим під час симультанного оперативного втручання була виконана ендотрахеальна анестезія.

Таблиця 1. Характеристики гінекологічної і хірургічної патології

І а г Л лелі а ст ь и я лелі а в	Давні а ст ь и я лелі а в							
	- а ф к - а я ф і п л в о і	і л е л к р о ц я о я	ь и л г х о к р о я	і в о , ь	і л у л в л ж	Л а г л к - л - л г и л с а г - о	е а и л у ь н и а х е л и ь к я - л п а ж л п е с ь я а	- о і к - л ь т л и в л к і а к т а я ф
(=	2	0)	4	3	9	М
з н г е л ь п ь у а у ь у ь а - о	=4	(0	=	9	((
м а я ь В с т о - ь	2	(=	=	((
м а я л у ь	0	(=	(
5 и н > Л г т В у ь а - о	((
С н л л п ь в а е ф г Л н я п л в Л г т В	0		=					(
м а я ь п л ь о - л д г ь е л г о и в о ц а г - ь и а і п о	((
з н г е л ь п ь у а у ь у ь а - о й - а я ь В с т о - ь	(=	0)	((

Оц	і ц	нц	кц	ац	ц	рц	ец	зц
у льтвмоц свг оц охчдцц чсхюіРСНАдчюцц вСлЕ АААРц охчдц	Оц	ц	ц	Оц	ц	щ	щ	щ
Р свяог ІСсАяцц свг оц г охчдц	Оц	Оц	ц	ц	ц	щ	щ	щ
Р свяог ІСсАбяццсхюц РСНАдчюц	Оц	ц	Оц	ц	ц	щ	щ	щ
Гочксоц охчдц	Оц	ц	ц	Оц	ц	щ	щ	щ
у льтвмоц свг оц охчдцц чсхвг оцРСНАдчюц	і ц	Оц	ц	Оц	ц	щ	щ	щ

Найчастіше жінки були оперовані з приводу вузлової міоми матки і холецистити (14 пацієнок), грижі (8 пацієнок), локалізація яких представлена в таблиці 2.

Поєднання вузлової міоми матки і кисти яєчника з грижею спостерігали у 5 жінок, з холециститом – у 4, кисти яєчника з патологією жовчного міхура та інших органів – у 4. Гнійні тубооварі-

Таблиця 2. Характеристики симультанних оперативних втручань при грижах

Вид операції, в якій вилучено	Показники					Згорілий порошок
	Відносний показник	Відносний показник	Відносний показник	Відносний показник	Відносний показник	
Кісточки, Цкав	Рв	в	в	в	св	мв
Кісточки ХД, Цкав	в	св	в	в	в	св
4-хвилинна кісточки ХД, Цкав	в	св	в	в	в	св
Оперативна кісточки	5в	*в	св	св	в	с5в
Інтраопераційна кісточки	в	св	в	в	в	св
4-хвилинна	/в	ссв	св	св	св	Р7в

альні утворення в поєднанні з апендицитом були у 3 жінок, з них у 1 жінки лівобічний гідросальпінгс супроводжувався гострою странгуляційною тонкокишковою непрохідністю. У 1 хворі з міомою матки виявлено ехінококоз печінки. У післяопераційному періоді ускладнень не спостерігалось.

При наявності ехінококозу спочатку виконували операцію на органах малого тазу, а потім ехінококектомію мінідоступом з герметичною аспірацією вмісту кисти і знезараженням плодоносних елементів озонкисневою сумішшю або озонованим розчином кухонної солі з концентрацією озону 8-10 мкг/мл. Потім здійснювали ліквідацію порожнини фіброзної капсули інвазією або капітонажем.

Тривалість екстирпації матки з холецистектомією склала $95,0 \pm 4,3$ хв, екстирпація матки з герніопластиком – $110,0 \pm 3,3$ хв, що незначно збільшувало тривалість операції. Середнє перебування пацієнок у гінекологічному стаціонарі при екстирпації матки і холецистектомії стано-

вило $2,15 \pm 0,87$ доби; при екстирпації матки з герніопластиком $2,89 \pm 1,29$ днів.

Під час операції здійснювали заходи із запобігання розвитку гнійно-запальних ускладнень. З цією метою під час симультанного операційного втручання усі пацієнтки отримували протизапальну антибактеріальну терапію «Азитрал» (ліофілізований порошок для приготування інфузій, група макролідів), внутрішньовенно, одноразово з подальшим використанням, починаючи з наступного дня після операції, таблеток «Азитрал» в дозі 500 мг 1 т/д, 2-3 дні.

Післяопераційний період проходив сприятливо, летальних випадків і нагноєнь операційних ран не зазначено, інфільтрат в області післяопераційного шва був у 2 (3,4%) хворих.

Розрахунок економічного ефекту проводився для усіх хворих із захворюваннями органів малого тазу, яким як симультанний хірургічний етап була проведена холецистектомія або герніопластика. Сумарний економічний ефект для гінекологічних хворих з поєднаною патологією

передньої черевної стінки, яким була проведена симультанна холецистектомія довів, що у порівнянні вартості оперативного лікування в обох

групах та при симультанних операціях у хворих з поєднаними захворюваннями знижує вартість лікування приблизно в 1,3 раза. (рис. 1).

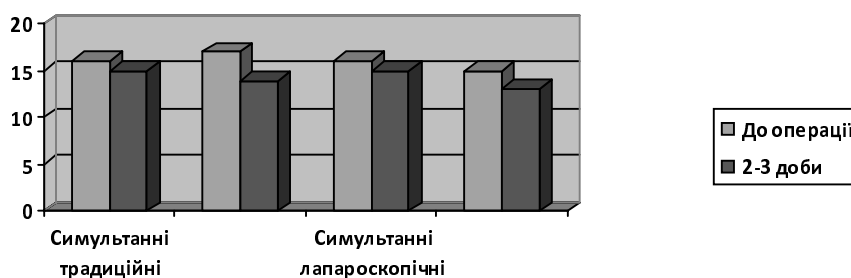


Рис. 1. Сумарний економічний ефект для гінекологічних пацієнток з поєднаною (гінекологічною і хірургічною) патологією при симультанних оперативних втручаннях.

ВИСНОВКИ. Таким чином, наші спостереження вказали на доцільність виконання симультанних операцій при поєднанні гінекологічної з хірургічною патологією, їх виконання зі здійсненням заходів своєчасної профілактики – залученням сучасного антибіотика широкого спектра дії «Азітрал» в умовах короткострокового перебування пацієнток у стаціонарі не впливає на перебіг операційного і післяопераційного періодів, що не призводить до тяжких ускладнень і не супроводжується летальністю, що в достатній мірі підтверджує їх високу ефективність.

Оцінка отриманих клінічних результатів показує, що при індивідуальному підході до кожного конкретного хворого з урахуванням можливих протипоказань, компенсаторних можливостей організму, адекватній передопераційній підготовці, всесторонньому комплексному передопераційному обстеженні, вірно обраному методі оперативного втручання, використанні потужного антибіотика «Азитрал», збільшення об'єму операції не призводить до помітного впливу травматичного агента – операції, не сприяє значному збільшенню числа післяопераційних ускладнень і, головне, летальних випадків.

Методологічно обґрунтоване впровадження симультанних втручань в оперативну гінекологію і абдомінальну хірургію дозволить значно розширити показання до оперативного лікування хворих з симультанною патологією, виконувати заплановані втручання в повному обсязі, поліпшити безпосередні і віддалені результати лікування.

Симультанні оперативні втручання сьогодні знайшли ширше застосування, з огляду на високий економічний ефект, як операції, які значно знижують фінансові витрати контингенту хворих і забезпечують одужання хворих як на рівні соматичному, так і психічному, але все вищезазначене можливо при умові виконання симультанних оперативних втручань кваліфікованим гінекологом спільно з хірургом.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШОГО ДОСЛІДЖЕННЯ. Можна висловити думку щодо аналізу ре-

зультатів проведених та впроваджених нами симультанних операцій у хворих із поєднаною гінекологічною і хірургічною патологією, що були виконані у багатопрофільній хірургічній клініці на тлі своєчасної профілактики і лікування антибіотиком «Азітрал» в умовах короткострокового перебування пацієнток у стаціонарі наочно доводить, що обрана нами тактика лікування не впливала на перебіг операційного і післяопераційного періодів, не призвела до тяжких ускладнень.

За оцінкою отриманих клінічних показників ми сподіваємось, що при індивідуальному підході до кожного конкретного хворого з урахуванням можливих протипоказань компенсаторних можливостей організму, адекватній передопераційній підготовці, всесторонньому комплексному передопераційному обстеженні, вірно обраному методі оперативного втручання, використанні потужного антибіотика «Азитрал» (у післяопераційному періоді в дозі 500 мг 1 таб/день впродовж 2-3 доби) надалі не збільшить об'єм операції, не призведе до помітного впливу травматичного агента – операції, не буде сприяти післяопераційним ускладненням.

Ми пропонуємо, методологічно обґрунтоване впровадження симультанних втручань в оперативну гінекологію і абдомінальну хірургію, що повинно значно розширити свідчення до оперативного лікування контингенту хворих з симультанною патологією і дозволить знизити вартість її лікування.

Прогнозуємо, що симультанні оперативні втручання в майбутньому знайдуть більш широке застосування з огляду на високий економічний ефект, як операції, які значно знижують фінансові витрати будь-якого контингенту хворих і забезпечать одужання хворих на соматичному і психічному рівнях, але все вищезазначене є можливим при умові виконання симультанних оперативних втручань кваліфікованим гінекологом спільно з хірургом.

Література

1. Адамян Л. В. Эндоскопические методы выполнения симультанных операций в гинекологии Адамян Л.В., Панин А.В., Козаченко А.В. Эндоскопия в гинекологии. М., 1999. 135-148.
2. Александров Л.С., Ищенко О.И., Ведерникова Н.В. Совмещенные операции в гинекологии. Акуш., гон. 2003; 4: 11-4.
3. Бакив В.С. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства при совмещенных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Рязань, 2000.
4. Баимаханов Б.Б. Одномоментное лапароскопическое лечение спаечной болезни брюшной полости и хронического калькулезного холецистита. Баимаханов Б.Б., Рамазанов М.Е., Избасаров Р.Ж. Эндоскопическая хирургия. 1997. 1. 4 3 4
5. Баков В.И. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза. Автореф. дис. канд. мед. наук. – Рязань, 2000. 24 с.
6. Ищенко А.И. Симультанные операции в гинекологии: оценка эффективности. Ищенко А. И., Александров Л. С Шулуток А. М., Ведерникова Н. В. и др. Журнал акушерства и женских болезней. 2005. Вып. 4.
7. Коркан И.П. Симультанные операции в акушерстве и гинекологии Коркан И.П., Алдангарова Г.А. Клиницист. 1995. 1. 30-34.
8. Кулаков В.И. Оперативная гинекология хирургические энергии Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. М., 2000. 338 с.
9. Пучков К.В. Симультанные лапароскопические оперативные вмешательства в хирургии и гинекологии. Пучков К.В., Баков В.С Иванов В.В. М.: ИД Медпрактика-М, 2005. 168 с.
10. Рутенбург Г.М. Эндовидеохирургическая поясничная симпатэктомия. Рутенбург Г. М Стрижелецкий В. В Жолобов В. Е Халафян И. А., Иваненко А. В. Эндоск. хир. 2000. 2. 59. (3 Всерос. съезд по эндоскопической хирургии: тез. докл., Москва, 24-25 февр. 2000 г.)
11. Савельева Г.М. Лапароскопия в экстренной хирургии гинекологических заболеваний Савельева Г.М., Штыров В., Тумарев А.В. Эндоскопия в гинекологии: сб. трудов. М., 1999. 267-269.
12. Слесаренко Симультанные операции у лиц пожилого возраста. Слесаренко С, Чернышев Н.В., Хатьков И.Е. Клиническая хирургия. 1992. 2 С 74.
13. Слободенюк А.И., Ищенко А.И. Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. М., 2000. 658-659.
14. Смирнова В.И. Анестезия и интенсивная терапия при обширных сочетанных и комбинированных полостных хирургических вмешательствах: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1991.
15. Стрижаков А.Н. Влагалищная гистерэктомия как альтернатива абдоминальным методам хирургического вмешательства. Стрижаков А. Н., Давыдов А.И., Белоцерковцева Л.Д., Толорая К.О. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2002. Т. 1, 1. 84-88.
16. Стрижелецкий В.В. Принципы профилактики и лечения осложнений эндовидеохирургических операций: Дис. д-ра мед. наук. СПб., 2000. 276 с.
17. Хнох Л.И. Симультанные операции в брюшной полости Хнох Л.И., Фельтшинер И.Х. Хирургия. 1976. 4. 75-79.
18. Цвелев Ю.В. Роль Н.И. Пирогова в развитии отечественного акушерства и гинекологии Цвелев Ю.В. Журнал акушерства и женских болезней. 2003. 4. 77-81.
19. Шкира В.Н. Клинико-морфологическое обоснование у больных апоплексией яичника. Шкира В.Н. Клиническая хирургия. 1985. 4. 34-35.
20. Шор Л.М. Методы профилактики осложнений и уменьшение смертности среди больных с вентральными грыжами Шор Л.М., Иванов В.М., Шор А.Л. Клиническая хирургия. 1988. 2. 35-36.
21. Штыров В.И. Лапароскопия при неотложных состояниях в гинекологии: Автореф. дис. .д-ра мед. наук. М., 2005. 46 с.
22. Dunn M.D. Laparoscopic management of renal cystis disease DunnM.D., dayman R. V. World Journal of Urology. 2000. Vol. 18, N 4 P. 272-277.
23. Koninger J. Chronic pain after hernia repair: a randomized trial comparing Shouldice, Lichtenstein and TAPP Koninger J., Redecke J., Butters M. Langenbecks Arch Surg. 2004. Vol. 389, N 5. P. 361-365.