



В. Г. Мишалов, Р. В. Бондарев, Е. Ю. Кондакова,
Л. Ю. Маркулан, С. А. Кондратенко

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПТОЗОМ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ, КОТОРЫМ ВЫПОЛНЕННЫ СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ С ПОМОЩЬЮ ТРАДИЦИОННОЙ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИЙ

Цель работы — сравнить непосредственные результаты лечения больных с птозом передней брюшной стенки, которым, помимо липодермэктомии, выполнены симультанные операции на органах брюшной полости традиционным и лапароскопическим способами и абдоминопластика.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 124 больных с птозом передней брюшной стенки, эстетической деформацией передней брюшной стенки и заболеваниями органов брюшной полости, которым выполнена липодермэктомия и симультанные операции традиционным (холецистэктомия ($n = 70$) и адгезиолизис ($n = 4$); 1-я группа) и лапароскопическим (холецистэктомия ($n = 45$) и адгезиолизис ($n = 5$); 2-я группа) способами. Средний возраст больных составил $(51,42 \pm 0,74)$ года. Среди пациентов преобладали женщины (119 (96 %)). Оперативные вмешательства по поводу вентральной грыжи и/или диастаза прямых мышц живота (25 (20,2 %)) в обеих группах выполняли традиционным способом.

Результаты и обсуждение. Выраженность боли (средний балл) во все контрольные сроки после операции в 1-й группе была статистически значимо большей по сравнению со 2-й группой (все $p < 0,01$). В обеих группах у больных с ишемической болезнью сердца регистрировали нарушения ритма сердца (в 1-й группе — 17,6 % случаев, во 2-й группе — 4,0 %). Отмечено снижение частоты послеоперационных раневых осложнений с 12,2 до 8 %, внутрибрюшных — с 6,8 до 0 % и отдаленных послеоперационных осложнений — с 9,5 до 0 %.

Выводы. В группе больных, которым проводили лапароскопические симультанные операции по разработанной нами методике, периоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы у больных с сопутствующей ишемической болезнью сердца (4 % — во 2-й группе и 17,6 % — в 1-й группе), раневых (8,0 и 12,2 %), воспалительных внутрибрюшных (0 и 6,8 %) и отдаленных послеоперационных (0 и 9,5 %) осложнений было статистически значимо меньше, чем у пациентов, которым симультанные операции выполнены традиционным способом.

■

Ключевые слова: симультанная операция, холецистэктомия, адгезиолизис, птоз передней брюшной стенки.

В последнее время в связи с широким внедрением современных методов диагностики заболеваний органов брюшной полости и передней брюшной стенки увеличилась частота выявления сочетанной хирургической патологии. Целесообразность и преимущества выполнения одновременно операций по поводу нескольких сочетанных хирургических заболеваний отмечают как украинские, так и зарубежные хирурги [2, 4, 13].

С внедрением лапароскопической хирургии появились новые возможности для выполнения симультанных операций. Основное преимущество лапароскопического вмешательства — малотравматичность.

Одним из критериев травматичности операции является интенсивность болевого синдрома в послеоперационный период [1]. Усиление интенсивности послеоперационных болевых ощущений часто отмечается ко 2-м суткам после операции [5]. Внедрение лапароскопических методов лечения значительно уменьшило травматизацию тканей, снизив интенсивность боли после операции. Значительный болевой синдром в послеоперационный период может вызывать травма в результате выполнения лапаротомии [7]. Следует учитывать, что после лапаротомии частота образования спаек составляет от 10,4 до 67,0 % [6, 12]. Это может быть причиной возникновения болевой формы спаечной болезни

в отдаленный послеоперационный период. Частота внутрибрюшных и раневых осложнений после лапаротомии значительно выше по сравнению с лапароскопическим методом операции [3, 14].

В доступной нам литературе мы не нашли данных о сравнительной оценке результатов лечения в ранний послеоперационный период пациентов с ожирением и птозом передней брюшной стенки (ППБС) при выполнении симультанных оперативных вмешательств традиционным лапаротомным и лапароскопическим доступами. Отсутствует оценка показателей качества жизни пациентов в отдаленный послеоперационный период после указанных вмешательств.

Цель работы — сравнить непосредственные результаты лечения больных с птозом передней брюшной стенки, которым, помимо липодермэктомии, выполнены симультанные операции на органах брюшной полости традиционным и лапароскопическим способами и абдоминопластика.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ результатов лечения 124 больных с ППБС, эстетической деформацией передней брюшной стенки и заболеваниями органов брюшной полости в возрасте от 25 лет до 67 лет (средний возраст — $51,42 \pm 0,74$ года). Среди пациентов преобладали женщины (119 (96 %)).

Хронический калькулезный холецистит диагностирован у 110 (88,7 %) больных, полип желчного пузыря — у 5 (4 %), спаечная болезнь органов брюшной полости (болевая форма) — у 9 (7,3 %). У 23 (18,5 %) больных диагностированы грыжи брюшной стенки и/или диастаз прямых мышц живота. Грыжи различной локализации могли сочетаться как между собой так и с диастазом прямых мышц живота. Вентральная грыжа отмечалась: с локализацией в области эпигастрия (M2W1R0 — 2; M2W2R1 — 2; M2W2R0 — 4) — у 8 (6,5 %) пациентов, в области гипогастрия — у 8 (6,5 %) (M4W2R0 — 6; M4W2R1 — 2), пупочная грыжа — у 13 (10,5 %) (M3W2R0 — 11; M3W2R1 — 2), диастаз прямых мышц живота — у 14 (11,3 %).

Ожирение I степени имели 60 (48,4 %) больных, II степени — 64 (51,6 %), ППБС II степени — 14 (11,3 %), III — 97 (78,2 %), IV степени — 13 (10,5 %) [9]. Эстетическая деформация передней брюшной стенки III типа по классификации Г. Н. Pitman [11] имела место у 15 (12,1 %) больных, V типа — у 85 (68,5 %), VI типа — у 24 (19,4 %). Сопутствующая нехирургическая патология выявлена у всех больных: гипертоническая болезнь — у 76,6 %, ишемическая болезнь сердца — у 45,2 %, сахарный диабет I и II типа — у 34,7 %.

В зависимости от способа выполнения симультанного этапа операции больных распределили на две группы. В 1-ю группу (n = 74) вошли больные, которым после выполнения липодермэктомии (ЛДЭ) на органах брюшной полости провели

симультанные операции: традиционную холецистэктомию (ТХЭ) — 70 (94,6 %) случаев, грыжесечение с традиционным адгезиолизисом в грыжевом мешке и брюшной полости, герниопластикой при послеоперационной грыже с локализацией M5 и болевой форме спаечной болезни — 4 (5,4 %). У 7 (9,5 %) больных, ранее перенесших операции в верхних этажах брюшной полости, перед ТХЭ проводили адгезиолизис. В данной группе мини-абдоминопластика (МАП) сочеталась с ТХЭ у 12 (6,8 %) больных, абдоминопластика (АП) и ТХЭ — у 43 (58,1 %), АП, ТХЭ и оперативное вмешательство по поводу грыжи передней брюшной стенки и/или диастаза прямых мышц живота — у 15 (20,3 %), АП и грыжесечение с адгезиолизисом в грыжевом мешке и брюшной полости — у 4 (5,4 %). ТХЭ при МАП выполняли доступом через кожу, подкожножировую клетчатку по средней линии живота от мечевидного отростка до пупка. В случае выполнения АП ТХЭ проводили после отсепаровки кожно-жирового лоскута путем лапаротомии по средней линии живота через апоневротично-мышечный слой. Адгезиолизис у больных с болевой формой спаечной болезни (n = 4) осуществляли в полном объеме путем полного рассечения всех межорганных сращений в брюшной полости и полости малого таза. При бессимптомном спаечном процессе во время ТХЭ адгезиолизис проводили только в области брюшной полости при доступе к желчному пузырю. Во всех случаях при герниопластике использовали проленовую сетку.

Во 2-й группе (n = 50) осуществляли отсепаровку кожно-жирового лоскута, лоскут не отсекали, фиксировали к горизонтальной штанге для создания лапаролифтинга, что позволяло проводить лапароскопическое вмешательство при карбоксиперитонеуме 6—8 мм рт. ст. Под лоскутом через апоневротично-мышечный слой вводили троакар лапароскопа и троакары для рабочих инструментов. При наличии пупочной грыжи троакар лапароскопа вводили через грыжевые ворота, которые временно ушивали узловыми швами в пределах троакара для создания герметичности. Выполняли лапароскопический этап (лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), лапароскопический адгезиолизис) операции, в дальнейшем — липодермэктомию. Оперативные вмешательства в этой группе были следующие: МАП и ЛХЭ — 10 (12 %) случаев; АП и ЛХЭ — 27 (54 %); АП, ЛХЭ и оперативное вмешательство по поводу грыжи передней брюшной стенки и/или диастаза прямых мышц живота — 8 (16 %); АП и лапароскопический адгезиолизис при болевой форме спаечной болезни брюшной полости — 5 (10 %). У больных (n = 6) с бессимптомным спаечным процессом, ранее перенесших оперативные вмешательства на верхних этажах брюшной полости, лапароскопический адгезиолизис выполняли ограниченно,

только для создания доступа к желчному пузырю, после чего проводили ЛХЭ. Герниопластику с сеткой и устранение диастаза прямых мышц живота выполняли открытым способом.

Оперативное вмешательство проводили под тотальной внутривенной анестезией с искусственной вентиляцией легких.

По соотношению полов, возрасту, степени ожирения, типу эстетической деформации передней брюшной стенки, виду сочетанной хирургической и нехирургической патологии группы статистически значимо не отличались (все $p > 0,05$).

Критериями оценки результатов в ранний послеоперационный период были оценка по шкале боли [8], срок восстановления перистальтики, характер и частота послеоперационных осложнений; частота послеоперационных грыж и рецидива спаечной болезни.

Для статистической обработки результатов использовали дескриптивную статистику, корреляционный анализ, параметрические (t-критерий Стьюдента) и непараметрические (U-критерий Манна—Уитни) методы сравнения средних значений переменных в зависимости от их типа и характера распределения. Сравнительную оценку отношения частей переменных, выраженных в номинальной или ординарной шкалах, проводили с помощью χ^2 -теста Пирсона. Нулевую гипотезу равенства переменных отвергали при $p < 0,05$. Все расчеты выполняли в программе IBM SPSS Statistics 22.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Больные обеих групп предъявляли жалобы на боль в зоне оперативного вмешательства (рис. 1).

В первые сутки в 1-й группе интенсивность боли оценена 4–9 баллами (в среднем $(6,36 \pm 0,12)$ балла), причем боль от 6 до 8 баллов констатирована у 81,1% больных, во 2-й группе интенсивность боли оценена 2–7 баллами (в среднем — $(4,10 \pm 0,16)$ балла, $p < 0,01$), боль от 3 до 5 баллов отмечена у 82,0% больных.

На вторые сутки в обеих группах зафиксировано статистически значимое уменьшение болевого синдрома: у больных 1-й группы — от 2 до 7 баллов (в среднем $(4,41 \pm 0,11)$ балла), у 82,0% пациентов — от 3 до 5 баллов, в 2-й группе — от 1 до 4 баллов (в среднем — $(2,26 \pm 0,11)$ балла, $p < 0,01$).

На третьи сутки отмечено дальнейшее уменьшение боли в обеих группах, однако интенсивность болевого синдрома по-прежнему была большей в 1-й группе — от 1 до 4 баллов (в среднем — $(2,62 \pm 0,11)$ балла), причем у 80% — 2–3 балла, у одного больного — 7 баллов. Во 2-й группе у всех больных, кроме одного (3 балла), интенсивность боли оценена 1–2 баллами (в среднем — $(1,58 \pm 0,08)$ балла, все $p < 0,01$).

Во все контрольные сроки выраженность боли в 1-й группе была статистически значимо большей по сравнению со 2-й группой (все $p < 0,01$).

Восстановление моторной активности кишечника (перистальтики) отмечено в сроки от 1 до 3 суток (рис. 2).

Большую частоту пареза кишечника у больных в 1-й группе связываем с травматичностью манипуляций при ТХЭ, особенно у пациентов со спаечным процессом в брюшной полости.

После операции в обеих группах у больных с ишемической болезнью сердца регистрировали нарушения ритма сердца на фоне синусовой тахикардии. Характерными видами аритмий были суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы. В 1-й группе нарушения ритма наблюдали у 8 (10,8%) больных, во 2-й группе — в 2 (4,0%) случаях ($p = 0,037$).

Данные о ранних внутрибрюшных и раневых послеоперационных осложнениях приведены в таблице.

По частоте осложнений со стороны раны в зоне ЛДЭ группы значимо не отличались. Инфильтрат регрессировал в результате консервативных методов лечения, серомы успешно устранены под ультразвуковым контролем (см. таблицу).

Раневых осложнений в области троакарных ран у больных 2-й группы не наблюдали, тогда как в 1-й группе отмечены серома и инфильтрат послеоперационной раны у 2 (2,7%) больных, которым

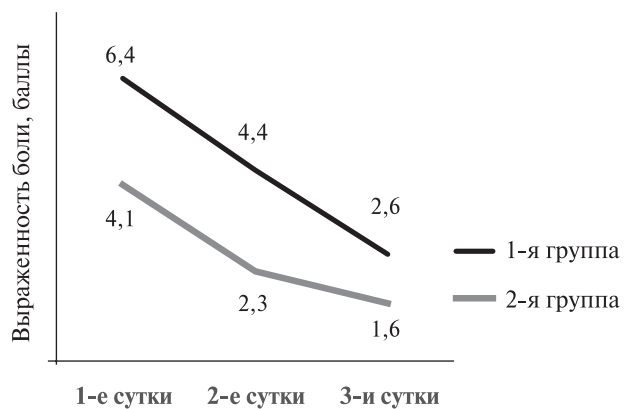


Рис. 1. Вираженість болю (середній бал) в групах в динаміці післяопераційного періоду

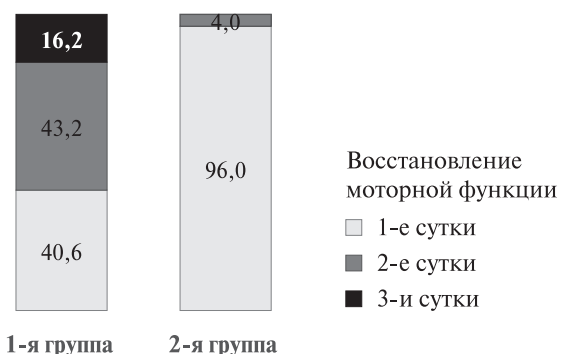


Рис. 2. Розподілення больних в групах в залежності від строка відновлення моторної функції кишечника

Т а б л и ц а
Характер ранних внутрибрюшных и раневых
послеоперационных осложнений

Осложнения	1-я группа (n = 74)	2-я группа (n = 50)
Раневые	9 (12,2%)	4 (8,0%)
Инфильтрат или серома послеоперационной раны в зоне липодермэктомии	5 (6,8%)	3 (6,0%)
Инфильтрат или серома троакарной/лапаротомной раны	2 (2,7%)	0
Нагноение троакарной/лапаротомной раны	0	0
Гематома	2 (2,7%)	1 (2,0%)
Внутрибрюшные		
Инфильтрат брюшной полости	5 (6,8%)	0

выполнили МАП и ТХЭ. Внутрибрюшные осложнения (инфильтрат брюшной полости) в 6,8% случаев (45,5% среди больных со спаечным процессом) зафиксированы только у больных 1-й группы с сопутствующим спаечным процессом брюшной полости, что связываем с травматичностью вмешательства при ТХЭ и травматичностью адгезиолизиса.

В течение 3 лет после операции грыжа возникла у 4 (5,4%) пациентов 1-й группы, рецидив болевой формы спаечной болезни — у 3 (4,1%). Постоянные боли в животе, периодически усилива-

Конфликта интересов нет.

Участие авторов: концепция и дизайн исследования — В. М.; сбор материала — Е. К., С. К.; обработка материала — Е. К., Р. Б., Л. М.; статистическая обработка данных — Л. М.; написание текста — Е. К.; редактирование — В. М., Р. Б.

ся, что вынуждало принимать препараты анальгетиков, сопровождающиеся нарушением сна, нарушением эмоционально-психологического здоровья пациентов, отмечены у 1 пациента. У 2 (2,7%) пациентов рецидив спаечной болезни проявлялся клиникой хронической спаечной кишечной непроходимости. Во 2-й группе развития троакарной грыжи и рецидива спаечной болезни не наблюдали.

Таким образом, в лечении больных с ППБС применение лапароскопических вмешательств при проведении симультанных операций, использование технического приема размещения троакаров под отсепарованным кожно-подкожно-жировым лоскутом и комбинации лапаролифтинга отсепарованным лоскутом с пневмоперитонеумом 6—8 мм рт. ст. позволило в послеоперационный период уменьшить интенсивность болевого синдрома, снизить количество внутрибрюшных и раневых осложнений, осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, избежать развития троакарных грыж и рецидива спаечной болезни.

ВЫВОДЫ

В группе больных, которым проводили лапароскопические симультанные операции по разработанной нами методике, послеоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы у больных ишемической болезнью сердца (4% — во 2-й группе и 17,6% — в 1-й), раневых (8,0 и 12,2%), воспалительных внутрибрюшных (0 и 6,8%) и отдаленных послеоперационных (0 и 9,5%) осложнений было статистически значимо меньше, чем у пациентов, которым симультанные операции выполнены традиционным способом.

Литература

1. Ветшев П. С., Ветшева М. С. Принципы анальгезии в раннем послеоперационном периоде // Хирургия. — 2002. — № 12. — С. 49—50.
2. Дронова В. Л., Дронов А. И., Крючина Е. А. и др. Симультанные операции при сочетанных хирургических и гинекологических заболеваниях // Укр. журн. хірургії. — 2013. — № 2 (21). — С. 143—151.
3. Мишалов В. Г., Бондарев Р. В., Иванцок В. М., Кондратенко С. А. Результаты лечения осложненного острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста // Хірургія України. — 2015. — № 4 (56). — С. 49—53.
4. Мишалов В. Г., Бондарев Р. В., Кондакова Е. Ю. и др. Особенности лапароскопического адгезиолизиса при лечении птоза передней брюшной стенки в сочетании со спаечной болезнью брюшной полости // Галиц. лікар. вісн. — 2016. — Т. 23, № 3. — С. 80—82.
5. Овечкин А. М. Послеоперационная боль: состояние проблемы и современные тенденции послеоперационного обезболива-

ния // Регионарная анестезия и лечение острой боли. — 2015. — Т. 9, № 2. — С. 29—39.

6. Хворостов Е. Д., Томин М. С., Захарченко Ю. Б. Этиология, патогенез и профилактика образования внутрибрюшных спаек. — Х.: ХНУ имени В. Н. Каразина, 2012. — 31 с.
7. Ishizaki Y., Miwa K., Yoshimoto J. Conversion of elective laparoscopic to open cholecystectomy between 1993 and 2004 // Br. J. Surg. — 2006. — Vol. 93. — P. 987—991.
8. Hawker G. A., Mian S., Kendzerska T., French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP) // Arthritis Care Res. (Hoboken). — 2011. — Vol. 63, N 11. — S. 240—252.
9. Matarasso A. Abdominoplasty: A system of classification and treatment for combiner abdominoplasty and suction assisted lipectomy // Aesth. Surg. J. — 1991. — Vol. 15. — P. 111.
10. Muysoms F. E., Miserez M., Berrevoet F. et al. Classification of primary and incisional abdominal wall hernias // Hernia. — 2009. — Vol. 13, N 4. — P. 407—414.

11. Pitman G.H. Liposuction and body contouring // Grabb and Smith's Plastic Surgery / Ed. by S.J. Aston, R.W. Beasley, C.H.M. Thorne. — Philadelphia: Lippincott-Raven, 1997. — 676 p.
12. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine in collaboration with the Society of Reproductive Surgeons. Pathogenesis, consequences, and control of peritoneal adhesions in gynecologic surgery: a committee opinion // Fertil Steril. — 2013. — Vol. 99, N 6. — P. 1550—1555. — Modia access: [http://www.fertstert.org/article/S0015-0282\(13\)00322-1/pdf](http://www.fertstert.org/article/S0015-0282(13)00322-1/pdf).
13. Rubert C. P., Higa R. A., Farias F. V.B. Comparison between open and laparoscopic elective cholecystectomy in elderly, in a teaching hospital // Rev. Col. Bras. Cir. — 2016. — Vol. 43, N 1. — P. 2—5.
14. Terho P. M., Leppäniemi A. K., Mentula P. J. Laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: A retrospective study assessing risk factors for conversion and complications // World J. Emerg. Surg. — 2016. — Vol. 11, N 1. — P. 2—9.

В. Г. Мішалов, Р. В. Бондарев, О. Ю. Кондакова, Л. Ю. Маркулан, С. О. Кондратенко
 Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПТОЗОМ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ, ЯКИМ ВИКОНАНО СИМУЛЬТАННІ ОПЕРАЦІЇ ЗА ДОПОМОГОЮ ТРАДИЦІЙНОЇ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ТЕХНОЛОГІЙ

Мета роботи — порівняти безпосередні результати лікування хворих з птозом передньої черевної стінки, яким, окрім ліподермектомії, виконано симультанні операції на органах черевної порожнини традиційним і лапароскопічним способами та абдомінопластику.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів лікування 124 хворих з птозом передньої черевної стінки, естетичною деформацією передньої черевної стінки, захворюваннями органів черевної порожнини, яким виконано ліподермектомію і симультанні операції традиційним (холецистектомія (n = 70) і адгезіолізис (n = 4); 1-ша група) і лапароскопічним (холецистектомія (n = 45) і адгезіолізис (n = 5); 2-га група) способом. Середній вік хворих становив (51,42 ± 0,74) року. Серед пацієнтів переважали жінки (119 (96 %)). Оперативні втручання з приводу вентральної грижі та/або діастазу прямих м'язів живота (25 (20,2 %)) в обох групах виконували традиційним способом.

Результати та обговорення. Інтенсивність болю (середній бал) в усі контрольні терміни після операції в 1-й групі була статистично значуще більшою порівняно з 2-ю групою (усе p < 0,01). В обох групах у пацієнтів з ішемічною хворобою серця реєстрували порушення ритму серця (в 1-й групі — 17,6 % випадків, у 2-й групі — 4,0 %). Частота післяопераційних внутрішньочеревних ускладнень у 1-й групі становила 6,8 %, віддалених післяопераційних ускладнень — 9,5 %. У 2-й групі ускладнень не зафіксували.

Висновки. У групі хворих, яким проводили лапароскопічні симультанні операції за розробленою нами методикою, післяопераційних ускладнень з боку серцево-судинної системи у пацієнтів із ішемічною хворобою серця (4 % — в 2-й групі та 17,6 % — в 1-й групі), ранових (8,0 і 12,2 %), запальних внутрішньочеревних (0 і 6,8 %) і віддалених післяопераційних (0 і 9,5 %) ускладнень було статистично значуще менше, ніж у пацієнтів, яким симультанні операції виконували традиційним способом.

Ключові слова: симультанна операція, холецистектомія, адгезіолізис, птоз передньої черевної стінки.

V. G. Mishalov, R. V. Bondarev, O. Yu. Kondakova, L. Yu. Markulan, S. O. Kondratenko
 O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv

TRADITIONAL AND LAPAROSCOPIC TECHNOLOGIES FOR FRONT ABDOMINAL WALL PTOSIS AFTER SIMULTANEOUS OPERATIONS

The aim — to compare the early treatment results in patients with front abdominal wall ptosis after abdominal surgery and simultaneous lipodermectomy by traditional and laparoscopic methods, and/abdominoplasty.

Materials and methods. The treatment results analysis of 124 patients with front abdominal wall ptosis, front abdominal wall esthetic deformation, abdominal diseases, on whom lipodermectomy and simultaneous operations were performed by using traditional (70 cholecystectomy, 4 adhesiolysis — 1st group,) and laparoscopic (54 cholecystectomy, 5 adhesiolysis — 2nd group) methods. All patients were aged 51.42 ± 0.74 years, men — 5 (4 %); women — 119 (96 %). Ventral hernia and/or diastases of rectus muscles — 23 (18.5 %) were treated traditionally.

Results and discussion. The average pain index during all research periods after operation was significantly increased in the first group compared to the second group (p < 0.01). Cardiac rate abnormalities among the patient with coronary heart disease appeared in 1st group — 17.6 %, in 2nd group — 4 % of cases. Postoperative wound complications were being decreased from 12.2 % to 8 %, intraperitoneal complications from 6.8 % to 0 % and long-term postoperative complications from 9.5 % to 0 %.

Conclusions. Postoperative complications level among the patients who were operated by using developed operative method, cardiovascular complications in patients with ischemic heart disease (4 % vs 17.6 %), wound (8 % and 12.2 %); inflammatory intraabdominal (0 % vs 6.8 %), long-term postoperative complications (0 % and 9.5 %); were significantly decreased compared to the control group.

Key words: simultaneous operation, cholecystectomy, adhesiolysis, front abdominal wall ptosis.