



В. Г. Мишалов, Р. В. Бондарев, Л. Ю. Маркулан,
Е. Ю. Кондакова, О. В. Балабан

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПТОЗА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ВЫПОЛНЕНИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Цель работы — провести сравнительную оценку качества жизни, связанного с болезнью (КЖСБ), через 1 год после абдоминопластики и симультанных операций (СО) на органах брюшной полости.

Материалы и методы. Проведена сравнительная оценка КЖСБ через 1 год после операции у 148 (84,1 %) из 176 пациентов, которым выполнена абдоминопластика по поводу птоза передней брюшной стенки (ППБС) и СО по поводу сочетанной хирургической патологии органов брюшной полости. Хроническим калькулезным холециститом страдали 154 (87,5 %) больных. Полип желчного пузыря диагностирован у 7 (4,0 %) пациентов, спаечная болезнь, болевая форма — у 15 (8,5 %). При лечении ППБС у 17,6 % больных выполнены СО по поводу грыжи брюшной стенки и/или диастаза прямых мышц живота. В зависимости от способа СО пациентов распределили на три группы. В группе 1 (n = 74) первым этапом выполняли лапаротомию (холецистэктомия, адгезиолизис), вторым этапом — дермолипэктомия, в группе 2 (n = 52) первым этапом осуществляли лапароскопическое вмешательство (лапароскопическая холецистэктомия, лапароскопический адгезиолизис), в основной группе (n = 50) первым этапом выполняли лапароскопические вмешательства по разработанной методике (лапароскопическая холецистэктомия, лапароскопический адгезиолизис), вторым — дермолипэктомия. По соотношению полов, возрасту, степени ожирения и ППБС, виду сочетанной хирургической и нехирургической патологии группы статистически значимо не различались (все $p > 0,05$). КЖСБ оценивали через 1 год после операции путем анкетирования пациентов с использованием опросника SF-36.

Результаты и обсуждение. Через 1 год после операции физический компонент здоровья КЖСБ был статистически значимо лучше в основной группе по сравнению с группами 1 и 2 (соответственно $(87,89 \pm 1,03)$, $(79,61 \pm 0,94)$ и $(81,43 \pm 0,91)$ балла, все $p < 0,001$). Психологический компонент здоровья также был статистически значимо выше в основной группе (соответственно $(86,25 \pm 1,23)$, $(80,60 \pm 0,96)$ и $(81,86 \pm 1,15)$ балла, все $p < 0,001$).

Выводы. Разработанные лапароскопические методы симультанных вмешательств при объединенных заболеваниях органов брюшной полости и ППБС по сравнению с СО открытым способом и традиционным лапароскопическим статистически значимо (все $p < 0,001$) больше повлияли на показатели качества жизни больных через 1 год после операции.

■

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

Птозом передней брюшной стенки (ППБС) страдают преимущественно лица трудоспособного возраста [3]. До 70 % больных с ППБС, которым показано выполнение дермолипэктомии (ДЛЭ), имеют ожирение [1].

В последние годы отмечено увеличение частоты выявления сочетанной хирургической патологии органов брюшной полости, требующей проведения симультанных операций (СО) [4, 7]. С внедре-

нием лапароскопической техники отмечено повышение эффективности лечения больных с сочетанной патологией [6, 8]. Однако выполнение лапароскопических вмешательств у больных с ожирением и ППБС связано с определенными трудностями [2], что обуславливает увеличение частоты послеоперационных осложнений.

Актуальным является изучение отдаленных результатов лечения больных с ППБС и сочетан-

ной хирургической патологией органов брюшной полости на основании не только оценки частоты осложнений, но и степени физического и душевного благополучия.

Цель работы — провести сравнительную оценку качества жизни, связанного с болезнью, через 1 год после абдоминопластики и симультанных операций на органах брюшной полости.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведена сравнительная оценка качества жизни, связанного с болезнью (КЖСБ), через 1 год после операции у 148 (84,1 %) из 176 пациентов, которым выполнена абдоминопластика (АП) по поводу ППБС и СО по поводу сочетанной хирургической патологии органов брюшной полости. Хроническим калькулезным холециститом страдали 154 (87,5 %) больных. Полип желчного пузыря диагностирован у 7 (4 %) больных. Среди больных с хроническим калькулезным холециститом у 18 (10,2 %) определялся бессимптомный спаечный процесс в брюшной полости после ранее перенесенных операций. Спаечная болезнь (болевая форма) диагностирована у 15 (8,5 %) больных. При лечении ППБС у 17,6 % больных также были выполнены СО по поводу грыжи брюшной стенки и/или диастаза прямых мышц живота.

Возраст больных — от 25 до 67 лет, средний возраст — $(51,2 \pm 0,6)$ года. Индекс массы тела (ИМТ) составлял от 30 до $39,9 \text{ кг/м}^2$, в среднем — $(35,04 \pm 0,2) \text{ кг/м}^2$. Согласно классификации ВОЗ ожирение I степени отмечено у 85 (48,3 %) больных, II — у 91 (51,7 %). Согласно классификации А. Matarasso [5] ППБС II степени регистрировали у 18 (10,2 %) пациентов, III степени — у 139 (79,0 %), IV степени — у 19 (10,8 %). Ишемическая болезнь сердца диагностирована у 79 (44,9 %) больных, в том числе диффузный кардиосклероз у 63 (79,7 %), постинфарктный кардиосклероз у 7 (8,9 %), нарушение ритма сердечной деятельности — у 9 (11,4 %). Гипертонической болезнью страдали 135 (76,7 %) больных, хроническим панкреатитом — 142 (80,7 %), сахарным диабетом I и II типа — 61 (34,7 %), гинекологическими заболеваниями — 23 (13,1 %), хроническим бронхитом — 6 (4,5 %), хронической язвенной болезнью — 11 (6,3 %), хронической болезнью почек — 3 (1,7 %).

Всем больным при лечении ППБС II степени выполняли мини-абдоминопластику (МАП), осуществляя ДЛЭ с отсепаровкой кожно-подкожно-жирового лоскута до уровня пупка, при III—IV степени — АП (ДЛЭ проводили с отсепаровкой лоскута до уровня реберных дуг). В зависимости от способа коррекции ППБС на симультанном этапе операции больных распределили на три группы. Группу сравнения 1 ($n = 74$) составили больные, которым после ДЛЭ выполняли СО открытым способом на органах брюшной полости (открытым способом холецистэктомию (ОХЭ) —

у 70 (94,6 %) больных и адгезиолизис в брюшной полости при болевой форме спаечной болезни во время грыжесечения послеоперационной грыжи — у 4 (5,4 %)). У больных с бессимптомным спаечным процессом, ранее перенесших оперативные вмешательства на верхних этажах брюшной полости ($n = 7$), перед ОХЭ проводили адгезиолизис в объеме, необходимом для доступа к желчному пузырю, и СО при грыже брюшной стенки и/или диастазе прямых мышц живота у 15 (20,3 %) больных.

В группе сравнения 2 ($n = 52$) первым этапом проводили вмешательства на органах брюшной полости: лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) ($n = 46$), при бессимптомном спаечном процессе ($n = 5$) ЛХЭ предшествовал лапароскопический адгезиолизис (ЛА), и ЛА ($n = 6$) у больных с болевой формой спаечной болезни. После этого осуществляли МАП ($n = 13$) или АП ($n = 39$) с устранением грыжи брюшной стенки и/или диастаза прямых мышц живота ($n = 8$). Для лапароскопических вмешательств применяли специальные троакары и инструменты большей длины. Операции проводили при внутрибрюшном давлении 14—16 мм рт. ст. Экстракцию желчного пузыря осуществляли через контрапертуру в правой половине живота по средне-подмышечной линии.

В основной группе ($n = 50$) первым этапом 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 брюшной полости. Выполняли лапароскопический этап (ЛХЭ ($n = 45$), ЛА ($n = 5$)), потом ДЛЭ и оперативное вмешательство по поводу грыжи брюшной стенки и/или диастаза прямых мышц живота ($n = 8$). У 6 больных с бессимптомным спаечным процессом сначала проводили ЛА, потом — ЛХЭ.

Герниопластику с сеткой и устранение диастаза прямых мышц живота выполняли открытым способом.

По соотношению полов, возрасту, степени ожирения и ППБС, виду сочетанной хирургической и нехирургической патологии группы статистически значимо не различались (все $p > 0,05$).

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

КЖСБ оценивали через 1 год после операции путем анкетирования пациентов с использованием опросника SF-36 (SF-36 Health Status Survey)

[9]. Количественно оценивали следующие показатели: физическое функционирование (physical functioning (PF)), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (role-physical functioning (RP)), интенсивность боли (bodі pain (BP)), общее состояние здоровья (general health (GH)), жизненная активность (vitality (VT)), социальное функционирование (social functioning (SF)), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (role-emotional (RE)), психическое здоровье (mental health (MH)). Шкалы группировали в два показателя: физический компонент здоровья (physical health (PH)) и психологический компонент здоровья (mental health (MH)). Физический компонент здоровья составляли показатели шкал PF, RP, BP, GH, психологический компонент — показатели шкал VT, SF, RE, MH.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Через 1 год после операции КЖСБ удалось определить у 148 (84,1 %) больных: в группе 1 — у 62 (83,8 %), в группе 2 — у 44 (84,6 %), в основной группе — у 42 (84,0 %) пациентов (различия статистически не значимы, $p > 0,05$).

Количественная оценка показателей опросника SF-36 представлена в таблице.

До операции все показатели КЖСБ у больных в исследуемых группах по шкалам PF, RP, BP, GH, VT, SF, RE, MH были довольно низкими. Наихудшими во всех группах были показатели ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием. Это было связано с влиянием физического состояния больных (наличием ожирения, ППБС, сопутствующих хирургических заболеваний органов брюшной полости и брюшной стенки) на повседневную

ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей) и с эмоциональным состоянием, которое мешало выполнению работы или другой повседневной деятельности.

Из данных таблицы видно, что выполнение СО при сочетанных хирургических заболеваниях органов брюшной полости и ППБС позитивно влияло на качество жизни всех больных через 1 год после операции. Наибольшие показатели отмечены по шкалам физического и ролевого функционирования, общего состояния здоровья, социального функционирования и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием. Это было обусловлено результатами лечения, что проявлялось в увеличении двигательной активности, отсутствии ограничения в выполнении физической нагрузки, болей, связанных с послеоперационной грыжей и рецидивом болевой формы спаечной болезни.

Послеоперационную грыжу через 1 год в группе 1 наблюдали у 6,5 % больных, в группе 2 — у 15,9 %, рецидив болевой формы спаечной болезни — у 4,8 % больных в группе 1. Из поздних осложнений отмечены косметические дефекты послеоперационного рубца, осложнения со стороны пупка и подкожной жировой клетчатки. Так, в основной группе гипертрофический рубец наблюдали в 2,4 % случаев, излишек подкожной жировой клетчатки в области фланков — в 4,8 %, в группе 1 келлоидный рубец — в 1,6 %, нависание верхнего лоскута — в 1,6 %, неравномерное бугристое распределение подкожной жировой клетчатки — в 1,6 %, омфолит — в 1,6 %, в группе 2 гипертрофический рубец — в 2,8 %, келлоидный рубец — в 2,8 %, неравномерное бугристое распределение подкожной жировой клетчатки — в 2,8 % случаев.

Через 1 год после операции физический компонент здоровья статистически значимо улучшил-

Т а б л и ц а
Средние показатели качества жизни, связанного с болезнью, согласно опроснику SF-36, до и через 1 год после операции, баллы ($M \pm m$)

Показатель	Группа 1		Группа 2		Основная группа	
	До операции (n = 74)	Через 1 год (n = 62)	До операции (n = 52)	Через 1 год (n = 44)	До операции (n = 50)	Через 1 год (n = 42)
PF	30,65 ± 0,74	69,32 ± 1,40	32,93 ± 1,00	70,36 ± 1,60	32,98 ± 0,93	78,82 ± 1,28
RP	18,16 ± 0,56	71,23 ± 1,19	19,12 ± 0,76	77,82 ± 1,32	18,92 ± 0,74	86,61 ± 1,04
BP	41,15 ± 1,05	87,39 ± 1,02	43,67 ± 1,14	87,75 ± 0,99	42,40 ± 1,39	88,48 ± 0,73
GH	27,31 ± 0,84	74,21 ± 0,97	26,00 ± 0,97	75,77 ± 1,07	26,72 ± 1,11	84,09 ± 1,40
VT	43,15 ± 0,99	79,16 ± 1,09	44,85 ± 1,26	79,77 ± 1,56	42,68 ± 1,34	81,07 ± 1,65
SF	41,97 ± 0,80	72,89 ± 0,98	40,46 ± 1,08	74,34 ± 1,11	41,14 ± 0,95	82,09 ± 1,27
RE	11,95 ± 0,52	73,63 ± 1,36	11,42 ± 0,70	75,43 ± 1,51	11,50 ± 0,70	89,36 ± 0,93
MH	46,57 ± 0,83	85,68 ± 1,03	46,29 ± 1,02	85,82 ± 1,25	44,80 ± 1,02	86,36 ± 1,19

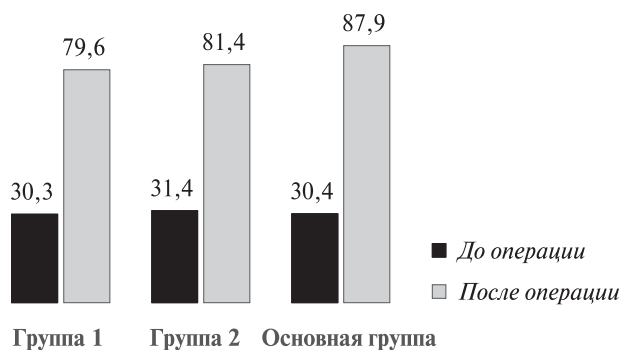


Рис. 1. Фізичний компонент здоров'я у больних досліджуваних груп до операції і через 1 рік після оперативного втручання, бали

ся во всіх групах (рис. 1), однак в основній групі показав краще значення статистично значимо більшим значенням показателів шкал PF, RP і GH (все $p < 0,001$).

Для інтегрального показателя психологічний компонент здоров'я відзначається схожою тенденцією (рис. 2).

Через 1 рік після операції психологічний компонент КЖСБ статистично значимо покращився во всіх групах, але в основній групі показав краще значення статистично значимо краще (все $p < 0,001$) завдяки більшим значенням шкал, що складають психологічний компонент здоров'я.

Таким чином, розроблені лапароскопічні методи одночасних втручань при об'єднаних захворюваннях органів брюшної порожнини і ППБС позитивно впливали на якість життя хворих через 1 рік після операції і статистично значимо (все $p < 0,001$) були вище показателів якості життя у больних, яким

Конфлікта інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження — В. М.; збір матеріалу — Е. К., О. Б.; обробка матеріалу — Е. К., Р. Б., Л. М.; статистична обробка даних — Л. М.; написання тексту — Е. К.; редактування — В. М., Р. Б.

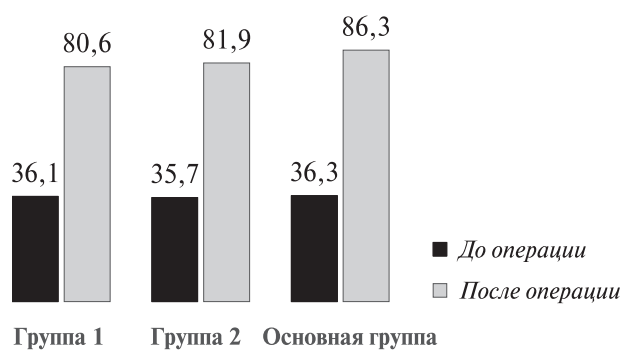


Рис. 2. Психологічний компонент здоров'я у больних досліджуваних груп до операції і через 1 рік після оперативного втручання, бали

виконували одночасні операції відкритим способом і традиційним лапароскопічним.

ВИВОДИ

Розроблені лапароскопічні методи одночасних втручань при поєднаних захворюваннях органів брюшної порожнини і птозі передньої стінки живота порівняно з одночасними операціями відкритим способом і традиційним лапароскопічним статистично значимо (все $p < 0,001$) більше впливали на показники якості життя хворих через 1 рік після операції. Це обумовлено статистично значимо більшим показателем якості життя по фізичному компоненту здоров'я, який в основній групі і групах порівняння 1 і 2 склав відповідно $(87,89 \pm 1,03)$, $(79,61 \pm 0,94)$ і $(81,43 \pm 0,91)$ бала, і психологічному компоненту (відповідно $(86,25 \pm 1,23)$, $(80,60 \pm 0,96)$ і $(81,86 \pm 1,15)$ бала).

Література

- Бойко В. В., Тарабан І. А., Мишенина Е. В. Сучасні аспекти абдомінопластики // Харківська хірургічна школа. — 2012. — № 3 (54). — С. 113—117.
- Мишалов В. Г., Кондакова Е. Ю., Бондарев Р. В. і др. Одночасні лапароскопічні втручання на органах брюшної порожнини у больних з ожирінням при корекції птозу передньої стінки живота // Хірургія України. — 2017. — № 1. — С. 85—90.
- Мишалов В. Г., Кондакова О. Ю., Маркулан Л. Ю. та ін. Спосіб виконання комбінованих лапароскопічних операцій у хворих з птозом передньої черевної стінки // Харківська хірургічна школа. — 2015. — № 4 (73). — С. 156—158.
- Júnior S. A., Lemos T. E., Junior A. C. et al. Acute acalculous cholecystitis in critically ill patients: risk factors, diagnosis and treatment strategies // J. Pancreas. — 2016. — Vol. 17, N 6. — P. 580—586.
- Matarasso A. Abdominoplasty: A system of classification and treatment for combiner abdominoplasty and suction assisted lipectomy // Aesthetic Plast. Surg. — 1991. — Vol. 15, N 2. — P. 111—121.
- Murata A., Okamoto K., Muramatsu K. et al. Effects of additional laparoscopic cholecystectomy on outcomes of laparoscopic gastrectomy in patients with gastric cancer based on a national administrative database // J. Surg. Res. — 2014. — Vol. 186, N 1. — P. 157—163.
- Sinno S., Shah S., Kenton K. et al. Assessing the safety and efficacy of combined abdominoplasty and gynecologic surgery // Ann. Plast. Surg. — 2011. — Vol. 67, N 3. — P. 272—274.
- Sutariya V. K., Modi P. R. Laparoscopic cholecystectomy performed simultaneously with retroperitoneoscopic live donor nephrectomy // Ann. Tropic. Med. and Pub. Health. — 2016. — Vol. 9, N 2. — P. 102—104.
- Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. — The Health Institute, New England Medical Center? Boston, Mass, 1993.

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

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ ПТОЗУ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ТА ВИКОНАННЯ СИМУЛЬТАННИХ ОПЕРАЦІЙ ПРИ ПОЄДНАНИХ ХІРУРГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ

Мета роботи — провести порівняльну оцінку якості життя, пов'язаної з хворобою (ЯЖПХ), через 1 рік після абдомінопластики і симультанних операцій (СО) на органах черевної порожнини.

Матеріали і методи. Проведено порівняльну оцінку ЯЖПХ через 1 рік після операції у 148 (84,1 %) із 176 пацієнтів, яким виконано абдомінопластику з приводу птозу передньої черевної стінки (ППЧС) і СО з приводу поєднаної хірургічної патології органів черевної порожнини. На хронічний калькульозний холецистит страждали 154 (87,5 %) хворих. Поліп жовчного міхура діагностовано у 7 (4,0 %) пацієнтів, спайкову хворобу, больову форму — у 15 (8,5 %). При лікуванні ППЧС у 17,6 % хворих виконано СО з приводу грижі черевної стінки та/або діастазу прямих м'язів живота. Залежно від способу СО пацієнтів розподілили на три групи. У групі 1 (n = 74) першим етапом виконували лапаротомію (холецистектомія, адгезіолізис), другим етапом — дермоліпектомію, у групі 2 (n = 52) першим етапом здійснювали лапароскопічне втручання (лапароскопічна холецистектомія, лапароскопічний адгезіолізис), в основній групі (n = 50) першим етапом виконували лапароскопічне втручання за розробленою методикою (лапароскопічна холецистектомія, лапароскопічний адгезіолізис), другим — дермоліпектомію. За співвідношенням статей, віком, ступенем ожиріння та ППЧС, видом поєднаної хірургічної та нехірургічної патології групи статистично значущо не відрізнялися (всі $p > 0,05$). ЯЖПХ оцінювали через 1 рік після операції шляхом анкетування пацієнтів з використанням опитувальника SF-36.

Результати та обговорення. Через 1 рік після операції фізичний компонент здоров'я ЯЖПХ був статистично значущо кращим в основній групі порівняно з групами 1 і 2 (відповідно $(87,89 \pm 1,03)$, $(79,61 \pm 0,94)$ і $(81,43 \pm 0,91)$ бала, всі $p < 0,001$). Психологічний компонент здоров'я також був статистично значущо кращим в основній групі (відповідно $(86,25 \pm 1,23)$, $(80,60 \pm 0,96)$ і $(81,86 \pm 1,15)$ бала, всі $p < 0,001$).

Висновки. Розроблені лапароскопічні методи симультанних втручань при об'єднаних захворюваннях органів черевної порожнини та ППЧС порівняно із СО відкритим способом і традиційним лапароскопічним статистично значущо (всі $p < 0,001$) більше вплинули на показники якості життя хворих через 1 рік після операції.

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

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

QUALITY OF PATIENTS' LIFE AFTER SIMULTANEOUS OPERATIONS FOR ANTERIOR ABDOMINAL WALL PTOSIS IN SURGERY OF COMBINED ABDOMINAL CAVITY DISEASES

The aim — to make a comparative assessment of the Quality of Life Associated with the Disease (QLAD) in patients after 1 year of postoperative period after abdominoplasty and simultaneous operations of the abdominal organs.

Materials and methods. A comparative assessment of QLAD in 1 year after the operation in 148 (84.1 %) of 176 patients who were operated by abdominoplasty of anterior abdominal wall ptosis and simultaneous operation for the combined surgical pathology of the abdominal organs was conducted. Chronic calculous cholecystitis has 154 (87.5 %) patients, the polyp of the gall bladder was diagnosed in 7 (4 %), and the painful form of adhesive disease was in 15 (8.5 %) patients. In the treatment of anterior abdominal wall ptosis, simultaneous operation was performed in 17.6 % of patients with abdominal hernia and/or diastasis of the rectus abdominis. According to the simultaneous operation methods, the patients were divided into 3 groups. In the first group (n = 74) the first stage was laparotomy (cholecystectomy, adhesion), thendermolipectomy. In the second group (n = 52), the laparoscopic interventions (laparoscopic cholecystectomy, laparoscopic adhesion) were performed as the first stage. In the main group (n = 50) — the laparoscopic interventions (laparoscopic cholecystectomy and laparoscopic adhesion) were performed at the first followed by thendermolipectomy. Based on the sex, age, degree of obesity and anterior abdominal wall ptosis, the type of combined surgical and non-surgical pathology, the observed groups were not statistically different (all $p > 0.05$). QLAD was evaluated after 1 year of operation by questioning patients with the SF-36 questionnaire.

Results and discussion. In 1 year after the operation, the index for the health physical component of the QLAD was significantly better in the main group compared to the comparison groups 1 and 2, 87.89 ± 1.03 , 79.61 ± 0.94 and 81.43 ± 0.91 points, respectively ($p < 0.001$). The indicator of the health psychological component was also significantly higher in the main group, 86.25 ± 1.23 , 80.60 ± 0.96 and 81.86 ± 1.15 points, respectively ($p < 0.001$).

Conclusions. The developed laparoscopic methods of simultaneous interventions for combined diseases of the abdominal cavity organs and ptosis of the anterior abdominal wall, were more effective ($p < 0.001$) in a comparison with traditional laparoscopic procedures and had more influence on life quality indexes in one year after operation.

Key words: simultaneous operation, cholecystectomy, adhesiolysis, ptosis of the anterior abdominal wall.