



ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Уроков Ш.Т., Саидов И.К.

Абу Али Ибн Сино номидаги Бухоро Давлат тиббиёт институти. РШТЁИМ Бухоро филиали.

✓ Резюме

Муаллифларнинг маълумотларига қараганда охириги ўн йилликларда ўт тош касаллигини учраш даражасининг ошиб бориши ва ушбу касалликнинг этиологияси, патогенези, диагностикаси ҳамда даво масалаларидаги ҳалигача ечилмай қолган муаммолар кўпلىгича қолмоқда. Айниқса ўт тош касаллиги билан бир тизим касаллиги бўлган жигарнинг сурункали дифуз касалликларидан жигар циррози биргаликда келган ҳолатларда даво усулини танлаш муаммолигича қолмоқда. Маълумки ЖЦ кўп тизимли касаллик бўлиб, кўпгина ҳолларда организмдаги мавжуд ҳамроҳ касалликларни қўзғатиб асоратга сабабчи бўлса, айрим ҳолларда эса тўғридан тўғри патологик жараёни жадаллаштиради. Юқорида кўрсатилган касалликларнинг нафақат ўзи, уларнинг қўшма ҳолда яъни биргаликда келиши ҳам эътибордан холи эмас, яъни жигар циррозининг кўплаб учраши ушбу касалликнинг бошқа йўлдош касалликлар билан биргаликда кечishi ҳолатлари ҳам сезиларли даражада кўпаймоқда.

Калит сўзлар: Ўт тош касаллиги, жигар циррози, лапароскопик холецистэктомия.

ОСОБЕННОСТИ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Уроков Ш.Т., Саидов И.К.

Бухарский медицинский институт и Бухарский филиал РНЦЭМП.

✓ Резюме

Желчнокаменная болезнь встречается приблизительно у 1/3 пациентов с циррозом печени (ЦП). Повышенный литогенез у таких больных предположительно связан с увеличением секреции неконъюгированного билирубина, снижением содержания желчных кислот и фосфолипидов в желчи, гипомоторикой желчного пузыря. Камни в желчном пузыре у больных ЦП мигрируют редко, в связи с чем желчнокаменная болезнь у большинства из них протекает бессимптомно. Необходимость в холецистэктомии у больных ЦП возникает, как у пациентов без ЦП, при появлении симптомов желчной колики, острого холецистита. Общеизвестно, что ЦП с портальной гипертензией увеличивает риск развития интраоперационных и послеоперационных осложнений при любом виде хирургического вмешательства, особенно при операциях на билиарном дереве.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, цирроз печени, лапароскопическая холецистэктомия.

APPRAISE OF THE POSSIBILITY AND RELIABILITY OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS

Urokov Sh. T., Saidov I. K.

Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara city. Bukhara branch of RNCCEMP.

✓ Resume

Gallstone disease occurs in approximately 1/3 of patients with cirrhosis of the liver (LC). Increased lithogenesis in such patients is presumably associated with an increase in the secretion of unconjugated bilirubin, a decrease in the content of bile acids and phospholipids in bile, and hypomotility of the gallbladder. Gallstones in the gallbladder in patients with cirrhosis rarely migrate, and therefore gallstone disease in most of them is asymptomatic. The need for cholecystectomy in patients with cirrhosis arises, as in patients without cirrhosis, with the appearance of symptoms of biliary colic, acute cholecystitis. It is well known that cirrhosis with portal hypertension increases the risk of intraoperative and postoperative complications in any type of surgical intervention, especially in operations on the biliary tree.

Keywords: cholelithiasis, liver cirrhosis, laparoscopic cholecystectomy.

Долзарблиги

ХХ асрнинг охири ХХI асрнинг бошларида жаҳон медицинасининг эришган ютуқларидан миниинвазив усуллар мисли кўрилмаган ютуқларга эришди. Ушбу усуллар туфайли диагноз қуйиш имконияти кенгайиб бир беморда асосий касаллик билан биргаликда кўшимча патологияларни ҳам аниқлаш имкони яратилди. Бунинг натижасида эса айрим касаллик ёки унинг асорати эмас, балки касалликни келтириб чиқарувчи факторлар, ёхуд мазкур касалликни кучайтирувчи омилларни аниқлаш ва бир вақтнинг ўзида уларни бартараф қилиш, замонавий тиббиётнинг асосий вазифаларидан бирига айланди [1,4].

Шунинг билан биргаликда анестезиология ва реаниматологиянинг эришган ютуқлари, операциядан кейинги интенсив терапиянинг такомиллашиши, хирургия соҳасининг замонавий техник асбоб – ускуналар билан таъмирланиши, бажарилаётган операцияларни сифатли, радикал, кенгайтирилган кўлдамда бажарилишини, ҳаттоки бир вақтнинг ўзида беморда мавжуд бўлган бир неча патологияни бартараф қилиш (симультан операциялар) имконини яратди (2).

Замонавий медицинада илмий изланишларнинг асосий вазифаларидан бири, организмдаги асосий ва кўшимча касалликларни биратула даволаш мақсадида уларнинг ўзаро алоқасини, яъни бир аъзодаги патологик жараённинг бошқа аъзога таъсири, касалликнинг клиник кечишини ўзига хос томонларини ўрганиб, аниқ диагноз қуйиш орқали, ушбу касалликни даволаш усуллари ишлаб чиқишдан иборат (1,2,3,4.).

Бутун дунё соғлиқни сақлаш ташкилоти (БССТ)нинг маълумотига қараганда касалхонага ётқизилган хирургик беморларнинг 20-30 % да кўшимча яъни, асосий касаллик билан биргаликда кечувчи йўлдош касалликлар аниқланган (6).

Гепатогастродуоденал соҳа аъзолари ичида энг кўп учрайдиган касаллик бу жигар касаллиги бўлиб, айниқса жигарнинг диффуз касалликларининг учраши сезиларли даражада ўсмоқда (19). Жигар диффуз касалликлари орасида энг кўп учрайдигани жигар циррози бўлиб ушбу касаллик билан жаҳон гастроэнтерологлари, гепатологлари, инфекционистлари, хирурглар, реаниматологлар, ва трансплантологлар тинимсиз шуғуллансада, ҳамон медицинасининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда (1,4,5,21).

Муаллифларнинг маълумотларига қараганда охириги ўн йилликларда ўт тош касаллигини учраш даражасининг ошиб бориши ва ушбу касалликнинг этиологияси, патогенези, диагностикаси ҳамда даво масалаларидаги ҳалигача ечилмай қолган муаммолар кўплигича қолмоқда. Айниқса ўт тош касаллиги билан бир тизим касаллиги бўлган жигарнинг сурункали диффуз касалликларидан жигар циррози биргаликда келган ҳолатларда даво усулини танлаш муаммолигича қолмоқда (6,18,22).

Маълумки ЖЦ кўп тизимли касаллик бўлиб, кўпгина ҳолларда организмдаги мавжуд ҳамроҳ касалликларни қўзғатиб асоратга сабабчи бўлса, айрим ҳолларда эса тўғридан тўғри патологик жараёни жадаллаштиради (1,4,5,7).

Сир эмас ЖЦ ҳозирги вақтда ўзининг учраши, асоратлари ва ўлим кўрсаткичи билан алоҳида ўрин тутаяди, ушбу касаллик учун ўрта ёш 46 ёш бўлиб, касаллик учун ўртacha яшаш даври 3-6 йилдир (21,25.).

Ҳозирги вақтда фақатгина ЖЦ эмас айрим бошқа касалликларнинг ҳам учраши сезиларли даражада ошмоқда. Ўткир аппендицит, ўткир холециститлар, ўткир панкреатитлар, ичак тутилишларининг учраш кўрсаткичлари йилдан - йилга ошиб бормоқда (1,4,5.).

Юқорида кўрсатилган касалликларнинг нафақат ўзи, уларнинг кўшма ҳолда яъни биргаликда келиши ҳам эътибордан холи эмас, яъни жигар циррозининг кўплаб учраши ушбу касалликнинг бошқа йўлдош касалликлар билан биргаликда кечиш ҳолатлари ҳам сезиларли даражада кўпаймоқда.

Адабиётларда жигар циррози билан касалланган беморларда бажарилган жигарни қисман кесиш операциясидан кейинги асорат 50-60% учраса (9,12,13), соғлом жигарни кесиш операциясидан кейинги асоратлар 20-30% ни ташкил қилади (1,4,5,10,12).

Жигар циррозидан операциядан кейинги ўлим сабаби мулоажадан кейинги жадаллашиб боровчи жигар етишмовчилигидир (11,12).

Sherlok S. (2002) нинг таъкидлашича жигар циррозидан бажарилган операцияларнинг барчасида асорат ёки ўлим хавфи кузатилади. Муаллифнинг таъкидлашича жигар циррозидан операциядан кейинги ўлим 30% ни ташкил қилиб қолган 30% да эса турли хилдаги асоратлар кузатилади.

Операциядан кейинги асоратлар айниқса ўлим Чайлд-Пью буйича гуруҳларга бўлинганда қуйидаги сонларни кўришимиз мумкин. Яъни «А» гуруҳда 10%, «В» гуруҳда 31% ва «С»

гуруҳда эса 76 % ни ташкил қилади. Бирқанча муаллифларнинг фикрларича ҳозирги вақтда жигар циррози билан биргаликда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси (ОУИБИ), холецистит, қорин девори чурралари, панкреатит, эхинококкоз касалликларининг ҳам учраши сезиларли даражада ўсмоқда (1,4,5,8,30).

Айрим ҳолларда эса беморлар хирургик касалхоналарга кўп учрайдиган бирқанча шошилиш касалликларининг асорати туфайли мурожаат қилгач, ЖЦ эса касалхонада айрим ҳолларда эса операция вақтида аниқланади (1,4,5,22).

ЖСДК нинг бошқа бир қанча хирургик касалликлар билан учраши, уларнинг клиник кечиши, диагноз қуйиш ва даволаш ҳамда операция тактикалари тўғрисида анчагина илмий ишлар олиб борилган. Яъни, адабиётларда ЖЦ билан ОЎИБИЯК, ўткир ва хроник холециститлар, эхинококк касаллиги қорин девори чурралари, ўткир панкреатит, ўткир ичак тутилиши ҳақида бир қанча маълумотлар бор (1,4,12,14). Лекин биз изланган адабиётларда ЖЦ билан кўпгина хирургик касалликларнинг бирга келган ҳолатлардаги даволаш тактикаси ҳақида етарли маълумотлар учрамади.

Адабиётларда ЖЦ ва ўт тош касаллигининг бирга келган ҳолатлардаги диагностика ва даво усуллари тўғрисида етарли маълумотлар мавжуд (1,4,12,14). Лекин изланган адабиётларда ўткир холециститнинг ЖЦ билан бирга келган ҳолатларда текшириш, ташхислаш ва даво тактикаси аниқ, қайси вақтларда холецистэктомия, холецистостомия, холецистолитотомия, операциялари ва бу операцияларни қандай усулларда бажариш, шунинг билан бирга ЖЦ га қаратилган операциялар тўғрисида маълумотлар топилмади (2,4.).

Жигар циррозининг турлича морфологик кўринишларда намоён бўлиши, клиникасининг кечиши, оғирлик даражаси, ўртача яшаш даври, жигар функционал ҳолатининг даражаси, гепатоцитларнинг дезинтоксикация қобилияти ва портал гипертензиянинг юзага келиши билан боғлиқ. Жигар циррози ва холелитиаз мавжуд беморларда ўткир холециститнинг ривожланиши фонида ўт халта функциясининг сақланганлиги майда тошларда эса гиперкинетик дискинезия ҳолатининг бўлиши асосий омил бўлиб ҳисобланади (22,30).

Шу нарса маълумки жигарнинг сурункали диффуз касалликларида ўт таркибидаги лицетин ва изолецитиннинг деструктив таъсири активлашиб ўт халта ёки ўт йўллари шиллиқ қаватида патологик ўзгаришлар яъни ўткир яллиғланиш белгилари пайдо бўлиши мумкин (4,15).

Сурункали тарзда кечаётган калкулёз холецистит жигарнинг функционал ҳолатига таъсири кузатилмади. Лекин ушбу ўт йўлларидаги яллиғланиш ҳолати ўткир холециститгача борса, холангит белгилари ёки ўт йўлларидаги узок вақт беркилиши яъни билиар гипертензия юзага чиқиши ҳолатларида жигарнинг функционал ҳолатига ўзгариш кузатилиши мумкин. Жигардаги патологик жараён жигар тўқимасида гепатоцитларнинг дегенерацияси, шиш ва билиар гепатит ривожланади. Ҳаттоки холанги натижасида жигар паренхимасида чегарали яллиғланиш ўчоқлари абсцесслар пайдо бўлиши мумкин. Таъкидланган патологик жараён узок вақт давом этса дастлаб перипортал соҳада фиброз ва кейинчалик “билиар цирроз” келиб чиқиши мумкин. Ушбу патологик жараён даврида уни келтириб чиқарган сабаби бартарф этилса жигардаги барча таъкидланган патологик ҳолат регресс яъни қайта тикланиши мумкин.

Агарда юқорида таъкидлаб ўтилган ўт йўлларидаги патологик жараён жигар тўқимасида аввалдан мавжуд бўлган сурункали диффуз касаллик фонида келса иккиламчи билиар асорат туфайли жигарда хавфли асоратлар келтириб чиқариши мумкин. Бунинг натижасида ўткир жигар етишмовчилиги, жигар комаси келиб чиқиши мумкин (9,10,13).

Бир қанча адабиётларда жигар циррози ўткир холецистит билан биргаликда келган ҳолатларда лапароскопик холецистэктомиялар билан диатермогепатокоагуляция, оментогепатопексия, оментогепато-френопексия, мулоажаларини симультан равишда қилганда самарали натижага эришганликлари тўғрисида маълумотлар беришган (22,29).

Операция пайтида жигарда макроскопик ўзгаришларни яъни тўқима архитектоникасининг, рангининг, чандикланишни, қобилининг юмшаганлиги кўпинча жарроҳ томондан тўғри ва етарлича баҳоланмайди. Жигар циррози ривожланишининг босқичларини етарлича баҳоламаслик нотўғри даволаш тактикасига олиб келади, оқибатда жигар циррози янада ривожланади. Ўткир холециститлар жигар циррози билан биргаликда келганда ҳар иккала патологик жараённи бартараф қилишга ёки улардан бирини келажакда енгиллаштирувчи ва қайси вақтда операция қилиш масаласи ҳалигача ўз ечимини топгани йўқ. Бу муаммони ҳал қилиш ва аниқ бир тактик стандартларнинг ишлаб чиқиши энг аввало даволаш натижаларини яхшилайти ва иқтисодий аҳамияти ҳам катта (8,21,23).

Айрим адабиётларда шошилиш йўли билан қилинган операцияларда конверсия фоизи

баланд (36%) эканлиги қайд этилган. Айрим муаллифлар жигар циррози билан 33 ЛХЭ дан 2 таси лапаротомияга (6%) ўтганлигини айтишган. Лапаротомияга ўтишнинг асосий сабаби қилиб қон кетиши ва қорин бўшлиғи вена томирларининг кенгайиши сабабли кўришнинг ёмонлашганлиги кўрсатилган (4,13,24).

Адабиётларда жигар циррозининг компенсация ва декомпенсация даврларида қилинган ЛХЭ операцияларининг натижалари жуда аниқ фарқ қилганлигини кўрсатадилар (8.23.29).

Жигар циррози билан қилинган ЛХЭ да операциядан кейин бўладиган асоратлар лапаротомия усулидаги операцияларга қараганда 20,8% дан 9,7% га тушганлиги кўрсатилган (5.16).

Айрим муаллифлар жигар циррози мавжуд беморларда ЛХЭ нинг ўзига хос қийинчиликлари бўлсада, аммо уни лапаротомия билан солиштирганда анча хавфсиз усул деб ҳисоблашади. Бунинг учун эса беморларни операциядан махсус текшириб тайёрлашни ва жарроҳларнинг малакасини ошириш кераклигини тавсия этишади (19.16.30).

Шу пайтнинг ўзида бир хил муаллифлар жигар циррози билан ЛХЭ дан кейин 52% беморларда турли хил асоратлар кузатган. Уларнинг асосий сабаби қон кетиш 8%, тромбоземболия 4%, операциядан кейинги яранинг йиринглаши 22%, асцит 12%, юрак-ўпкага алоқадор 8% бўлган.

Жигар циррози билан холецистэктомия операциясидан кейин яранинг йиринглаши кўпроқ кузатилади (3.18.19).

Чайлд-Пью бўйича «С»классида бўлган беморларнинг ЛХЭ дан кейинги ўлими ҳар 50%ни ташкил қилган. Шошилиш равишда бажарилган операциялар билан беморларнинг ўртача стационарда бўлиш муддати 4,8%га кўпайган, режали операцияларда эса 2,1%ни ташкил қилган (6.17).

Шундай қилиб, юқоридаги келтирилган маълумотларга асосланиб айтиш мумкинки, сурункали гепатит ва жигар циррози билан ўткир тошли холецистит касаллигининг биргаликда учрашида ташхиси ва даволаш тактикалари ҳалигача ўз ечимини топмаган. Касалликнинг клиник белгилари жуда кам ахборотли бўлиб жигар ва ўт халтадаги морфологик ўзгаришлар даражасини ҳамма вақт ҳам тўла ёритмайди. Шунинг учун ҳам замонавий лаборатория ва асбоблар билан текшириш арсеналини бир тизимга киритиш ва уларни стандартлаш зарур.

Шундай қилиб ўт пуфагининг ўткир яллиғланиши, яъни ўткир холецистит касаллиги ЖЦ билан бирга келган ҳолатларда ташхислаш ва патогенетик даво тактикаси айниқса операция усулини танлаш муаммо ёки баҳсли бўлиб, ушбу соҳада анчагина изланиш ва ишлашни талаб қилади.

ФОЙДАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР:

1. Ўроқов Ш.Т., Эшонов О.Ш. Абдоминал жарроҳлик касалликларининг кечишида жигар функционал ҳолатининг аҳамияти. /Бухоро – 2019, с-7-12.
2. Волков С.В. Прогнозирование симультанных операций на органах брюшной полости и пути улучшения их результатов. / Дис. канд. мед. наук. Калинин.- 1989. С.235.
3. Токин К.Д., Жебровский В.В., Земляникин А.А. Симультанные операции - название и определение // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1991.- № 5-6. - С. 3-9.
4. Ураков Ш.Т. Особенности лечебно диагностической тактики у больных циррозом печени, сочетанным с абдоминальной хирургической патологией. / Автореф. дисс. ... док. мед. наук. - Ташкент-2005. С. 215
5. Ўроқов Ш.Т., Абидов Ў.О. “Синдром механическая желтуха” 2020, с 12-15.
6. Земляной А.Г., Малкова С.К. // Хирургия. - 1986. - № 3.- С. 22-26.
7. Ерамишанцев А.К., Гордеев П.С., Ахмеджанов К.К. Диагностика и лечение острого холецистита при циррозе печени //Хирургия. - 1992. - № 1. - С.15-17.
8. Старостин С.А. Грыжесечение у больных с синдромом портальной гипертензии, осложненным резистентным асцитом. // Мат. докл. науч.- прак. конф. Новосибирск. 1994. - С. 101-102.
9. Байрамов Н.Ю. Осложнения резекции печени // Анналы хирургической гепатологии. - 2000. - № 1.- С. 14-18.
10. Алиев М.А., Баймаханов Б.Б., Федотовских Г.В., Сахипом М.М., Чорманов А.Т. Электронномикроскопическая оценка печени на этапе ее сосудистой изоляции при гемигепатэктомии. // Анналы хирургической гепатологии-2005. Т.10. - №2 – с -174

11. Ахмеджанов К.К. Особенности клиника, диагностики и тактика лечения осложнений желчекаменной болезни при циррозе печени. / Дисс. ... канд. Мед. Наук. Москва -1990. С. 137.
12. Даценко Б.М., Борисенко В.Б. Механическая желтуха, острый холангит, билиарный сепсис: их патогенетическая взаимосвязь и принципы дифференциальной диагностики. // Новости хирургии. том 21 № 5. 2013 стр. 31-39.
13. Гарбузенко Д. В. Мультиорганные гемодинамические нарушения при циррозе печени // Терапевтический архив — 2007. — Т.79, № 2. — С.73-77
14. Кожока Т. Г. Субстраты энергетического обмена // Лекарственные средства в фармакотерапии патологии клетки. Москва. 2007. С. 95- 97.
15. Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Тарасов О.Н., Янголенко Я. В. Пути повышения эффективности эндоскопических методов лечения острого холецистита и его осложнений. // Хирургия. - 2010. - №9. - С. 42-46
16. Радченко В.Г., Шабров А.В., Зиновьева Е.Н. Основы клинической гепатологии. -СПб.: Диалект, 2005., с.306-318.
17. Таджибаев Ш.А., Номанбеков А.У. К проблеме осложнений лапароскопической холецистэктомии. // Эндоскопическая хирургия. 2008. - №4. - С. 15-17. 79. Топчиев М.А., Паршин Д.С., Гвоздюк А.И. и соавт. Осложнения видеолaparоскопической холецистэктомии. // Тезисы докладов XVII съезда Российского Общества Эндоскопических Хирургов. - Эндоскопическая хирургия. - 2014. - №1. —Приложение. - С. 404405.
18. Атаджанов Ш. К. Анализ результатов лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите // Эндоскоп. хирургия. - 2007. - № 1. - С. 3 5.
19. Бондаренко А. Н. Влияние циклоферона на активность системы протеолиза у больных вирусными гепатитами, употребляющих наркотики // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И. И. Мечникова. 2005. № 2. С. 37-42. 16.
20. Бабаджанов А.Х. Концептуальные основы портосистемного шунтирование интегральной оценкой прогноза жизни у больных циррозом печени. / Автореферат ... док.мед.наук. – Ташкент, 2014. - 80с.
21. Ильченко Ф.Н., Сербул М.М., Бордан, Н.С., Аблаев Э.Э. Особенности лапароскопической операции при осложненных формах желчнокаменной болезни. // Украшський Журнал Хірургії. - 2009. - № 3. - С.73-76
22. Шулутко А. М., Прудков М. И., Тимербулатов В. М. и соавт. Миниlapаротомные технологии при желчнокаменной болезни: системный подход или хирургическая эквивалистика? // Анналы хирургической гепатологии. - 2012. - №2. - С.34-42.
23. Ахтамов Дж.А., Азимов С.А., Шомуродов Ш.Ю. Лапароскопическая холецистэктомия при циррозе печени // «Шошилич тиббий ёрдамни ташкил қилишнинг долзарб муаммолари: Шошилич тиббиётда юқори технологиялар» Республика VI илмий-амалий конференцияси.- 2006.-С.604.
24. Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Хирургическое лечение холелитиаза: незыблемые принципы, шадящие технологии. // Хирургия. -2008.-№5.-С.91-93.
25. Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Тарасов О.Н., Янголенко Я. В. Пути повышения эффективности эндоскопических методов лечения острого холецистита и его осложнений. // Хирургия. - 2010. - №9. - С. 42-46.
26. Ильченко Ф.Н., Сербул М.М., Бордан, Н.С., Аблаев Э.Э. Особенности лапароскопической операции при осложненных формах желчнокаменной болезни. // Украшський Журнал Хірургії. - 2009. - № 3. - С.73-76.
27. Савельев В.С. [и др.]. Хирургические болезни. Учеб.: В 2 т / под общ. ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2005.
28. Балкизов З.З. Лапароскопическая холецистэктомия при остром калькулезном холецистите. / Автореферат ... канд.мед.наук. - Москва, 2005. - 19 с.
29. Баранов Г.А., Решетников Е.А., Харламов Б.В. Мини-инвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите // Хирургия. - 2008. - № 6. - С. 27-30.
30. Ковалев, А.И. Пропедевтика хирургической патологии / А.И. Ковалев [и др.]; под общ. ред. Ковалева А.И., Чадаева А.П. — М.: Медицинская книга, 2006. —640 с.

Поступила 09.09.2022