



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

10 (60) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х.ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ШЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

10 (60)

2023

октябрь

Received: 20.08.2023, Accepted: 05.09.2023, Published: 15.09.2023.

УДК 616.366:616-005.1:616-089

ОСОБЕННОСТИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСЛЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

А.А. Турсуметов <http://orcid.org/0000-0002-0606-1301>

О.У. Рахимов <https://orcid.org/0000-0002-1659-4005>

У.М. Абдуллакулов Email: AbdullakovU@mail.ru

Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент, ул.
Богишамол, 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Резюме

В статье представлены результаты послеоперационного периода после лапароскопической холецистэктомии у 107 больных. В зависимости от метода гемостаза больные были разделены на три группы. В первой группе с целью гемостаза в ложе желчного пузыря использовали новый отечественный препарат гемобен, в контрольной группе гемостаз достигали с помощью монополярной коагуляции, в группе сравнения использовали гемостатическую губку «SPONGOSTAN™ STANDART». В основной группе применение гемобена позволило значительно сократить сроки дренирования, продолжительность операции и в 2 раза сократить сроки стационарного лечения.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия, послеоперационный период, гемостаз, осложнения, сроки дренирования

FEATURES OF THE POSTOPERATIVE PERIOD AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

A.A. Tursumetov <http://orcid.org/0000-0002-0606-1301>

O.U. Rakhimov <https://orcid.org/0000-0002-1659-4005>

U.M. Abdullakulov Email: AbdullakovU@mail.ru

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan 100140, Tashkent, 223 Bogishamol St,
tel: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Resume

Materials and methods: 107 patients were included in the study: the first group consisted of 37 patients in whom the domestic drug hemoben was used for the purpose of hemostasis in the gallbladder bed; in the control group there were 56 patients in whom the final hemostasis in the area of the gallbladder bed was achieved using monopolar coagulation; the comparison group included 14 patients for the purpose of hemostasis who used the hemostatic sponge "SPONGOSTAN™ STANDART". Results: In the observations of the main group, intraoperative complications were not noted, due to the fact that bleeding from the gallbladder bed and the likelihood of thermal damage to surrounding tissues were blocked by the use of hemoben. When treating the gallbladder bed, the quality of the hemostatic effect of hemoben significantly exceeds that of electrocoagulation, so re-treatment of the bed can be excluded.

Conclusions: The use of the drug gemoben significantly reduces the total duration of the surgical intervention, significantly reduces the degree of intraoperative damage and reduces the duration of inpatient treatment by 2 times.

Key words: cholelithiasis, laparoscopic cholecystectomy, postoperative period, hemostasis, complications, timing of drainage

ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАР ЛАПАРОСКОПИК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ОПЕРАЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ ДАВРНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

А.А. Турсуметов <http://orcid.org/0000-0002-0606-1301>

О.У. Рахимов <https://orcid.org/0000-0002-1659-4005>

У.М. Абдуллакулов Email: AbdullakovU@mail.ru

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Ўзбекистон 100140, Тошкент, Боғишамол кўчаси 223, тел: 8 71 260 36 58 E.mail: interdep@tashpmi.uz

✓ Резюме

Мақолада 107 та беморда лапароскопик холецистэктомиядан кейинги давр натижалари тасвирланган. Гемостаз турига кўра беморлар 3 та гуруҳга бўлинган. Биринчи гуруҳда ўт қопи ўрнига гемостаз мақсадида янги маҳаллий препарат гемобен ишлатилди, назорат гуруҳида гемостаз монополяр коагуляция ёрдамида эришилди, таққослаш гуруҳида эса «SPONGOSTAN™ STANDART» гемостатик губкаси ишлатилди. Асосий гуруҳда гемобен ишлатилиши дренажлаш муддатини, операция давомийлигини сезиларли қисқаришига ва стационар даво муддатини 2 мартагача камайишига имкон берди.

Калит сўзлар: ўт-тош касаллиги, лапароскопик холецистэктомия, операциядан кейинги давр, гемостаз, асоратлар, дренажлаш муддати.

Актуальность

З а последние два десятилетия, как во многих странах мира, так и в Узбекистане увеличилось количество больных с заболеваниями желчевыводящих путей [5,6,18]. В настоящее время наиболее широко применяемыми и признанными являются малоинвазивные технологии лечения желчнокаменной болезни, к которым относятся лапароскопическая холецистэктомия и операции, выполняемые из минидоступа [1,12]. Длительность послеоперационного периода и наличие/отсутствие осложнений в его течении определяются в первую очередь не объемом хирургического воздействия на органы брюшной полости, а локализацией и параметрами операционной раны [7,8,9]. Использование лапароскопического способа значительно снижает количество осложнений, однако полностью не предотвращает [13, 14, 17]. Не следует упускать из вида, что существует ряд факторов риска, усугубляющих вероятность осложнений: возраст пациента выше 60 лет, злокачественные опухоли, сердечно-сосудистая патология и т.д. [2, 11]. При выполнении лапароскопической холецистэктомии существует вероятность развития как интраоперационных (0,3-0,56%), так и послеоперационных (0,76-3,1%) осложнений [3,10]. Интраоперационные осложнения, которые могут сопровождать лапароскопическую холецистэктомия и представляют серьезную опасность: внутрибрюшное кровотечение из печени, из перфорированных сосудов передней брюшной стенки, кровотечения из пузырной артерии, полый вены, ложа желчного пузыря. Из этих осложнений кровотечение из ложа желчного пузыря регистрируется лишь в 1,9% случаев и более характерно для острого деструктивного холецистита и/или у больных с хроническим воспалением и рубцовыми изменениями задней стенки желчного пузыря [4, 15]. Отсутствие надежного гемостаза, как при традиционном, так и при лапароскопическом вмешательстве, является одной из основных причин конверсий при лапароскопической холецистэктомии [16].

Профилактика осложнений предполагает: своевременную и выполненную операцию, ее технически правильное выполнение и рациональное ведение послеоперационного периода. Возникновение вторичных осложнений можно предотвратить путем полной предоперационной и интраоперационной ревизии желчных путей.

Цель исследования. Изучить особенности послеоперационного периода после лапароскопической холецистэктомии у пациентов с желчнокаменной болезнью.

Материал и методы

В исследование было включено 107 пациента: первую группу составили 37 пациентов, у которых с целью гемостаза в ложе желчного пузыря использован отечественный препарат гемобен; в контрольной группе было 56 пациентов у которых, окончательный гемостаз в области ложа желчного пузыря достигался с использованием монополярной коагуляции; группа сравнения включала 14 пациентов, с целью гемостаза у которых использовали гемостатическую губку «SPONGOSTAN™ STANDART». Исследуемые группы были сопоставимы по следующим критериям: пол, возраст, тяжесть состояния, сопутствующие заболевания.

Результат и обсуждения

В основной группе кровотечение из ложа желчного пузыря останавливали аппликацией гемобена на всю поверхность ложа желчного пузыря. Больным контрольной группы при лапароскопической холецистэктомии рассечение тканей и коагуляцию электрокоагуляцией выполняли по стандартной методике.

Клиническое наблюдение выявило прямую зависимость между степенью травматичности операции и активностью ряда ферментов в послеоперационном периоде.

Сравнительные показатели АСТ и АЛТ больных после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) показаны на рисунке 1.

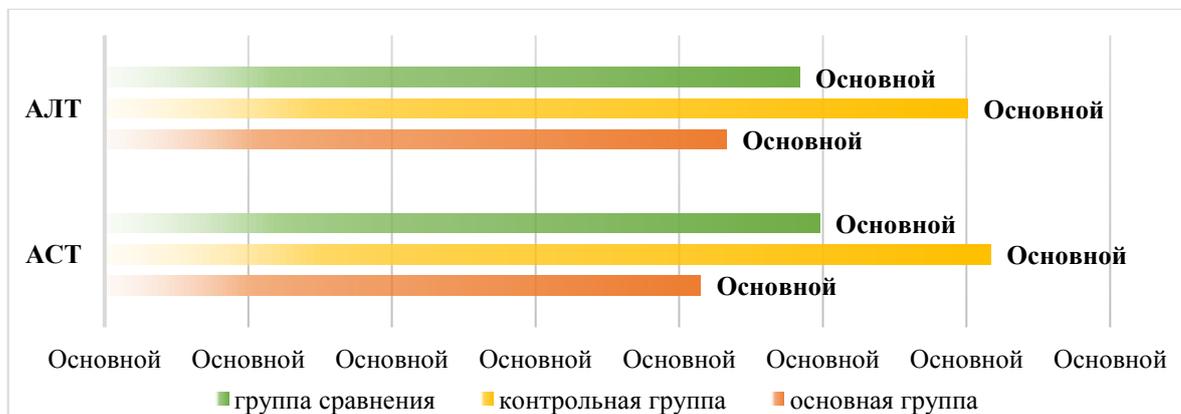


Рис.1. Сравнительные показатели АСТ и АЛТ больных после ЛХЭ

По установленному протоколу, в раннем послеоперационном периоде нами велся контроль качественных и количественных характеристик дренажного отделяемого, также регистрировалась продолжительность дренирования брюшной полости (подпеченочного пространства). Зависимость длительности дренирования подпеченочного пространства от характера дренажного отделяемого после ЛХЭ представлено на рис. 1. У 7 из 37 пациентов подпеченочное пространство не дренировано.

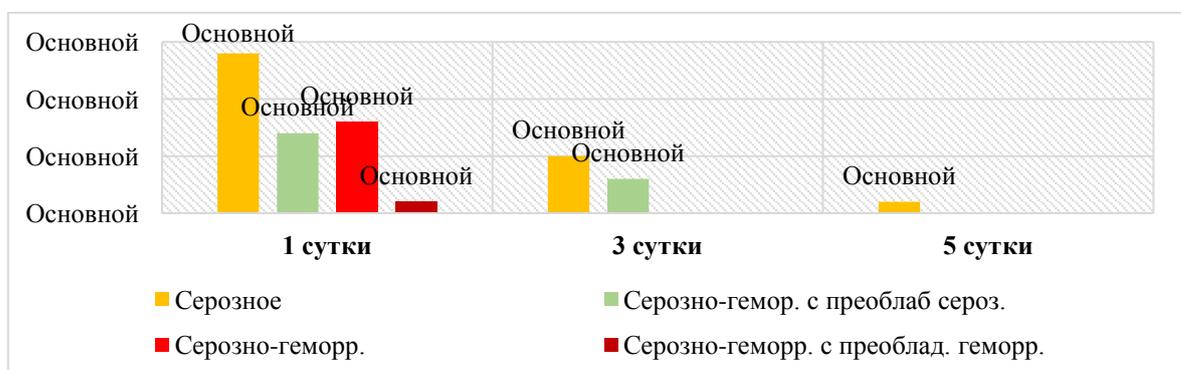


Рис. 1. Характер дренажного отделяемого и длительность дренирования в основной группе

Учитывая объем и характер жидкости из дренажа подпеченочного пространства, мы удалили дренажи на вторые сутки в 22 случаях (рис. 1). После УЗИ контроля подпеченочного пространства дренажные трубки были удалены. Сроки дренирования ложа желчного пузыря в основной группе составили $1,4 \pm 1$ суток.

Зависимость продолжительности дренирования, после ЛХЭ (контрольная группа), подпеченочного пространства от характеристик дренажного отделяемого, отражено на рис. 2.

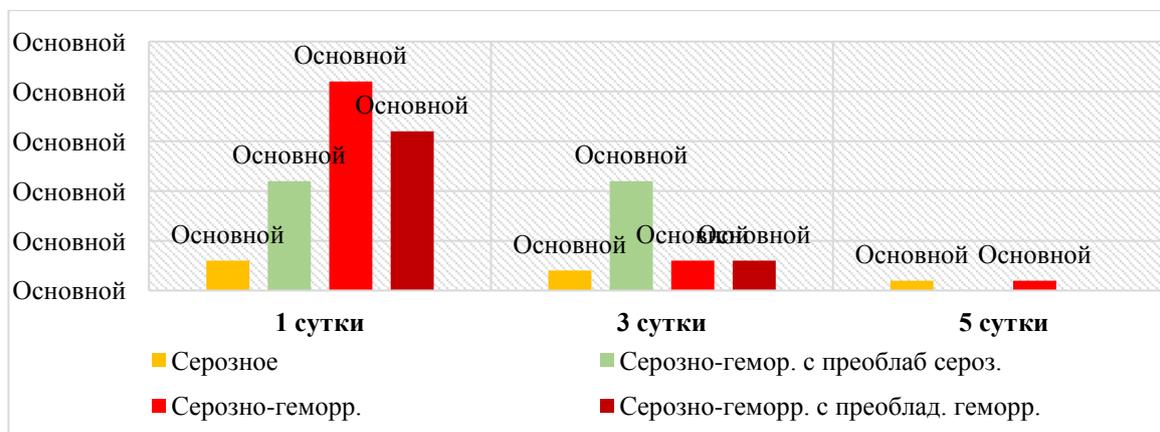


Рис. 2. Характер дренажного отделяемого и длительность дренирования в контрольной группе

В контрольной группе пациенты отделяемые из дренажных трубок в первые сутки после операции в 37 (64,3%) случаях имели серозно-геморрагический и серозно-геморрагический с преобладанием геморрагического характера. Только в 1 случае дренажная трубка удалена на 7 сутки в связи с обильным серозным отделяемым в течение 6 дней. В одном случае была выполнена релапароскопия, коагуляция ложа желчного пузыря в связи с продолжающимся кровотечением. Сроки дренирования ложа желчного пузыря во второй группе составили $2,8 \pm 0,8$ суток.

Зависимость длительности дренирования подпеченочного пространства от характера дренажного отделяемого в группе сравнения после ЛХЭ показано на рис. 3.

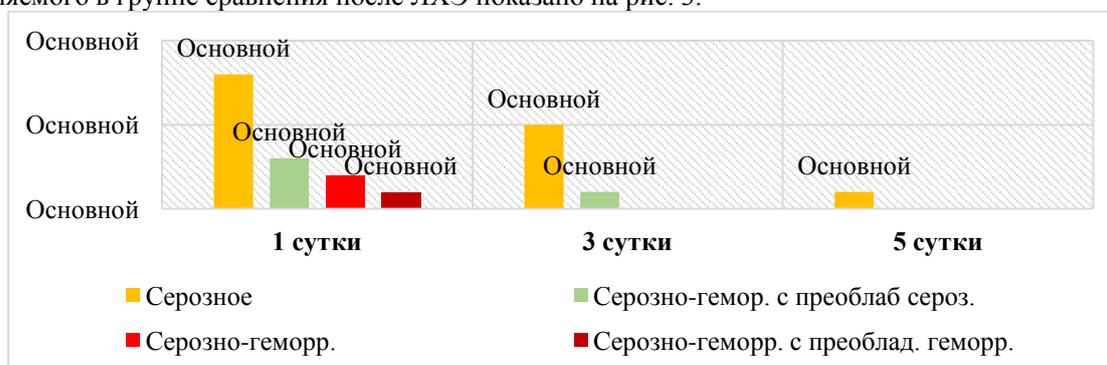


Рис. 3. Характер дренажного отделяемого и длительность дренирования в группе сравнения

Характер и количество послеоперационных осложнений исследуемых групп представлены в таблице 1. Как видно из таблицы 1, в основной группе послеоперационные осложнения имели место у 6 (16,2%) пациентов. В контрольной группе осложнения наблюдались у 14 (25%) пациентов. Из всего спектра специфических осложнений только у 1 (1,8%) больного было кровотечение из ложа желчного пузыря, выполнены релапароскопия и коагуляция ложа желчного пузыря. Желчеистечение до 10 мл выявлено в 1 (1,8%) случае через 4 часа после лапароскопической холецистэктомии. Лапаротомия не выполнялась, со 2-х суток после операции наблюдалось снижение динамики желчеоттока, которое окончательно прекратилось на 4-е сутки после лапароскопической холецистэктомии. В группе сравнения различные осложнения возникли у 3 больных (21,4%). Воспаление послеоперационной раны возникло у 1 пациента (7,1%). Гипертермия в послеоперационном периоде имела место в 2 (14,3%) случаях.

Характер и частота послеоперационных осложнений после ЛХЭ

Осложнения	I основная группа (n=37)		II контрольная группа (n=56)		III группа сравнения (n=14)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Общие (неспецифические):	5	13,5	10	17,9	2	14,3
Гипертермия	3	8,1	8	14,3	2	14,3
Пневмония	1	2,7	1	1,8	-	-
Инфекция моч. системы	1	2,7	1	1,8	-	-
Местные (специфические):	1	2,7	4	7,1	1	7,1
Воспаление п/о раны	1	2,7	2	3,6	1	7,1
Внутрибрюш. кровотечение	-	-	1	1,8	-	-
Желчеистечение	-	-	1	1,8	-	-
Всего	6	16,2	14	25	3	21,4

* Частота послеоперационных осложнений между исследуемыми группами статистически достоверна ($p < 0,001$)

Продолжительность интраоперационного гемостаза в основной группе составила $2,3 \pm 0,49$ мин. Объем интраоперационной кровопотери в основной группе в среднем составил 65 ± 13 мл. Продолжительность операции у больных основной группы колебалась от 55 до 80 мин, в среднем $61,2 \pm 4,8$ мин. Во второй группе время интраоперационного гемостаза составило $4,2 \pm 0,47$ минуты. Объем интраоперационной кровопотери в контрольной группе в среднем составил 105 ± 16 мл. Длительность операции с использованием электрохирургической аппаратуры, в среднем, составила $72,8 \pm 14,8$ мин. Продолжительность оперативного вмешательства у пациентов группы сравнения колебалась в интервале 60 – 90 минут, в среднем – $63,6 \pm 9,3$ минуты. в группе сравнения время интраоперационного гемостаза составило $3,1 \pm 0,51$ минуты. Объем интраоперационной кровопотери в группе сравнения в среднем составил 78 ± 18 мл.

Гипертермия у пациентов основной группы в 1-е сутки послеоперационного периода составила $37,1 \pm 0,6$ °С, на 2-е сутки температура нормализовалась, составив $36,7 \pm 0,51$ °С. Гипертермия у пациентов контрольной группы в 1-е сутки послеоперационного периода составила $37,8 \pm 0,45$ °С, на 2-е сутки $37,5 \pm 0,32$ °С, на 3-е сутки составила $36,8 \pm 0,35$ °С, на 4-е сутки $36,7 \pm 0,32$ °С и на 5-е сутки $36,6 \pm 0,06$ °С. Гипертермия у пациентов группы сравнения в 1-е сутки послеоперационного периода составила $37,5 \pm 0,41$ °С, на 2-е сутки $36,8 \pm 0,43$ °С, на 3-е сутки температура нормализовалась, составив $36,6 \pm 0,05$ °С.

В основной группе средняя длительность послеоперационных койко-дней – $2,6 \pm 0,55$ суток. Во второй группе пациентов в анализах крови лейкоциты нормализовались на 4-5 сутки, а температура тела на 3-4 сутки. Средняя длительность послеоперационных койко-дней – $3,4 \pm 1,2$ суток. В группе сравнения у пациентов в анализах крови лейкоциты нормализовались на 3-4 сутки, температура тела на 2-3 сутки. Средняя длительность послеоперационных койко-дней – $2,8 \pm 0,43$ суток.

Выводы

Применение гемобена при лапароскопической холецистэктомии влияет на течение послеоперационного периода: уменьшаются изменения активности печеночных ферментов (АЛТ, АСТ), что впоследствии сокращает сроки стационарного лечения в 2 раза.

Остановка капиллярно-паренхиматозного кровотечения при использовании препарата гемобена происходит за счет быстрого образования в ране тромба достаточной плотности, что препятствует возобновлению кровотечения и проникновению вторичной инфекции.

Применение препарата гемобена значительно сокращает общую продолжительность оперативного вмешательства, достоверно снижает степень интраоперационного повреждения прилежащей паренхимы печени и степень проявлений контактного цитолиза в раннем послеоперационном периоде.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Алексеев А.М., Баранов А.И., Баранов А.И., Серебренников В.В., Серебренников В.В. Опыт приоритетного использования малоинвазивных холецистэктомий в лечении больных острым холециститом // Современные проблемы науки и образования. 2012;1:52-57.

2. Зарадей И.И., Глаголев Н.С., Большаков А.А. Возрастные особенности гемодинамических инцидентов при холецистэктомиях и других операциях на органах брюшной полости // Научное обозрение. Медицинские науки. 2015;182-183.
3. Красильников Д. М. [и др.] Интра- и послеоперационные осложнения при лапароскопической холецистэктомии: Материалы четырнадцатой Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы urgentной хирургии при заболеваниях и травмах гепатопанкреатодуоденальной зоны» //Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2017; X(4):87-91.
4. Могилевец Э.В. Влияние техники лапароскопической холецистэктомии на функцию печени, систему иммунитета, результаты операции (влияние техники ЛХЭ на результаты операции) // Вестник ВГМУ, 2007;6(4):2-14.
5. Мельник И.В., Митрюшкина В.П. Непосредственные результаты лечения больных с острым калькулезным холециститом в многопрофильном госпитале // Материалы XIV съезд хирургов России, 7-9 сентября, г. Ростов –на-Дону, 2022;1:18-19.
6. Рахимов О.У., Турсуметов А.А., Мухаммадсолих Ш.Б. Сравнительная оценка эффективности применения препарата гемогубка порошок и электрокоагуляции после холецистэктомии // Вестник Ташкентской Медицинской Академии. Ташкент, 2020;5:134-139.
7. Совцов С.А. Холецистит у больных высокого риска / С. А. Совцов, Е. В. Прилепина //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2013;12:18-23.
8. Сталева К.В. Особенности послеоперационного периода после холецистэктомии / К. В. Сталева, Д. М. Плиева, А. А. Алмазов // Медицина: Материалы 56-й МН научной студенческой конференции, Новосибирск, 22–27 апреля 2018 года. – Новосибирский национальный исследовательский государственный университет, 2018;34.
9. Сабирматов А.А. Of the efficacy of pharmacotherapy in photodynamic antibacterial treatment of dissolved purulent peritonitis / А.А. Сабирматов, Н.М. Маматова, М.И. Мухитдинова, Б.А. Карабекова // International Journal of Health Sciences. 2022;6(S6):4951-4955.
10. Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К., Атаджанов Ш.К., Хошимов М.А. Диагностика и лечение интраоперационных повреждений желчных протоков при лапароскопической и традиционной холецистэктомии: научное издание //Хирургия Узбекистана. Ташкент, 2011;3:17-18.
11. Ходжибоев А. М. [и др.]. Минилапаратомный доступ в лечении деструктивных форм холециститов у пациентов пожилого и старческого возраста: Материалы четырнадцатой Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы urgentной хирургии при заболеваниях и травмах гепатопанкреатодуоденальной зоны» //Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2017;X(4):129-133.
12. Шамирзаев Б.Н. [и др.]. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите: Материалы четырнадцатой Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы urgentной хирургии при заболеваниях и травмах гепатопанкреатодуоденальной зоны» //Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2017;X(4):108-110.
13. Шамирзаев Б.Н. [и др.]. Опыт лапароскопической холецистэктомии у больных калькулезным холециститом, холедохолитиазом и механической желтухой: Материалы четырнадцатой Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы urgentной хирургии при заболеваниях и травмах гепатопанкреатодуоденальной зоны» //Вестник экстренной медицины. - Ташкент, 2017;X(4):71-72.
14. Rakhimov O.U., Tursumetov A.A., Abdullakulov U.M., Djumanov A.K., Mukhammadsolikh Sh.B. Clinical and economic analysis of the use of a new hemostatic sponge gemogubka after cholecystectomy // Евразийский вестник педиатрии: 2 (13), Publication Year: 2022;71-76.
15. Tursumetov A.A., Rakhimov O.U. An Innovative approach to the prevention of hemorrhage from the gallbladder bed after cholecystectomy // Solid State Technology Volume: 63 Issue: 6, Publication Year: 2020;15231-15245.
16. Ballal M, David G, Willmott S, Corless DJ, Deakin M, Slavin JP. Conversion after laparoscopic cholecystectomy in England. Surg Endosc. 2009;23:2338–44.
17. Gupta V, Jayaraman S. Role for laparoscopy in the management of bile duct injuries. //Can J Surg. Sep 2017;60(5):300-304.
18. Major Kenneth LeeIV, Charles M. VollmerJr., in Blumgart's Surgery of the Liver, Biliary Tract and Pancreas, 2-Volume Set (Sixth Edition). Postcholecystectomy problems, 2017. Page Count: 2120.

Поступила 20.08.2023