

УДК: 616.366-022-07-089+616.9-036.2
**ЎТКИР ПАНКРЕАТИТНИ ЖИГАРНИНГ СУРУНКАЛИ ДИФФУЗ КАСАЛЛИКЛАРИ
БИЛАН БИРГА КЕЛГАН ХОЛАТЛАРДА ДИАГНОЗ ҚУЙИШ ВА ДАВОЛАШ
ТАКТИКАСИ**

Уроқов Ш. Т., Мирзоев В. И.

Бухоро тиббиёт институти ва Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий марказининг
Бухоро филиали

✓ **Резюме,**

Кардиофармацевтиканинг жадал ривожланаётганлиги, кардиохирургиянинг эришаётган ютуқлари, ва юрак қон томир тизими касалликларининг этиологик омилларини ёритилиши, инсоният орасида тарқалиши ва асоратлари билан биринчи уринни эгаллаб келаётган ушбу тизим касалликларини чекинишига, унинг урнига эса овқат ҳазм қилиш тизими касалликларининг чиқиши кузатилмоқда. Ҳар йил ошқозон ости беши ўткир яллиғланишига бағишланган номзодлик ва докторлик диссертациялари ҳимоялари ва кўпгина олиб борилаётган илмий изланишларга қарамасдан, ўткир панкреатит ўз долзарблигини ҳанузгача сақлаб қолмоқда. Ўткир ва сурункали панкреатит кўп учрайдиган хирургик касалликлар орасида кенг тарқалганлиги билан ажралиб туради ва ҳазм аъзолари касалликлари орасида 5-12% ни ташкил қилади.

Калит сўзлар: ошқозон-ичак тракти, ўткир панкреатит, сурункали панкреатит, жигарнинг сурункали диффуз касалликлари, жигар циррози.

**DIAGNOSIS AND TACTICS OF TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS IN CASES
ACCOMPANIED BY CHRONIC DIFFUSE DISEASES OF THE LIVER**

Urakov Sh. T., Mirzoev V. I.

Bukhara branch of the Bukhara Medical Institute and the Republican Scientific Center for
emergency medical care

✓ **Resume,**

There is no evidence of the rapid development of cardiopharmaceutical activity, the achievements of cardio-surgery, as well as the coverage of the etiological factors of diseases of the cardiovascular system, the progression among mankind and the withdrawal of diseases of this system, which occupy the first kidney with complications, and the occurrence of diseases of the excretory digestive system in the Every year, despite the protection of candidacy and doctoral dissertations and many ongoing scientific research on acute inflammation of the pancreas, acute pancreatitis still retains its relevance. Acute and chronic pancreatitis is characterized by a wide prevalence among many common surgical diseases and accounts for 5-12% among diseases of the digestive organs.

Keywords: gastrointestinal tract, acute pancreatitis, chronic pancreatitis, chronic diffuse liver disease, liver cirrhosis.

**ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В СЛУЧАЯХ,
СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФФУЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ПЕЧЕНИ**

Ураков Ш. Т., Мирзоев В. И.

Бухарский медицинский институт и Бухарский филиал РНЦЭМП

✓ **Резюме,**

Быстрое развитие кардиофармпрепаратов, достижения кардиохирургии и выяснение этиологических факторов заболеваний сердечно-сосудистой системы, распространенности и осложнений этих системных заболеваний привели к отказу от болезней пищеварительной системы. После защиты кандидатских и докторских диссертаций и множества научных исследований по вопросам острого воспаления поджелудочной железы острый панкреатит по-прежнему сохраняет свою актуальность. Острый и хронический панкреатит является

одним из самых распространенных хирургических заболеваний и составляет 5-12% желудочно-кишечных заболеваний.

Ключевые слова: *желудочно-кишечный тракт, острый панкреатит, хронический панкреатит, хроническое диффузное заболевание печени, цирроз печени.*

Актуальность

Асримизнинг бошларида эришилаётган фан – техника революцияси, илмий изланишлар натижасида, соғлиқни сақлаш тизимида ҳам мисли кўрилмаган ютуқларга эришишига сабаб бўлди.

Анестезиология ва реаниматологиянинг ривожланиши, операциядан олдинги тайёргарлик ва операциядан кейинги интенсив терапиянинг такомиллашиши, хирургия, айниқса диагностика хизматининг замонавий техник асбоб-ускуналар билан таъмирланиши, бажарилаётган операцияларни сифатли, радикал, кенгайтирилган кўламда бажарилишини, ҳаттоки бир вақтнинг ўзида беморда мавжуд бўлган бир неча патологияни бартараф қилиш (симультан операциялар) имконини яратди (1,49).

Асосийси диагноз қўйиш имкониятини кенгайтириб, бир беморда фақатгина асосий яъни, айна вақтда устунлик қилаётган касалликни эмас, балки қўшимча патологияларни ҳам аниқлаш имкони яратилди. Бунинг натижасида эса фақатгина касаллик ёки унинг асорати эмас, балки касалликка олиб келувчи факторлар, ёхуд мазкур касалликни кучайтирувчи омилларни аниқлаш ва бир вақтнинг ўзида уларни бартараф қилиш, замонавий тиббиётнинг асосий вазифаларидан бирига айланди (16, 41).

Бундан ташқари кардиофармацевтиканинг жадал ривожланаётганлиги, кардиохирургиянинг эришаётган ютуқлари, ва юрак қон томир тизими касалликларининг этиологик омилларини ёритилиши, инсоният орасида тарқалиши ва асоратлари билан биринчи уринни эгаллаб келаётган ушбу тизим касалликларини чекинишига, унинг урнига эса овқат ҳазм қилиш тизими касалликларининг чиқиши кузатилмоқда. Шундай касалликлардан бири ўткир ва сурункали панкреатитларнинг охириги вақтларда купаяётганлиги сир эмас (29, 31, 45). Ҳар йил ошқозон ости бези ўткир яллиғланишига бағишланган номзодлик ва докторлик диссертациялари ҳимоялари ва кўпгина олиб борилаётган илмий изланишларга қарамасдан, ўткир панкреатит ўз долзарблигини ҳанузгача сақлаб қолмоқда (17,32).

Ўткир ва сурункали панкреатит (ЎП ва СП) кўп учрайдиган хирургик касалликлар

орасида кенг тарқалганлиги билан ажралиб туради (4,34) ва ҳазм аъзолари касалликлари орасида 5-12% ни ташкил қилади (45).

Айрим олимларнинг маълумотларига қараганда, охириги 30 йилда бутун дунё бўйича ЎП ва СП касалликларининг ўсиш суръати икки баробар ва ундан кўпроқ кузатилмоқда. (18,19,23, 39, 40,42).

Ўткир панкреатитнинг некротик турида 40-70% ҳолатларда некротик жараёнга эндоген инфекциянинг қўшилиши натижасида ошқозон ости бези (ООБ) ва атроф тўқималарда некротик – яллиғланиш жараёни ривожланиб, бу ҳолат эса уз ўрнида инфекция-токсик шокка, кейинчалик эса септик полиорган этишмовчилигига олиб келади. Бундай ҳолларда натижа 85% гача ўлим билан тугайди (44;).

XX асрнинг охириги ўн йиллигида қорин бўшлиғи органлари жаррохлигида ўткир панкреатитдан кейинги ўлим курсаткичи олдинги ўринни эгаллаб турибди (8, 9).

Ўсиб бораётган ўткир панкреатитнинг деструктив турларида операциядан кейинги ва йирингли некротик асоратлааридаги полиорган етишмовчилик ва ўлим кўрсаткичи анъанавий даволаш усуллари етарли даражада қониқтира олмаётганлигидан далолат беради. Ўткир панкреатит мураккаб касаллик бўлиб патологик жараён фақатгина ошқозон ости бези билан чегараланмасдан кўп ҳолларда куп тизимлилик хусусиятга эга (15; 43).

Муаллифларнинг берган маълумотларича мазкур касалликда бошқа аъзоларда кузатиладиган асоратлар, яъни полиорган етишмовчилик асоратлари 60,8% - 96,5% ташкил қилади (43). Айниқса касалликнинг дастлабки асоратлари юрак - қон томир системаси, ўпка, жигар, буйрак фаолиятига таъсир қилиб ўлим ҳолатини кўпайишига сабаб бўлади. Панкреанекроз билан касалланган ҳар тўрт беморнинг биртасида жигар етишмовчилиги кузатилиб шунинг 40% ўлим билан тугайди (26; 2, 28, 20). Панкреатик гепатаргия, турли даражадаги жигарнинг ўткир токсик дистрофияси деярли ўткир панкреатитда доимо кузатилади (2).

Овқат ҳазм қилиш аъзоларида учрайдиган яна бир касаллик бу жигарнинг сурункали диффуз касалликлари (ЖСДК) булиб, охириги

икки ўн йилликда дунёнинг деярли барча давлатларида ушбу касаллик, шу жумладан жигар циррози (ЖЦ) билан касалланаётган беморларнинг сони ҳам ортиб бормоқда. Ҳозирги даврда ЖЦ билан касалланган кишиларнинг учраш даражаси 1-11 % ни ташкил этса, ушбу касаллик учун ўрта еш 46 ёш бўлиб, касаллик учун яшаш даври 3-6 йилни ташкил этмоқда. ЖЦ нинг узок вақт симптомсиз ва клиник белгиларсиз ривожланиши ушбу касалликнинг кўпинча ўлимга олиб келувчи асоратлари юзага келгандан сўнг аниқланади. БССТ маълумотига қараганда ЖЦ ўлим кўрсаткичи бўйича 8- ўринда туради (38, 6, 46, 33)

Жигар циррози – сурункали кечувчи, полиэтиологияли, жигар паренхимаси ва унинг хужайралараро тўқимасининг диффуз емирилиши, унинг ўрнига эса қўшувчи тўқиманинг ўсиши, регенератор тугунларнинг пайдо булиши, жигар архитектурасининг бузилиши, шунингдек жигар етишмовчилиги пайдо бўлиб, ҳамда жигар ичи ва ташқарисида портокавал аностомозларнинг шаклланиши билан борадиган касалликдир.

Ҳозирги вақтда ривожланган мамлакатларда жигар циррозидан ўлим ҳолати 35-65 ёшдаги кишилар орасида ососий сабаблардан бири бўлиб, 100 000 аҳолига 15-30 кишини ташкил қилади (11, 46).

Айни вақтда ушбу бир тизимда учрайдиган ҳар иккала касалликнинг биргаликда кузатилиш ҳолатлари ҳам учрамоқда. Ушбу ҳар иккала касалликнинг бир тизим аъзоси ва топографик жихатдан бир ҳудудда жойлашганлиги ва функцияси жихатдан алоқадорлиги маълум. Панкреатобилиар тизимнинг анатомик ва функционал умумийлиги, ўт тош касаллиги, холедохолитиаз ёки ўт йулларидаги микрокристаллар, ўт йуллари стенози ёки спазми, катта дуоденал сўргичнинг яллиғланиши ёки шиш, турли сабабли сафро йуллари дискинезияси, ўткир панкреатитнинг тез-тез ривожланишига сабаб бўлади (19,10).

Бундай шароитда, меъда ости бези секретацияси чиқишининг бузилиши ва ўт йуллари гипертензиясининг ривожланиши касаллик патогенезида етакчи омил ҳисобланади (14.)

Микро холедохолитиаз ва кичик сафро тошлари папиллоспазм чакиради, кейинчалик эса папиллостеноз ва иккиламчи билиар панкреатитни келтириб чиқаради (27,21,6). Меъда ости бези аутолиз механизми без ширасининг чиқишини бузилишидан бошланади, бу эса катта дуоденал сўргич

сиқилиши ҳамда тўсиқ микролитлар туфайли ўт йуллари гипертензияси натижасида бошланади (3, 25).

Бу механизм билан бир қаторда кўпинча рефлюкс содир бўлади: билиар-панкреатик ёки дуоденал-меъда ости бези, бунда ферментлар фаоллашиши сафро ёки энтерокинаса таъсири остида содир бўлади. Бу ҳодиса, айниқса Фатер сўргичи ампуласига меъда ости бези найчасининг ва умумий ўт йўлининг биргаликда қуйиладиган турида кўп кузатилади (48).

Дастлаб жигардаги диффуз патологик жараён натижасида ўт суоқлиги таркиби ва унинг меърий оқиши узгаради. Ушбу патологик ҳолат оқибатида билиар тизимда микрокристалларнинг ҳосил булишига бу эса ўт йуллари ва жомларнинг доимий микротравмасига, спазмига ва яллиғланишига олиб келади. Жигардаги сурункали диффуз патологик жарён мавжуд экан билиар тизимдаги яллиғланиш жарёни ҳам давом этади. Ошқозон ости бези ҳам юқорида таъкидланган аъзолар билан бир тизим аъзоси эканлиги, бир ҳудудда жойлашганлиги ва Вирсунг йўлининг ҳам умумий ўт йўлига очилиши ҳисобида яллиғланиш жараёнидан четда қолмайди.

Билиар тизимдаги яллиғланиш жараёни ва билиар гипертензи натижасида Вирсунг йўлида ҳам босим ошиб ООБ фаолиятини кийинлаштириб хаттоки ООБ булакчаларидан келувчи йуакчалар бутунлигининг бузилишига бу эса ўз вақтида аутолиз ҳолатига олиб келади. Ўткир панкреатитнинг асосий этиологик омилларидан бўлган аутолиз натижасида келиб чиққан ўткир панкреатит (УП) ўз навбатида ООБ туқимасидада чуқур патологик ўзгаришларнинг келиб чиқишига сабабчи бўлади. Ҳар қандай яллиғланишда оксил парчаланиши маҳсулотлари кининлар сифатида пайдо бўлади (42, 25,10).

Ошқозон ости бези яллиғланиши хусусиятиларидан бири, ошқозон ости бези тўқималарида катта микдорда оксил мавжудлиги, асинар хужайранинг 85% қадар энергия протеин синтези (ферментлар) учун сарфланади. Ошқозон ости безида микро циркуляциянинг бузилиши сабаби, меъда ости бези яллиғланишида веноз ва лимфа тизими эластаза, фосфолипаза А2, ситокинлар, лизосомал гидролазлар, ПОЛ маҳсулотлари жадал чиқарилиши, қон плазмасида кининлар тизимининг фаоллашиши билан боғлиқ (34).

Патологик жараён натижасида, некробиоз ва калликреин-кинин тизими жадаллашиши

оқибатида, катта микдорда дарвоза венаси орқали активлашган панкреатик ферментлар, биологик актив моддалар, ООБ паренхимаси парчаланишидан ҳосил бўлган панкреатоген токсик моддалар учун биринчи ва асосий нишон аъзо Эндотоксинларнинг таъсири гепатоситларнинг гепатоструктурасига таъсир қилиб улардаги ДНК синтези жараёнини ўзгартиради ва уларни пролиферациясига олиб келади. Жигарда оқсил синтезининг бузилиши албумин ва унинг фракцияларини камайиши ҳисобига гипопроteinемияга олиб келади. Маълумки айнан зардоб албумин турли бирикмаларни шу жумладан эндоген токсинларни зарарсизлантириш хусусиятига эга жигардир (2, 3,22, 28).

Демак жигар туқимасидан бошланган яллигланиш жараени дастлаб ООБ нинг яллигланишига ва мазкур аъзодаги юзага келган патологик ҳолат эса аянчли доира сифатида қайта яллигланиш мавжуд бўлган жигар туқимаси фаолиятини чуқурроқ издан чиқариб, унинг функционал ҳолатига уз таъсирини курсатади. Шунинг учун ҳам кам бўлмаган ҳолатларда УП билан мурожаат қилиб келган беморларнинг анъанавий даво чораларига қарамадан динамикада яхшиланиш томонга силжиш кузатилмаслиги мумкин. Бунинг асосий сабабларидаан бири эса УП нинг ЖСДК билан биргаликда яъни қушилиб келганлиги натижасидаги икки патологик ҳолатнинг бир бировини ривожлантириш жараёни булиши мумкин.

Қўшма касалликларни даволашда, биз аввало, у ёки бу касалликлар таъсирида аъзо ва тўқималарда ўзгаришлар келиб чиқишини эътиборга олишимиз керак, чунки бунда беморнинг умумий ҳолатини, асосий касалликнинг кечишини оғирлаштирадиган қўшма касаллик омиллари булиши мумкин. Бу эса асосий касалликни даволаш муолажаларига тўсқинлик қилади.

Одамда аниқланадиган ва жарроҳлик йули билан тузатиш талаб қилинадиган қўшма касалликлар тиббиётда азалдан маълум, ҳамда уларнинг турли хил вариантлари борасида адабиётларда кўп ҳисобот берилган. (16, 36, 5, 12, 37, 13,36, 24).

Юқоридаги патологик жараён адабиётларда анча ёритилган бўлсада ЖСДК нинг клиник қурилиши кўпинча яширин кечиши ҳисобида ўтқир панкреатитни даволаш тактикасида ЖСДК доим ҳам инобатга олинмайди (36, 41).

Хулоса қилиб айтганда ҳозирги вақтда ЖСДК нинг ўП билан бирга келган ҳолатларда ташхислаш ва даволаш усуллари, аниқ бир услуб, клиник кечишининг ўзига

ҳослиги, оператив усулда даволашга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар тўғрисида биз изланган адабиётларда етарли маълумотлар йўқ. Юқоридагиларни ҳисобга олиб ушбу муаммонинг долзарблиги ва бу соҳада ишлаш ва изланишга сабаб бўлди.

Юқоридагилардан келиб чиқиб, ўтқир панкреатит билан касалланган беморларда жигар сурункали диффуз касалликлари мавжудлигини аниқлаш чораларини қуриш, ушбу тоифадаги ҳар бир беморга асосий ва қушимча касалликларни таъсирини инобатга олган ҳолда ташхис қуриш ва даво усуллари, оператив усулда даволашга кўрсатма ва қарши курсатмаларни индивидуал ендошиш орқали ҳал қилиш замонавий тиббиётнинг талабидир.

Адабиётлар рўйхати:

1. Акбаров М.М., Саатов Р.Р, Туракулов У.Н,Сайдазимов Э.М., Ҳакимов Ю.У. Перспективы реконструктивной и восстановительной хирургии внепеченочных желчных путей (обзор литературы). Хирургия Узбекистана № 1, 2016 г.С. 69-73.
2. Алейник В.А., Бабич С.М., Роль панкреатических протеаз в изменении утилизации печенью пентагастрина. //Журнал теоретической и клинической медицины.2013. №5. С.12-15.
3. Бабич С.М. Роль пееечени в эффэктах пентагастрина и панкреатических протеаз, влияющих на желудочную секрецию.// Вестн. ТМА. – 2011. №4. С. 25-27.
4. Байчоров Э.Х., Макушкин Р.З., Вафин А.З.,Байрамуков Р.Р., Григорян Э.Г., Новиков С.В. Хирургическое лечение больных острым панкреатитом. // Хирургия. №5.2007. С.13-16.
5. Волков С.В. 1989. Прогнозирование симультаных операций на органах брюшной полости и пути улучшения их результатов. Дис. на соиск. учен. степ. кмн. Калинин – 1989.
6. Гальперин Э.И., Дюжевой Т.Г., Ахаладзе Г.Г. Лекции по гепатопанкреа-тобилиарной хирургии./ под редакцией Галперина Э.И и Дюжевой Т.Г. М.: Видар. 2011.С. 528
7. Гальперин Э.И.,Ветшев П.С. / Руководство по хирургии желчных путей.-М.: Видар,2006. С.568.
8. Голцов В.Р.,Савелло В.Е.,Бакунов А.М.,Дымников Д.А.Курочкин Д.М., Батиг Е.В., 2015. Гнойно некротический паранепанкреатит:эволюция взглядов на

- тактику лечения. *Анналы хирургической гепатологии*. 2015; №3. С.75-83.
9. Гульман М.И., Винник Ю.С., и др. Острый панкреатит: вопросы патогенеза, клиники, лечения. –Красноярск; Зеленогорск, 1997.
 10. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы- М-Медицина – 1995. С. 510.
 11. Жмуров Д.В., Парфентева М.А., Семенова Ю.В., Рубцов Д.А. Цирроз печени. «Colloquium-journal»# 11(63),2020
 12. Землянкин А.А. Симультантные операции при вентральных грыжах. Авторев. Дис на соиск. учен степ кмн. Харьков 1991.
 13. Земляной А.Г., Малкова С.К. 1986. Симультантные операции на органах брюшной полости. //Хирургия.-1986. №3.С. 22-26.
 14. Костюченко А.Л., Филин В.И. Неотложная панкреатология.-СПб.:Деан. - 2000.С. 480.
 15. Кригер А.Г., Берелавичус С.В. Горин Д.С., Калдаров А.Р., Карелская Н.А., Ветшева Н.Н., Смирнов А.В. Технические аспекты и результаты робот-ассистированных операций на поджелудочной железе. *Анналы хирургической гепатологии*. 2015; №1. С.94-101.
 16. Курбаниёзов З.Б., Мардонов Б.А., 2020. Вентрал чурраси бор беморларда корин бушлиги аъзолари хамда корин олд деворида симультан операциялар бажарилишини асослаш. Тиб. Фан. Буй. фалсафа докт (PhD). Автор. Бухара 2020.
 17. Курбонов К.М., Даминова Н.М., Шарипов Х.Ю., Абдуллаев Д.А., Холов К.Р., Гуломов М.Ш. Диагностика и тактика лечения хронического холангиогенного панкреатита.// *Узбекистон хирургияси*. 2007. № 4 С.24-26.
 18. Максимов В.А., Чернышев А.Л., Тарасов К.М., Неронов В.А. / Билиарная недостаточность. Москва-2008. С. 89-98.
 19. Маев И.В., Самсонов А.А. и др. Диагностика и лечение заболеваний желчно-выделительных путей. Методические рекомендации.- 2003.
 20. Маят В.С., Нестеренко Ю.А.// *Вестн. Хир.*-1980.-Т.125, № 10.-С.13-18.).
 21. Мерзликин Н.В., Сало Н.В., Гюнтер В.Е. Саенко ДюС., Максиов М.А. Применение криодеструкторов из никелида титана в хирургии новообразование печени. // Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Мат. XXII Межд. Конгр. Ташкент-2015. г. С.17.
 22. Мидленко В.И., Чарышкин А.Л., Мидленко О.В., Мидленко В.Ю., Шеголев В.Ю. Оптимизация хирургического лечения острого билиарного панкреатита у пациентов пожилого и старческого возраста.// *РЖГГК*. 2010. №1. С.56-60.
 23. Миллер М.С. Применение малоинвазивных технологий при лечении панкреонекроза у больных пожилого и старческого возраста: Авторф дисс. ...канд. мед. наук. Красноярск 2004.
 24. Милонов О.Б., Черноусов А.Ф., Смирнов В.А. и др. Сочетанные операции в абдоминальной хирургии.//*Хирургия*.- 1982. №12. С. 89-94.
 25. Мишушкин О.Н., Масловский Л.В., Сергеев А.В., Шапошникова О.Ф. Хронический панкреатит как фактор риска желчнокаменной болезни.// Тезисы статей III съезда НОГР Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.- 2002. №1. -С. 147.
 26. Михайлузов С.В., Моисеев В.В., Мисроков М.М. Камень большого сосочка двенадцатиперстной кишки и острый панкреатит. *Анналы хирургической гепатологии*. 2015; №1. С.90-95.
 27. Михайлузов С.В., Мисроков М.М., Моисеев В.В., Панкреонекроз как исход ущемленного конкремента большого сосочка двенадцатиперстной кишки.// *Актуальные проблемы хирургической гепатологии*. Донецк. 2013. С. 197.
 28. Мумладзе Р.Б., Чудных С.М., Колесова О.Е., Ерохин М.П., Соловьев Н.А. Лечение печеночной недостаточности при остром панкреатите.// *Анналы хирургии*. 2000. №4; С.12-19.
 29. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Сайдазимов Е.М., Нишанов М.Ш., Исмаилов З.У. Результаты лечения больных с тяжелыми формами острого панкреатита. //Актуальные проблемы хирургической гепатологии. Донецк. 2013. С. 199.
 30. Назыров Ф.Г., Уроков Ш.Т. 2006. Особенности лечебно-диагностической тактики у больных циррозом печени, сочетанным с абдоминальной патологией. Авторев. Дис. соиск. учен. степ. Д.м.н. Ташкент -2006.
 31. Нестеренко Ю.А., Лаптев В. В., Михайлузов С.В., 2004. Диагностика и

- лечение деструктивного панкреатита. М.Бином –Прес.2004; 304.
32. Пахомов К.Г.,Надеев А.А, Шутов Ю.М.2015. Морфометрическая характеристика билиарного панкреатита. // Медицинские науки.2015г. №1. С.
 33. Подымова С.Д. // Болезни печени Руководство для врачей// Москва "Медицина" 2005., 768 с.
 34. Пугаев А.В., Волков В.С., Григорина – Рябова Т.В. и др. Лечение гнойно некротических поражений поджелудочной железы. // Матер. Всероссийского съезда хирургов. Волгоград. – 2000. С. 98-99.
 35. Пугаев А.В. Тактика и лечение острого панкреатита: Дисс... д-ра.мед. наук- М.,1989.
 36. Спивак В.П., Рубан В.М. Сочетанные операции на органах брюшной полости.// Клиническая хирургия.-1984. №8.С. 70-72.
 37. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Сочетанные операции при обширных послеоперационных вентральных грыжах.// Хирургия.-1988. №3.С. 80-83.
 38. Ивашкина В.Т., Ющука Н. Д.//Рекомендации по диагностике и лечению взрослых больных гепатитами В и С// М. : Гэотар-Медиа, 2015. – 143 с.
 39. Ильченко А.А. Ферментативный холецистит./ Эксперимент. И клин. Гастроэнтерология.- 2009. №7. С.70-73.
 40. Уроков Ш.Т., Абидов У.О./ Хирургические болезни. Ташкент. “Истиклол нури”. 2014. С. 397-415.
 41. Уроков Ш.Т., Эшонов О.Ш.,2019. Абдоминал жаррохлик касалликларининг кечишида жигар функционал холатининг ахамияти. Бухоро.2019. “Дурдона”.
 42. Шабунин А.В.,Парфенов И.П.,Бедин В.В., Тавобилов М.М., Греков Д.Н., Карпов А.А.Использование роботических технологий в лечении заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны. // Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Мат.ХХII Межд. Конгр. Ташкент-2015. г.С.31.
 43. Шалимов А.А., Шалимов С.А.,Ничитайло М.Е.,Радзиховский А.П., Хирургия поджелудочной железы. Симферополь:Таврида 1997; 560.
 44. Шалин С.А., Боженков Ю.Г. Хирургическое лечение острого деструктивного панкреатита с применением низкочастотного ультразвука. // Хирургия, №7. 2002г. С. 27-31.
 45. Шапкин Ю.Г, Березкина С.Ю, Токарев В.П., 2007. Ранняя диагностика и алгоритм хирургической тактики при остром деструктивном панкреатите.// Хирургия 2007.№2. С. 34-37.
 46. Шифф Ю.Р., Соррел М.Ф., Мэддрей У.С. //Вирусные гепатиты и холестатические заболевания// М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 408 с.
 47. Ющук Н.Д., Климова Е. А. // Вирусные гепатиты. Клиника, диагностика, лечение.– М.:ГЭОТАР-Медиа, 2012.–150с.
 48. Clancy T.E. Ashley S.W. Current management of necrotizing pancreatitis. Adv. Surg 2002;36: 103-121.
 49. Feng X, Dong J. Surgical management for bile duct injuri. Biosci Trends. 2017;11 (4):399-405.

Қабул қилди. 09.05 2021