



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

11 (49) 2022

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (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
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. ЩЕГОЛОВ (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 (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (49)

2022

ноябрь



Received: 10.10.2022
Accepted: 21.10.2022
Published: 10.11.2022

УДК 616.366-002:618,3+616-07

БИЛИАР ТИЗИМ КАСАЛЛИКЛАРИДА ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Г.С. Бабаджанова, М.Д. Абдуразакова, Н.С. Раззакова, Ш.И. Исмаилова

Тошкент Тиббиёт Академияси

✓ Резюме

Долзарблиги: Ўт йўллари касалликлари ҳомиладорлар ўртасида 3,3 – 12,2% ҳолатларда учрайди. Сурункали холециститнинг симптомли кечиши ҳомиладорлик даврида консерватив терапия фонида 80% ҳолатларда такрорланади ва кўп ҳолатларда ҳомиланинг ўз-ўзидан тушиши, муддатдан олдинги туғруқлар, азобли қусишлар, презклампсия билан асоратланади. Тадқиқот усуллари ва материали: тадқиқотга ўт пуфаги патологияси аниқланган 47 та ҳомиладор аёллар ва 21 та ўт пуфаги патологияси кузатилмаган ҳомиладор соғлом аёллар жалб этилган. Уларда акушерлик, клинικο-лаборатор (биокимёвий таҳлиллар) ва инструментал (УТТ) текширувлар ўтказилди. Олинган натижалар: тадқиқот натижасига кўра ўт йўллари касалликлари билан оғриган беморларда ҳомиладорлик сони ва тана вазни ортиши, умумий холестерин даражасининг кўтарилиши назорат гуруҳига нисбатан юқори кўрсаткичларга эга. Хулоса: ҳомиладорлик даврида организмдаги гормонал ўзгаришлар, липид даражасининг ўзгариши ва ўт пуфаги ҳаракатининг сусайиши холецистит ривожланишига асос бўлади.

Калит сўзлар: ҳомиладорлик, холецистит, липид алмашинуви, семизлик

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ БИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ

Г.С. Бабаджанова, М.Д. Абдуразакова, Н.С. Раззакова, Ш.И. Исмаилова

Ташкентская Медицинская Академия

✓ Резюме

Актуальность: Заболевания желчевыводящих путей встречаются в 3,3 – 12,2% случаев среди беременных. Симптоматическое течение хронического холецистита в 80% случаев повторяется на фоне консервативной терапии во время беременности и во многих случаях осложняется самопроизвольным абортom, преждевременными родами, мучительной рвотой, презклампсией. Методы и материал исследования: в исследование включены 47 беременных с патологией желчного пузыря и 21 здоровая беременная без патологии желчного пузыря. У них проводились акушерские, клинικο-лабораторные (биохимические анализы) и инструментальные (УТТ) обследования. Полученные результаты: по результатам исследования выявлено высокий паритет и ожирение, повышение уровня общего холестерина у пациенток с заболеваниями желчевыводящих путей по сравнению с контрольной группой. Заключение: в основе развития холецистита во время беременности лежат гормональные изменения в организме, повышение уровня липидов и гипомоторика желчного пузыря.

Ключевые слова: беременность, холецистит, липидный обмен, ожирение.



PECULIARITIES OF THE COURSE OF PREGNANCY IN DISEASES OF THE BILARY SYSTEM

G.S. Babadzhanova, M.D. Abdurazakova, N.S. Razzakova, Sh.I. Ismailova

Tashkent Medical Academy

✓ Resume

Incidence: Biliary tract diseases occur in 3,3 – 12,2% of cases among pregnant women. The symptomatic course of chronic cholecystitis is repeated in 80% of cases after of conservative therapy during pregnancy, and in many cases it is complicated by spontaneous abortion, premature labor, painful vomiting, and preeclampsia. **Research methods and material:** 47 pregnant women with gallbladder pathology and 21 healthy pregnant women without gallbladder pathology were included in the study. **Obstetric, clinical-laboratory (biochemical analysis) and instrumental (Ultrasound) examinations were conducted in them. The results obtained:** according to the results of the study, the number of pregnancies and body weight increase in patients with bile duct diseases, and the increase in total cholesterol level are higher compared to the control group. **Conclusion:** during pregnancy, hormonal changes in the body, changes in lipid levels and a hypomotoric of the gallbladder are the basis for the development of cholecystitis.

Key words: pregnancy, cholecystitis, lipid metabolism, obesity

Долзарблги

Ҳомиладорлик даврида билиар тизим касалликларининг учраши 3,3 – 12,2% ни ташкил қилади [1,7]. Илмий тадқиқотлар натижасига кўра, тахминан 60 - 69% ҳолатларда асимптоматик, яъни клиник белгиларсиз кечади, ҳомиладорликнинг сўнгги икки триместрларида касаллик учраши эҳтимоли ошади. Ҳомиладорлик даврида жинсий гормонлар мувозанатининг ўзгариши ўт суюқлигининг липид таркибининг ўзгаришига ва ўт пуфагининг гипомоторикасига олиб келиши ўт пуфагида холестерин тошлари ҳосил бўлишининг кучайишига асос бўлади [2,4,5]. Сафронинг литогенлигининг ошиши, айниқса, ҳомиладорликнинг учинчи триместрида кучайиши эстрогенлар миқдорининг кўтарилиши билан боғланади. Прогестерон гормони силлиқ мушак хужайраларида хужайра ичи кальцийни чиқишини тезлаштириши силлиқ мушакларнинг бўшашишига ва натижада ўт пуфагининг ҳаракатини сустлашишига олиб келади [3,7].

Жукова Е.В. ва бошқа ҳаммуаллифлар томонидан олиб борилган изчил изланишлар натижасига кўра семизлик аёлларда сурункали тошсиз холецистит фонида 79,9% ҳолатларда, калькулёз холециститда 88,5% да кузатилган [6].

Thamil Selvi ва бошқаларнинг маълумотларига кўра тана вазни индекси (ТВИ) > 30 кг/м бўлган аёллар нормал ТВИ (<25 кг/м) бўлган аёлларга қараганда холелитиаз билан икки баробар кўп касалланадилар. ТВИ > 40 кг/м дан ортиқ бўлганда ўт пуфагида тош пайдо бўлиш хавфи 7 мартага ошади. Бу холестеринни жигарда ишлаб чиқарилишининг кучайиши билан боғлиқ [5].

Ўт пуфагининг гипомотор дискинезияси мавжуд бўлган сурункали тошсиз холецистит билан оғриган беморлар гуруҳида ўт пуфагининг мотор функцияси сақланиб қолган беморларга нисбатан триглицеридлар даражасининг 17% га ошиши қайд этилган. Бу ўт пуфагининг гипомотор дисфункциянинг ўт йўллари касалликлари бўлган беморларнинг қон зардобиди триглицеридлар ва паст зичликдаги липопротеидлар концентрациясининг ошишига туртки бўладиган қўшимча омил бўлиши мумкинлигини кўрсатади [7].

Тадқиқот мақсади. Ушбу тадқиқот ҳомиладорлик даврида ўт йўллари касалликларининг ривожланишида хавф омилларининг таъсири ва ҳомиладорликнинг кечишини ўрганиш.

Материал ва усуллар

Тадқиқотга ҳомиладорликдан аввал ўт пуфаги патологияси мавжуд бўлмаган, лекин мазкур ҳомиладорликда биринчи марта клиник намоён бўлишига ва/ёки ультратовуш маълумотларига

кўра билиар патология белгилари аниқланган 47 та ҳомиладор аёллар (19-38 ёш, ўртача $26,45 \pm 3,34$) (асосий гуруҳ) ва 21 ўт пуфаги патологияси аниқланмаган амалий соғлом аёллар (20-32 ёш, ўртача ёши $23,75 \pm 4,27$ ёш) (назорат гуруҳи) жалб этилган. Иккала гуруҳ ҳам ҳомиладор аёллар ёши, тана вазни индекси, наслий омиллар, ҳаёт тарзи, ҳомиладорликлар ва туғруқлар сони, анамнезида контрацептив воситаларнинг қўлланилиши, семизлик даражаси, ультратовуш текшириш усули ва липид алмашинувининг натижалари бўйича ўрганилди. Тадқиқотда қандли диабет ва ичак касалликлари истисно қилинган.

Гепатобилиар соҳа 3,5 МГц частотали Toshiba 340-A (Toshiba, Tokyo, Japan) аппарати ёрдамида тўлиқ ультратовуш текширувидан ўтказилди. Бунда ўт пуфаги узунлиги (L), кенглик (W) ва баландлик (H) иккита перпендикуляр текисликларда ўлчанди. Билиар қуйқа ташхиси диффуз, паст амплитудали, орқа соясиз, горизонтал сатхли гиперэхоген ҳосила кўринишида аниқланди. Бемор ҳолатини ўзгариши билан горизонтал сатхни секинлик билан ўзгариши кузатилади. Ўт пуфагидаги конкрементлар ташхиси сояли эхоген ҳосилаларга асосланиб қўйилди. Тошсиз холецистит ташхиси қуйидаги белгиларнинг бирига таяниб қўйилган: ўт пуфаги деворининг 3 мм дан ортиқ қалинлашиши, деворнинг қатламлашиши, датчик билан босганда ўт пуфаги соҳасининг оғриқлилиги, ўт пуфагида газ аниқланиши ёки бир вақтнинг ўзида ўт пуфаги диаметрининг 5 см дан катталашиши ва ўт қуйқаларининг пайдо бўлиши.

Липид профили, яъни умумий холестерин, юқори ва паст зичликдаги липопротеинлар, триглицеридлар даражаси 12 соатлик тунги очликдан кейин автоанализатор ёрдамида ўлчанди.

Натижалар ва таҳлиллар

Ўт пуфаги касалликлари орасида сурункали тошсиз холецистит 36 (76,6%)ни, сурункали калькулёз холецистит 9(19,1%)ни, ўт пуфаги полипи 2(4,2%)ни ташкил этади.

Олинган маълумотларни таҳлили бўйича ҳомиладор аёлларнинг ёш чегараси 19 дан 38 ёш оралиғида кузатилган. Асосий гуруҳда ўртача ёш $26,45 \pm 3,34$ ни, назорат гуруҳида $23,75 \pm 4,27$ ёшни ташкил этади.

Беморларимизнинг ижтимоий аҳволини ўрганиш натижаси шаҳар аҳолиси кўпчиликни ташкил қилишини кўрсатади. Асосий гуруҳда шаҳар ва қишлоқ аҳолисининг нисбати мос равишда 68,3% ва 31,7%, назорат гуруҳида эса 73,3% ва 26,7% ни ташкил этди. Бу тадқиқот олиб борилган 9-сонли туғруқ мажмуаси асосан шаҳар аҳолисига хизмат кўрсатаётгани билан изоҳланади. Бундан кўриниб турибдики, шаҳарда яшовчи аёллар холецистит хасталиги билан қишлоқ аёлларига нисбатан кўпроқ касалланади, бу уларнинг жисмоний фаоллиги ва турмуш тарзи билан тушунтирилади. Ҳомиладор аёлларда алиментар омиллар, яъни сифатсиз, баланслашмаган ва тартибсиз овқатланиш, очлик асосий гуруҳда 51,5% ни, назорат гуруҳидаги 23,3% ни ташкил этди.

Беморлар анамнезини ўрганиш шуни кўрсатадики, ўт пуфаги патологиялари, жумладан, сурункали тошсиз холецистит, ўт тош касаллиги, ўт пуфагининг эгилиб қолиши ёки унинг полипи онада ёки отада ёки иккала жинсдаги яқин қариндошларда ҳам кузатилган. Яъни, анамнезга асосланган тадқиқотлар натижасига кўра билиар патология аниқланган беморларнинг 39,3% да ушбу патологияга ирсий мойиллик қайд этилган.

Касаллик тарихида гепатобилиар тизим ҳолати баҳоланганда беморларнинг 27,6% (13) болалик даврида вирусли гепатит А нинг энгил шакллари билан оғриганлиги, айти вақтда 6,3% (3) да гепатит Б ташувчанлик ва 2,1% (1) да гепатит С билан хасталанганлиги маълум бўлди.

Тадқиқот объектларининг гинекологик касаллик тарихи ўрганилганда биринчи ҳайзнинг 13 ёшдан эрта келиши 22,4% да, 15 ёшдан кейин келиши 8,4% да кузатилган. Гормонал контрацептив воситаларнинг 6 ойгача бўлган муддатда қўлланилиши 26% ни, 6 ойдан узоқ даврда фойдаланилиши 18% ни ташкил этади. Назорат гуруҳида эса бу воситалардан 12% ҳолатларда 6 ойдан кам муддатда фойдаланилганлиги маълум бўлди.

Ҳомиладорлик паритетини баҳолаш натижаси асосий гуруҳда биринчи ҳомиладорлик сони назорат гуруҳига қараганда 2 барабар кам эканлигини кўрсатди. Асосий гуруҳдаги биринчи туғувчилар 14(29,7%), қайта туғувчилар 33(71,3%) эканлиги аниқланган. Назорат гуруҳида эса бу кўрсаткичлар мос равишда 12(57,1%) ва 9(42,9%) ни ташкил этади. Бу асосли ҳолат, сабаби холецистит хасталигининг ривожланишида қайта ҳомиладорлик ва туғруқлар муҳим аҳамиятга эга. Айти вақтда холецистит билан хасталанган беморларнинг деярли 1/3 қисмида биринчи

хомиладорлик эканлиги касаллиқнинг хавф омиллари ва хомиладорлик жараёнининг хусусиятларини қўшимча ўрганишни талаб қилади.

Тана вазни индекси натижаларининг таҳлилига кўра беморларда семизликнинг ортиқча вазн кўринишидаги шакли 35,6% ва I даражаси 32,6%, II даражаси 3(6,65%) ҳолатларда аниқланди. Айни вақтда олиб борилган тадқиқотлар натижасига кўра назорат гуруҳидаги хомиладор аёлларда семизлик учрамади.

Лаборатор текширувлар негизида липидограмма кўрсаткичларида сезиларли ўзгаришлар кузатилди (жадвал).

Жадвал

Липидограмма натижаларининг таҳлили (n = 68)

№	Текширилувчи объект	УХ(5 ммоль/л.г ача)	ЮЗЛП (1,03ммоль/л.д ан баланд)	ПЗЛП (3,34ммоль/л.г ача)	ТГ (2,28 ммоль/л.г ача)	АК (N< 3,0) (УХ-ЮЗЛП/ЮЗЛП)
1.	Асосий гуруҳ (n-47)	6,7±3,2	1,01±0,7	6,1±2,6	3,7±1,3	3,1±1,1
2	Нazorat гуруҳи(n-21)	3,5±1,1	1,9±0,14	3,2±1,2	1,3±0,9	2,7±0,8

УХ-умумий холестерин; ЮЗЛП-юқори зичликдаги липопротеинлар; ПЗЛП-паст зичликдаги липопротеинлар; ТГ-триглицеридлар; АК-атерогенлик кўрсаткичи.

Асосий гуруҳдаги хомиладор аёлларда назорат гуруҳидаги хомиладор аёлларга нисбатан умумий холестерин, паст зичликдаги липопротеинлар миқдорида сезиларли ўсиш ($p<0,05$), юқори зичликдаги липопротеинлар миқдорида 19,3% га камайиши, триглицеридлар даражасида ўсишни кузатиш мумкин. Билиар тизим касалликлари орасида, яъни сурункали холецистит, ўт тош касаллиги, ўт пуфаги полипида қон зардобининг липид профили кўрсаткичларида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар аниқланмади.

Хомиладорлик даврида билиар муаммоларни аниқлашда ультратовуш текшируви энг аниқ ва хавфсиз бўлган ягона воситадир. Бироқ, уни қўллаш охириги триместрда ўт пуфagini жойлашуви ёки конфигурациясининг ўзгариши сабаб мураккабликни туғдиради ва чалғитувчи тавсифга эга бўлиши мумкин [1,3,7]. Билиар патология билан оғриган хомиладор аёлларда ўт пуфаги деворининг эхографик тузилишидаги ўзгаришлар 38,4% да деворнинг қалинлашиши >3 мм, 23,1% ҳолларда тўрсимон ва 14,6% полипоз шаклида намоён бўлди. Хомиладор аёлларда ўт пуфагидаги конкрементлар ва билиар қуйка (37,9%), асосан III триместрда ўт пуфaginiнинг қисқариш функциясининг пасайиши (21%) фонида гиперэхоген заррачалар аралашмаси шаклида кўринади.

Тадқиқот объектларида хомиладорликни кечиш хусусиятлари 41,3% да эрта токсикозлар ва 37,6% ҳолатларда энгил ва оғир даражадаги преэклампсия ривожланиши билан тавсифланади. Бу кўрсаткич назорат гуруҳида мос равишда 16,7% ва 9,3% ($p<0,05$) ташкил этади. I ва II триместр ҳомилани ўз-ўзидан тушиши (24,3% ва 17,9%) билан асоратланди, назорат гуруҳидаги аёлларда эса 10% ва 4,2% ни кўрсатди. Ўт йўллари касалликлари мавжуд хомиладорларнинг ҳар 2-сида энгил ёки/ва ўрта оғир даражадаги камқонлик 82,8% учраса, назорат гуруҳида 14,7% ҳолатда кузатилади. Бу эса бактериал-вирусли инфекциянинг назорат гуруҳига нисбатан 4 баробар кўп фаоллашувига (ўткир респиратор вирусли инфекция, ўткир бронхит, сурункали ёки гестацион пиелонефритнинг кўзиши)га туртки бўлган бўлиши мумкин.

Билиар тизим касалликлари мавжуд аёлларда ва назорат гуруҳидаги хомиладор аёлларда ультратовуш текшириш натижаларига кўра йўлдошни барвақт етилиши - 27,6%, хомила олди сувларининг патологияси кўпсувлилик устунлиги билан - 15,4% ҳолатларда аниқланди. Ҳомилани ўсишдан ортда қолиши I даражаси 2 та беморда кузатилган. Сурункали фетоплацентар етишмовчилик бачадон йўлдош хомила қон айланишининг I А ва Б даражадаги бузилишлари 38,9% билан намоён бўлди.

Хулоса

Билиар тизим касаллиқларининг хомиладорлик даврида авжланиши хомиладорликдаги гормонал ўзгаришлар, туғруқлар сони, аёлда мавжуд бўлган семизлик, овқатланиш тартибининг бузилиши, гестациягача бўлган даврда гормонал контрацептив воситаларнинг қўлланилиши билан узвий боғлиқ. Ўт йўллари касалликлари хомиладорликни эрта

токсикозларнинг давомли бўлиши, ҳомила тушиши хавфи, преэклампсия, сурункали плацентар етишмовчилик каби асоратлар билан кечишига таъсир кўрсатади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Babadjanova G.S., Abdurazakova M.D., Razzakova N.S. Features of pregnancy in women with diseases of the biliar system. // Journal of Biomedicine and Practice 2020, vol. 6, issue 5, pp.48-53 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2020-6-8>
2. Cheng V., Matsushima K., Sandhu K., Ashbrook M., Matsuo K., Inaba K., Demetriades D. (2020). Surgical trends in the management of acute cholecystitis during pregnancy. // Surgical Endoscopy. doi:10.1007/s00464-020-08054-w. downloaded on 2020-10-14
3. Di Ciaula A.; Wang D.Q.H.; Portincasa P. An update on the pathogenesis of cholesterol gallstone disease. Curr. Opin. // Gastroenterol. 2018, 34, 71–80. [CrossRef].
4. Ibrahim M, Sarvepalli S, Morris-Stiff G, Rizk M, Bhatt A, Walsh M, Hayat U, Garber A, Vargo J, Burke CA (2018) Gallstones: watch and wait, or intervene? // Clevel Clin J Med 85(4):323–331. <https://doi.org/10.3949/ccjm.85a.17035>
5. R.R. Thamil Selvi, Pammy Sinha, P.M. Subramanian, P.G.Konapur, C.V. Prabha; Clinicopathological study of cholecystitis with special reference to analysis of cholelithiasis. // International Journal of Basic Medical Sciences, 2011, vol 2 :issue2:pp68-72.
6. Жукова Е.В., Семикина Т.М., Кашкина Е.И., Куницына М.А. Риск развития ожирения и хронического холецистита у мужчин и женщин с учетом соматотипа и пищевого поведения. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;(9):26-31. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-157-9-26-31>
7. Успенская Ю.Б., Шептулин А.А. Особенности патогенеза, диагностики и лечения желчнокаменной болезни при беременности. // Рос журн гастроэнтерол гепатол колопроктол 2017; 27(2):111-116.

Қабул қилинган сана 10.10.2022