

МЕХАНИК САРИҚЛИКНИНГ ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН ҲОЛАТЛАРДА КИЁСИЙ ТАШХИСЛАШНИНГ ЎЗИГА ХОС ТОМОНЛАРИ

¹Ўроқов Ш.Т., ²Кенжаев Л.Р.,

¹Бухоро давлат тиббиёт институти,

²Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази, Бухоро филиали.

✓ Резюме

Ушбу илмий мақолада жигар циррози (ЖЦ) ҳамда ўт тош касаллиги сабабли механик сариқлик ташхиси билан даволанган 76 беморнинг текшириш натижалари ёритилган.

Барча беморлар 2 гуруҳга бўлиб, яъни биринчи гуруҳга механик сариқликнинг ЖЦ билан биргалликда келган 54 бемор, иккинчи гуруҳда эса фақат механик сариқлик билан касалланган 22 бемор тақсир қилган.

Мазкур жарроҳлик клиникасида даволанган барча механик сариқлик билан келган беморларнинг 64 % сабаби ўт тош касаллиги бўлиб, уларнинг 20,4% да жигар циррозининг турли босқичлари йўлдош касаллик сифатида аниқланган.

Ҳар иккала гуруҳдаги беморларнинг шикоятлари, клиник кечиши, объектив кўриш натижалари, лаборатория мониторинги, қўшимча инструментал текшириш натижалари ва уларнинг ўзига хослиги таққослаб ўрганилган.

Калит сўзлар: ўт-тош касаллиги, механик сариқлик, жигар циррози, холедохолитиаз.

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОСТИКИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

¹Ураков Ш.Т., ²Кенжаев Л.Р.,

¹Бухарский государственный медицинский институт, ²Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

✓ Резюме

В данной статье представлены результаты исследования 76 пациентов с механической желтухой, вызванная желчнокаменной болезнью, сопутствующая циррозом печени (ЦП).

Все пациенты были разделены на 2 группы: в первую группу вошли 54 пациентов с механической желтухой с ЦП, а во вторую - всего 22 пациентов с механической желтухой.

Причиной механической желтухи у 64% пациентов явилась желчнокаменная болезнь, пролеченных в этой хирургической клинике, из них у 20,4% различные стадии цирроза печени были идентифицированы как сопутствующие заболевания.

Сравнивались жалобы пациентов обеих групп, клиническое течение, результаты объективного осмотра, лабораторного исследования, результаты дополнительного инструментального обследования и их специфичность.

Ключевые слова: желчно-каменная болезнь, механическая желтуха, цирроз печени, холедохолитиаз.

FEATURES OF THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE, ACCOMPANIED BY CIRRHOSIS OF THE LIVER

¹Uroqov Sh.T., ²Kenjayev L.R.,

¹Bukhara State Medical Institute,

²Bukhara branch of the Republican scientific center for emergency medicine.

✓ Resume

This article presents the results of a study of 76 patients with obstructive jaundice caused by gallstone disease, concomitant with cirrhosis of the liver (LC).

All patients were divided into 2 groups: the first group included 54 patients with obstructive jaundice with LC, and the second - only 22 patients with obstructive jaundice.

Obstructive jaundice in 64% of patients was caused by cholelithiasis treated in this surgical clinic, of which 20.4% of them were identified as concomitant diseases with various stages of liver cirrhosis.

Compared were the complaints of patients of both groups, the clinical course, the results of objective observation, laboratory research, the results of additional instrumental examination and their specificity.

Key words: cholelithiasis, obstructive jaundice, cirrhosis of the liver.

Долзарблиги

Тиббиётда эришилаётган улкан ютуқларга қарамасдан, охириги 20 йил ичида жигарнинг диффуз ва ўчоқли касалликлари билан касалланиш ҳолати тез суратларда ўса бормокда [5].

Жигарнинг сурункали диффуз касалликлари (ЖСДК), айниқсв жигар циррози (ЖЦ) нинг учраш даражаси сезиларли ўсиши ва ўлим кўрсаткичининг юқори бўлганлиги сабабли ҳозирги вақтгача медицининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда [2]. Ҳозирги вақтда бутун дунёдагидек Ўрта Осиё

давлатлари учун ҳам сезиларли даражада тарқалаётган вирусли гепатитлар худудий касаллик ҳисобланади [1,7,10,11,12].

Бугунги кунга келиб, юқорида кўрсатилган касалликларнинг нафақат ўзи, уларнинг қўшма ҳолда яъни биргаликда келиши ҳам эътибордан холи эмас [9,12].

Изланишлар натижасида шу нарса маълум бўлдики, барча яшаётган аҳоли орасида холелитиаз 6-16% ташкил қилса [3,4,6,9,13], турли хил этиологияли жигар циррози мавжуд кишилар орасида ўт тош касаллиги 23- до 54 % эканлиги аниқланган [10,14].

Ҳар иккала касаллик яъни ўт тош касаллиги ва жигар циррози орасидаги патогенетик, анатомо-физиологик алоқаси ва ўзаро боғлиқликка патогенетик нуқтаи назардан ёндошишимиз мумкин.

Илмий иш 2018-2020 йиллар давомида Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалининг шошилинич хирургия бўлимларида жигар циррози ҳамда ўт тош касаллиги сабабли механик сариклик ташхиси билан даволанган 76 беморда олиб борилган изланиш натижаларига асосланган.

Илмий изланишдан мақсад жигар циррози ва механик сариклик биргаликда келган беморларда касалликни клиник кечишининг ўзига хос томонларини ўрганиш.

Материал ва усуллар

Ушбу мақсадда жигар циррози ва механик сариклик билан 54 бемор ва фақат механик сариклик билан 22 беморнинг клиник кўриниши, биокимёвий таҳлиллари ва ускунавий текшириш натижалари таҳлил қилинди.

Барча беморлар 2 гуруҳга бўлиб таққослаш асосида ўрганилди. Биринчи (асосий) гуруҳга механик сарикликнинг жигар циррози билан биргаликда келган 54 бемор бўлса, иккинчи (назорат) гуруҳида эса фақат механик сариклик билан касалланган 22 бемор ташкил қилди.

Ҳар иккала гуруҳда ҳам эркаклар сони кўпроқ бўлиб, текширилган беморларнинг 61% ни ташкил этди. Бизнинг маълумотларимиз, адабиётларда келтирилган ЖЦ аёлларга нисбатан кўпроқ эркакларда учраши тўғрисидаги маълумотларга мос келди.

ЖЦ ва механик сариклик ташхисини қўйиш мақсадида анамнез маълумотлари, ирсий мойиллик, бошидан ўтказган касалликлари, беморнинг шикоятлари (қабзият, овқатлангандан кейинги дам бўлиш) геммораидал тугунларнинг борлиги, палпацияда спленомегалия, томир юлдузчалари, ксантелазма, холсизлик, тана вазнининг камайиши, хотиранинг сусайганлиги, УТС ва Эластометрия (фибросканирование) ҳулосаси, ЭГДФС керак бўлганда ЭРПХГ натижаси,

клиник ва биокимёвий таҳлиллари айниқса ПЦР натижалари рентгенологик текшириш натижалари таҳлил қилинди.

Ушбу тоифа беморларда қорин дам бўлиш, ичнинг қотиши, гўштлиқ ва қовурилан овқат маҳсулотига кўнгил айланиши каби белгилар кўпроқ намоён бўлди. Шунинг билан биргаликда таҳлил биокимёвий текширув натижалари ва қўшимча ускунавий текшириш ҳулосалари қиёсий таққослаш усулида ўрганилди.

Таҳлил натижалари шуни кўрсатдики биринчи гуруҳ, яъни механик сариклик ва ЖЦ биргаликда келган беморларда ўнг қовурга остида ёки эпигастрал соҳадаги оғриқлар кучсиз ҳолда кузатилди, яъни биринчи гуруҳ беморларда иккинчи гуруҳдаги беморлардагидек ҳужумсимон, кучли оғриқлар кам ҳолатларда кузатилди. Лекин умумий ҳолсизлик, кўнгил айланиши, қайд қилиш, эндоген интоксикация белгилари (тахикардия, оғиз қуриши, гипертермия ва ҳ.к.), иштаҳанинг йўқлиги, биринчи гуруҳга нисбатан яққол намоён бўлиб бошланғич ва асосий клиник симптом сифатида кечди. Эпигастрал ва ўнг қовурга остидаги кучли ҳужумсимон оғриқ биринчи гуруҳдаги 54 бемордан 22 кишида, кучсиз оғриқлар эса 20 кишида кузатилди. Иккинчи гуруҳ беморларда эса оғриқлар 18 кишида яққол кузатилди (Жадвал -1).

Биринчи гуруҳдан фарқли ўлароқ иккинчи гуруҳ беморларда кўнгил айланиши, қайд қилиш, гўштли ва қовурилган овқат маҳсулотларининг ҳиди ёқмаслиги, тана вазнининг камайиши, иштаҳанинг буғилиши каби клиник белгилар устунлиқ қилганлиги кузатилди.

Биринчи гуруҳдаги беморларда патологик жараённинг кечиши қорин соҳасидаги оғриқларга нисбатан жигар етишмовчилиги ва эндоген интоксикациянинг яққол намоён бўлиб касалликнинг шиддат билан кечиши устунлиги аниқланди. Жигар функционал ҳолатининг бузилиши яққол жигар етишмовчилиги белгилари, яъни олигоурия, эс-ҳушнинг аниқмаслиги, асцит, нафас олганда меркаптан ҳиди 18 беморда қайд этилди.

Анамнезда вирусли гепатит билан касалланган беморлар сони 31 (41%)ни ташкил қилди.

Палпацияда жигар ўлчамларининг кенгайиши 31 беморда, спленомегалия 22 кишида аниқланди. Охириги симптом яъни спленомегалия, ЖЦ нинг асосий белгиларидан бўлиб сонография (УТС) ёрдамида яна 12 кишида, жами эса 34 кишида аниқланди. Айнан ушбу симптом касалхонага келган беморларга ЖЦ мавжудлигини ва ушбу соҳада текширишлар олиб борилишига туртки бўлди. Биз ўрганган биринчи гуруҳ беморлардаги қўшма касалликларнинг аниқланишига ёрдам берди. Беморларни касалхонага келган вақтдаги барча шикоятлари қуйидаги жадвалда кўрсатилган (Жадвал №1).

1-жадвал

Беморларни касалхонага келган вақтдаги асосий шикоятлари

Шикоят	ЖЦ МС	МС	Жами
Умумий ҳолсизлик	48 (63%)	6 (8%)	54 (71%)
Эпигастрал соҳада оғриқ.	22 (29%)	18 (24%)	40 (53%)
Ўнг қовурга остидаги оғриқ	11(14%)	16(21%)	27 (36%)
Кўнгил айланиши ва қайд қилиш.	37 (49%)	5(7%)	42(55%)
Қовурилган овқатга кўнгил айланиши.	42 (55%)	4(5%)	46(60%)
Тана вазнининг камайиши	43 (57%)	4(5%)	47(62%)
Иштаҳанинг бузилиши	41 (54%)	5(7%)	46 (60%)

Қорин бўшлиғи асцити палпация орқали 5 беморда, сонография натижасида яна 4 беморда, ва 2 кишида операция вақтида аниқланди. Шу жумладан яна 3 беморнинг пастки мучаларида ҳам енгил шишлар аниқланган.

Касалхонага ётқизилган барча беморлар шошилинч равишда ётқизилган бўлиб, режали равишда қабул қилинган беморлар йўқ.

2-жадвал

ЖСДК ва МС билан бирга келган беморларнинг клиникага тушиш йўллари

Клиникага келиши	ЖЦ+МС	МС	Жами
Тез тиббий ёрдам машинасида	23 (43%)	13 (59%)	36 (47%)
Ўзи мурожаат қилиб келган	31 (57%)	9 (41%)	40 (53%)
Жами:	54 (100%)	22 (100%)	76 (100%)

Икки хил касаллик бирга келган вақтларда беморни касалхонага келишига сабабчи яъни асосий ҳамда йўлдош касалликни аниқлаш асосий вазифа-

лардан бири бўлиб бу ушбу беморларни даволашга қаратилган даво тактикасини аниқлашда муҳим ўрин тутади.

3-жадвал.

Механик сариқлик билан ЖЦ бирга келган беморларда ташхис босқичлари

Босқич	ЖЦ+МС	МС	Жами
Механик сариқликнинг устунлиги.	45 (83%)	22 (100%)	67 (88%)
ЖЦ устунлиги.	9 (17%)	-	9 (12%)
Жами	54 (100%)	22 (100%)	76 (100%)

Жигар циррози ва механик сариқлик биргаликда келган ҳолатларда, ва механик сариқликнинг ЖЦ сиз алоҳида клиник кечишининг ўзига хослиги, бир бировига таққослаган ҳолда клиник кўрсаткичларга таянган ҳолда ўрганилди.

Клиник кузатув натижасида механик сариқлик ва ЖЦ биргаликда келган (биринчи, асосий) гуруҳдаги беморларда ўнг қовурга остида ёки эпигастрал соҳадаги оғриқлар механик сариқликнинг ЖЦсиз (иккинчи, назорат) гуруҳдаги беморларга нисбатан кўпгина ҳолатларда касалликнинг асосий ёки бошланғич симптоми сифатида кечмади. Яъни биринчи гуруҳдаги беморларда оғриқ кам ҳолларда, ва кучсизроқ кузатилди. Ушбу тоифа беморларда умумий ҳолсизлик кўнгил айланиши, қайд қилиш, эндоген интоксикация белгилари (тахикардия, оғиз қуриши, гипертермия ва ҳ.к.), иштаҳанинг йўқлиги, қорин дам қилиш, ичнинг қотиши, гўштлики ва қовурилан овқат маҳсулотига

кўнгил айланиши каби белгилар кўпроқ намоён бўлди.

ЖЦ узоқ вақт давомида яширин кечишини ҳисобда ушбу касаллик беморда неча йилдан буён давом этаётганлигини аниқлаш қийинчилик туғдирди.

ЖЦ ва МС биргаликда келган ҳолатларда ЖЦнинг кўпгина ҳолатларда бемор касалхонага бошқа бир касаллик сабабли мурожаат қилиб келганда аниқланади. Бу тоифа беморларга ташхис қўйишнинг қийинлиги ёки кечиктириб қўйилишига асосий сабаблардан бири, ҳар иккала касаллик этиологик ва патогенетик томондан бир тизим касалликлари бўлиб, бир-бири билан чамбарчас боғлиқ бўлсада узоқ вақт ҳеч қандай симптомсиз кечишидир.

ЖЦ умумий ҳолсизлик белгиларининг бошланишидан то ОКВКВдан қон кетишигача бўлган давр ўрганилганда ўртача касалликнинг давомийлиги 4,7 йилни ташкил қилди.

4-жадвал

ЖЦ ва МС биргаликда келган ҳолатларда ЖЦ кечиш муддати

Касаллик муддати	1 йилгача	1 йилдан 3 йилгача	3 йилдан 5 йилгача	5 йилдан кўп	Жами
Бемор сони	18 (33%)	14 (26%)	15 (28%)	7 (13)	54

Текширилган 76 беморларнинг 33 да, аниқроғи биринчи гуруҳдан 26 кишида ва иккинчи гуруҳдан 7 беморда йирингли холангит белгилари аниқланди. Ушбу ташхис беморларнинг шикоят, объектив кўрув ва қўшимча ускунавий текшириш усуллари орқали қуйилди.

Биринчи гуруҳдаги 54 бемордан 37 кишида, иккинчи гуруҳдан эса 8 беморга Эзофагогастроуденофиброскопия (ЭГДФС) текшируви ўтказилди. Шундан фақатгина биринчи гуруҳдаги беморлардан 16 кишида қизилўнгач ва ошқозон веналарининг турли хил даражадаги кенгайганликлари аниқланди.

Юқорида таъкидлаганимиздек, УЗС орқали асосий эътибор икки нарсга яъни биринчи навбатда

билиар тизим ва жигар паренхимасига эътибор берилди. Жигар ичи, ва жигардан ташки ўт йўллари структурасига, унинг ўлчамларига, кенглиги, ўт пуфаги ҳолати унинг ўлчамлари ичидаги суяқликка алоҳида эътибор берилди.

Шу нарсга алоҳида эътибор беришимиз керакки УТС орқали текширганда назорат гуруҳдаги 22 беморнинг ҳаммасида жигар ичи ва ташки ўт йўллари кенгайиши кузатилиб ушбу ҳолат МС ЖЦ билан бирга келган ҳолатларда ҳамма вақт ҳам намоён бўлмаслиги аниқланди. Яъни ЖЦ ва МС билан текширилган беморлардан 21 кишида билиар гипертензия аломатлари бўлсада жигар ичи ўт йўллари кенгайиши кузатилмади. Демак 1 гуруҳдаги текширилган

54 бемордан 21 кишида УТС орқали текширишда жигар ичи ва жигардан ташки ўт йўлларидаги кенгаймаслиги аниқланди. Жигар циррозида айниқса касалликнинг охириги босқичларида билиар гипертензия бўлсада доим ҳам жигар ичи ва жигардан ташкаридаги ўт йўлларидаги кенгаймаслик ҳолатини, жигар тўқи-

маси архитектоникасининг бузилиши яъни циррозида трансформация ва ўт йўлларидаги дағаллашиш, узоқ вақт давом этган яллиғланиш натижасидаги дегенератив ўзгаришлар билан боғлиқ бўлиб билиар тизим ўз эластиклигини йўқотан деб ҳулоса қилинди.

5-жадвал

ЖЦ, МС билан биргаликда ва МС алоҳида келган ҳолатларда жигар функционал ҳолати кўрсаткичлари

Кўрсаткичлар	ЖЦ, МС (n=50) M±m	МС(n=54) M±m	P
АЛТ(нмоль/л.с)	646,3±22,6	186,4±9,6	<0.05
Тимол. синама (ед.)	11,4±0,4	1,0±0,37	<0.05
Альбумин (%)	32,8±0,2	41,6±0,2	<0.05
ПТИ (%)	70,4±0,28	83,2±0,3	<0.05
Билирубин умумий (ммоль/л)	46,6±1,2	10,2±1,3	<0.05

Биокимёвий таҳлиллар натижасини қиёсий таққослаш шуни кўрсатдики биринчи гуруҳ беморларда билирубинемиядан ташқари 34 беморда АЛТ ва АСТ ферментларининг активлиги 3-6 баробарга ошган.

Биокимёвий таҳлилларда ҳар иккала гуруҳда гепатодепрессия даражасини қиёсий таққослаш куйидаги натижаларни кўрсатди. Альбумин миқдори ва протромбин индекси биринчи гуруҳ яъни ЖЦ ҳамда механик сариқлик биргаликда келган 54 бемордан 43 кишида, иккинчи гуруҳ яъни механик сариқликнинг ЖЦ исиз келган 22 бемордан 4 кишида пасайганлиги аниқланди. Яъни никкинчи назорат гуруҳига нисбатан, Альбумин миқдори ва протромбин индекси асосий гуруҳдаги беморларда сезиларли даражада пасайганлиги аниқланди. Бундан шундай фикрга бориш мумкинки, цирротик ўзгарган жигар паренхимасидаги патологик жараён билиар гипертензия натижасида янаям чуқурлашиб ўткир жигар етишмовчилигини келтириб чиқаришга (чуқурлаштиришига) туртки бўлади.

Шунингдек, холестаза синдроми ўрганиш, умумий Билирубин, боғланган ва боғланмаган билирубин миқдорига ҳамда ишқорий фосфотазага қараб таҳлил қилинди. Албатта жигар ичи сариқлиги билан жигар ости сариқлигини ажратишда билирубиннинг миқдори доим ҳам аниқ натижа бермайди.

ЖЦ ҳамда механик сариқлик биргаликда келган беморларнинг 47 да бир вақтнинг ўзида ҳам боғланган ва боғланмаган билирубин миқдорининг деярли бир хилда кўтарилганлиги кузатилди. Яъни дастлаб билиар гипертензия натижасида боғланган билирубиннинг кўтарилиши кузатилса, кейинчалик ушбу кўрсаткичга боғланмаган билирубиннинг ҳам кўтарилиши кузатилди. Демак билиар гипертензия жигарда мавжуд бўлган цирротик ўзгаришли патологик жараённи активлаштириши қайд этилди.

Ўт тош касаллиги этиологияли МС ЖЦ билан бирга келган беморларда жигар функционал ҳолатини текшириш шуни кўрсатдики, ушбу патологик жараёнда деярли барча ҳолатларда биохимиявий текшириш натижаларида ўзгаришлар кузатилди. Биринчи гуруҳдаги жигар циррози билан касалланган 54 бемордан 34 кишида юқорида қайд этилган биокимёвий ўзгаришлар яққол намоён бўлди.

Биокимёвий таҳлиллар натижасини қиёсий таққослаш шуни кўрсатдики биринчи гуруҳ беморларда билирубинемиядан ташқари АЛТ ва АСТ ферментларининг активлиги 3-6 баробарга ошган.

Биокимёвий таҳлилларда ҳар иккала гуруҳда гепатодепрессия даражасини қиёсий таққослаш куйидаги натижаларни кўрсатди. Биринчи гуруҳ беморларда яъни ЖЦ ҳамда механик сариқлик биргаликда келган беморларда альбумин миқдори ва протромбин индекси иккинчи гуруҳ яъни механик сариқликнинг ЖЦ сиз келган беморларга нисбатан сезиларли даражада пасайганлиги аниқланди. Бундан шундай фикрга бориш мумкинки, цирротик ўзгарган жигар паренхимасидаги патологик жараён билиар гипертензия натижасида янаям чуқурлашиб ўткир жигар етишмовчилигини келтириб чиқаришга туртки бўлади.

Шунингдек, холестаза синдроми ўрганиш умумий Билирубин, боғланган ва боғланмаган билирубин миқдорига ҳамда ишқорий фосфотазага қараб таҳлил қилинди. Албатта жигар ичи сариқлиги билан жигар ости сариқлигини ажратишда билирубиннинг миқдори доим ҳам аниқ натижа бермайди.

ЖЦ ҳамда механик сариқлик биргаликда келган 54 бемордан 41 кишида бир вақтнинг ўзида ҳам боғланган ва боғланмаган билирубин миқдорининг деярли бир хилда кўтарилганлиги кузатилди. Яъни дастлаб билиар гипертензия натижасида боғланган билирубиннинг кўтарилиши кузатилса кейинчалик ушбу кўрсаткичга боғланмаган билирубиннинг ҳам кўтарилиши кузатилди. Демак, билиар гипертензия жигарда мавжуд бўлган цирротик ўзгаришли патологик жараённи активлаштириши қайд этилди.

Шундай қилиб, жарроҳлик бўлимида даволанган барча беморларнинг 4,6 % механик сариқлик ташкил қилиб, шундан 64 % сабаби ўт тош касаллигидир. Ўт тош касаллиги сабабли келган механик сариқликларнинг 20,4% да жигарнинг сурункали диффуз касалликлари йўлдош касаллик сифатида аниқланди.

Механик сариқлик ва жигар циррози биргаликда келган ҳолатларда қорин соҳасидаги огриклар касалликнинг асосий ёки бошланғич симптоми сифатида кечмайди. Ушбу беморларда умумий ҳолсизлик ва диспептик симптомлар ҳамда эндоген интоксикация белгилари устунлик қилади.

Жигар циррози МС билан бирга кечганда билиар гипертензия бўлсада УТС текширувида доим ҳам жигар ичи ва жигардан ташкаридаги ўт йўллари кенгаймаслиги мумкин.

Жигарнинг циррозининг турли босқичлари ташхиси 37% ҳолатларда касалхонага текширишлар натижасида аниқланди. Бу тоифа беморларга ташхис

қўйишнинг қийинлиги ёки кечиктириб қўйилишига асосий сабаб, унинг узоқ вақт ҳеч қандай симптомсиз кечишидир.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Акилов Х.А. Хирургическое лечение больных циррозом печени в условиях декомпенсации портальной гипертензии с синдромом асцита. /Авторе. Дисс. ... Доктор. мед. наук. Ташкент - 1998. С. 2-6.
2. Алексеева О.П., Курешева М.А. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и антагонисты рецепторов ангиотензина II в клинике внутренних болезней. /Новгород. 2004.,
3. Арипов У.А., Арипова Н.У. Обтурационный холецистит. // Мат. Респ. Науч.-прак. конф. с межд. нар. участ. "Холецистит и его осложнения" Бухара, 1997.- С.4.
4. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей /М.: Издательский дом Видар - М. 2009 560 с.
5. Гальперин Э.И., Дюжевой Т.Г. \ \ Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии. Москва. 2011
6. Дашенко Б.М., Борисенко В.Б., 2013., Механическая желтуха, острый холангит, билиарный сепсис: их патогенетическая взаимосвязь и принципы дифференциальной диагностики. /Новости хирургии. Том 21.№5. 2013. Стр.31-39.
7. Девятов А.В. Пути оптимизации портосистемного шунтирования у больных циррозом печени с портальной гипертензией. / Автореф. док. мед. наук. Ташкент-1999.
8. Ерамишанцев А.К., Гордеев П.С., Ахмеджанов К.К. Диагностика и лечение острого холецистита при циррозе печени // Хирургия. - 1992. - № 1. - С. 15-17.
9. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Рахманов С.У., Хасанов В.Р. Лечение осложнений хронических эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периапулярными опухолями. // Анналы хирургической гепатологии. 2015. № 3. С 68-74.
10. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятов А.В. Современные состояние реконструктивной хирургии портального кровообращения у больных циррозом печени с угрозой кровотечения из варикозно- расширенных вен пищевода и желудка / /Анналы хирургической гепатологии.- 2000. - № 2.- С. 245.
11. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятов А.В., Асабаев А.Ш. Прогноз выживаемости при циррозе печени и формирование групп реципиентов для трансплантации печени после портосистемного шунтирования //Анналы хирургической гепатологии. -2000. - № 2.- С. 7-10
12. Ураков Ш.Т. Особенности лечебно диагностической тактики у больных циррозом печени, сочетанным с абдоминальной хирургической патологией. /Автореф. дисс. ... док. мед. наук. - Ташкент-2005.
13. Schwartz S.J. Biliary tract surgery and cirrhosis: a critical combination. //Surgery, 1981, v.90, n.4, p.577-582.
14. Steinberg H.V., Becratt W., Chezmar J.L. Incidence of Cholelithiasis Among Patients with Cirrhosis and Portal Hypertension. /Gastrointest. Radiolog., 1988, v.13, p.347-350.

Келиб тушган вақти 09.11. 2020