



Ураков Шухрат Тухтаевич

д.м.н., заведующий кафедрой хирургических
заболеваний и реанимации,
Бухарский Государственный медицинский институт,
Бухара, Узбекистан.

Кенжаев Лазиз Раззокович

Врач ординатор Бухарского филиала
Республиканского научного центра
экстренной медицинской помощи,
Бухара, Узбекистан

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ К ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НА ФОНЕ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ (Обзор литературы)

For citation: Kenzhaev Laziz Razzokovich. Modern views of the diagnosis and treatment of obstructive jaundice on the background of cirrhosis (Literature review). Journal of hepato-gastroenterology research. 2020, vol. 1, issue 1, pp.104-108



<http://dx.doi.org/10.26739/2181-1008-2020-1-22>

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

O'roqov Shuxrat To'xtaevich

t.f.d., Xirurgik kasalliklar va reanimasiya kafedrasini mudiri,
Buxoro davlat tibbiyot instituti,
Buxoro, Uzbekiston.

Kenjaev Laziz Razzoqovich

Vrach ordinator, Respublika tez tibbiy yordam
ilmiy markazi Buxoro filiali,
Buxoro. Uzbekiston.

О'Т ТОШ КАСАЛЛИГИ САБАБЛИ КЕЛИБ ЧИҚКАН МЕХАНИК САРИКЛИКНИНГ ЖИГАР СИРРОЗИ БИЛАН БИРГА КЕЛГАН ХОЛАТЛАРДА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШДА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР (Адабиётлар шарҳи)

Kalit so'zlar: xolelitiyoz, obstruktiv sariqlik, jigar sirrozi, xolelitolitiaz

Urakov Shukhrat Tukhtaevich

Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Surgical
diseases and resuscitation,
Bukhara State Medical Institute,
Bukhara, Uzbekistan.

Kenzhaev Laziz Razzokovich

Resident physician of the Bukhara branch
Republican Scientific Center
emergency medical care,
Bukhara, Uzbekistan

MODERN VIEWS OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF OBSTRUCTIVE JAUNDICE ON THE BACKGROUND OF CIRRHOSIS (Literature review)

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

Замонавий тиббиётда илмий изланишларнинг асосий вазифаларидан бири, организмдаги асосий ва қўшимча касалликларни ўзаро алоқасини, яъни маълум бир аъзодаги патологик жараённинг бошқа бир аъзога таъсири, уларнинг ўзаро таъсир механизми, касалликнинг клиник кечиши, шундай ҳолатларда текшириш ва диагноз қўйишнинг ўзига хос томонларини батафсил ўрганиш ҳамда ушбу касалликни комплекс даволаш усулларини аниқлашдан иборат [9, 35, 38].

Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) нинг маълумотига қараганда касалхонага ётқизилган хирургик беморларнинг 20-30 % да қўшимча яъни, асосий касаллик билан биргаликда кечувчи йулдош касалликлар аниқланган [17].

Тиббиётда эришилаётган улкан ютуқларга қарамадан, охириги 20 йил ичида жигарнинг диффуз ва ўчоқли касалликлари билан касалланиш ҳолати тез суратларда ўса бормоқда [11].

Жигарнинг сурункали диффуз касалликлари (ЖСДК) нинг охириги босқичи бўлган жигар циррози (ЖЦ) учраш даражасининг сезиларли ўсиши ва ўлим кўрсаткичининг юқори бўлганлиги ҳозирги вақтгача медицинанинг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда [47, 2]. Айни вақтда бутун дунёдагидек Ўрта Осиё давлатлари учун ҳам сезиларли даражада тарқалаётган вирусли гепатитлар худудий касаллик ҳисобланади [29, 1, 14, 37].

Ҳозирги вақтда фақатгина ЖЦ эмас айрим бошқа касалликларнинг ҳам учраши сезиларли даражада ошмоқда. Ўткир аппендицит, ўткир холециститлар, ўткир панкреатитлар учраш кўрсаткичлари йилдан - йилга ошиб бормоқда [40].

Бугунги кунга келиб, юқорида кўрсатилган касалликларнинг нафакат ўзи, уларнинг қўшма ҳолда яъни биргаликда келиши ҳам эътибордан холи эмас [38, 20].

Ўт тош касаллиги охириги уч ўн йилликда ўзининг кенг тарқалаётганлиги ва бу соҳадаги бирқанча бахсли мунозараларга сабаб бўлган касаллик сифатида қаралмоқда [7, 8, 3, 19, 27, 34, 50].

Изланишлар натижасида шу нарса маълум бўлдики, барча яшаётган аҳоли орасида холелитиаз 6-16% ташкил қилса [21, 3, 13, 20, 52], турли хил этиологияли жигар циррози мавжуд кишилар орасида ўт тош касаллиги 23- до 54 % эканлиги аниқланган [15, 24, 53].

Лекин ўт тош касаллиги билан операция бўлган беморларнинг бор йўғи 2% да жигар циррози аниқланган [49]. Жигар циррози фонида холецистэктомиядан кейинги ўлим ҳолати иккинчи ўринда туради [51]. Жигар циррози билан ўт тош касаллиги бирга келган ҳолатларда операциядан кейинги даврда, жигар етишмовчилигини етарлича ва ўз вақтида бартараф қилмаслик, даволаш йўлини, операция усулини тўғри танламаслик натижасида операциядан кейинги даврда ривожланиб боровчи жигар етишмовчилиги оқибатида 67-83% беморда ўлим кузатилади [38, 53, 51].

Хўш ҳар иккала касаллик яъни ўт тош касаллиги ва жагар циррози орасидаги патогенетик, анатоми

физиологик алоқаси ва ўзаро боғлиқликка патогенетик нуқтаи назардан ёндошишимиз мумкин.

ЖЦ кўп тизимли касаллик бўлиб, айрим ҳолларда организмда мавжуд бўлган сурункали касалликни кўзгаб унинг асоратини кучайтирса, айрим ҳолларда эса аъзо ва тўқималарда алоҳида касаллик жараёнини келтириб чиқаради [15, 33, 43, 38, 39].

Маълумки, жигар ва ўт йўллари анатомик жиҳатдан ҳам, функционал томондан ҳам бир бири билан алоқадор бўлиб, ўзаро таъсири ҳам табиийки чамбарчас боғлиқдир. Илмий изланишлар натижасида жигарнинг функционал хусусиятлари борган сари чуқур ўрганилмоқда. Жигардан маълум сабаблар туфайли литоген ўтнинг ажралиши ўт йўлларида холестеринли ва аралаш тошларнинг пайдо бўлиши айтиш мумкин бўлиб, бундай ўт ажралиши сабабини эса жигар функционал ҳолатининг яъни метаболизмининг ўзгаришидан излаш мақсадга мувофиқ [23, 22, 27].

Бугунги кунда жигар тўқимаси касалликларининг ўт йўллари тизимига аниқ таъсир механизми тўғрисида етарли маълумотлар йўқ. Бир қанча машҳур гепатологларнинг фикрича ўткир вирусли гепатитлар ўт йўлларида тош пайдо бўлишига сабаб бўла олмайди (Нидерле Б. с соавт., 1982). Жильбер синдромида қисман ва хомиладорлик вақтида эса кўпроқ ўт йўлларида тош пайдо бўлиши аниқланган. Охириги маълумотларда эса қайд этилган натижаларга тескари, жигар циррозида тош пайдо бўлиш ҳолатлари кўпаймоқда.

Жигар циррози билан касаланган беморларнинг 43-80% да ўт йўлларида тошлар аниқланади [48, 53]. Шу нарса маълумки жигар циррозида жигардан ажралаётган ўт литоген хусусиятга эга эмас, шунинг учун ҳам бу тоифа касаллар ўт йўлларида холестеринли эмас балки пигментли тошлар кўпроқ учрайди [15]. Ахмеджанов К.К. ўзининг илмий изланишларида айнан ушбу муаммага оид муҳим ва эътибор қаратадиган патологик ҳолатни ўрганди. У ўзининг тадқиқотларида жигар циррози билан касаланган беморлар ўт пуфаги ва ўт йўллари мотор хусусиятининг издан чиқиши, бу эса ўз вақтида сафро эвакуациясининг бузилишига олиб келишини аниқлади [15]. Айнан бу ҳолатда жигардан ажралиб чиқаётган сафронинг қуюқ ва ёпишқоқлиги холелитогенезда муҳим аҳамиятга эга.

Муаллиф жигар циррози ва холелитиаз бўлган беморларда ўт пуфаги эвакуатор функцияси сақланган ҳолатларда, ундаги гиперкинетик дискинезия, майда тошлар бўлиши, ўткир холециститнинг келиб чиқиш эҳтимолини кўпайтиради деб ҳисоблайди. У ўт пуфагидаги “юмшоқ” шаклан ўзгарувчи тошлар бўлсада, унинг қисқариш хусусияти бузилган тақдирда ҳам ўткир холециститнинг келиб чиқиш эҳтимоли кам эканлигини исботлади [15, 10].

Билиар гипертензиянинг узоқ давом этиши гепатоцитларнинг дегенерациясига, жигар тўқимасининг шишига ва “билиар гепатит” нинг ривожланишига олиб келади. Юқорида таъкидланган патологик жараён билан бир вақтда жигар тўқимаси бўлакчалари орасида

перипортал фиброз, ёки “иккиламчи билиар цирроз” шаклланади. Шуни таъкидлаш жоизки жигар тўқимасида пайдо бўлган ҳаттоки эътиборли патологик ўзгариш ҳам этиологик омил таъсири тўхтагач қайта тикланиш хусусиятига эга.

Лекин қачонки, жигар тўқимасида шу вақтгача мавжуд бўлган диффуз ўзгариш фонида “иккиламчи билиар тутилиши” қўшилса жигар тўқимасида чуқур хавфли қайтмас патологик ўзгариш пайдо бўлади. Афсуски мазкур патологик жараён оқибатида жигарнинг функционал хусусиятлари бутунлай издан чиқиб бемор кома ҳолатига тушиши ҳам мумкин [31, 12].

Ҳозирги замонда ўт тош касаллигини ташхислаш касаллигининг аниқ клиник омилларга, стандарт лаборатория текширув натижаларига ва шунингдек замонавий асбоб ускунавий тешириш хулосаларига асосланган ҳолда амалга оширилади.

Шуни таъкидлаш зарурки ўт йўлларидаги қисман ёки тўлиқ беркилиш ёки ўткир яллиғланиш жараёни, жигар циррози билан бирга келган ҳолатларда клиник кўриниши эндоген интоксикациянинг яққол белгилари намоён бўлган кўринишда оғир кечади [5, 25, 38]. Бу тоифа беморларда оғрик хуружи ўт пуфагининг кенгайиши ҳамда Глиссон қобиғининг бир вақтнинг ўзида кенгайиши сабабли ўнг ковурга ости соҳасининг деярли барча қисмида жуда кучли бўлмаган тарзда кечади [21, 20].

Муаллифларнинг фикрича ўткир холециститда сариклик синдромининг келиб чиқиши 33% ҳолларда механик сабаб бўлиб, 66% ҳолатларда эса унинг сабаби, яллиғланишнинг захарли махсулотларини гепатоцитларга ва ўт ажратиш (билиар) тизимига таъсири оқибатида паренхиматоз хусусиятга эга [26, 25, 44].

Охирги вақтларда медицина амалиётида янгидан янги диагностика усуллариининг ултратовуш тўлқинлари, компьютер ёки магнит резонансли томография, эластометрия (фиброскан) ретроград панкреатохоледохография усуллариининг кириб келиши ва кенг қўлланилиши патологик жараённинг жигар тўқимасида ёки ўт йўлларида эканлигини эртарок аниқлаш имконини яратди [25, 44, 38].

Айниқса ноинвазив текшириш усуллариининг, ултратовушли сонография (УЗС) усули жигар тўқимасининг тузилиши, зичлиги ўлчамлари ўт йўлларидаги ўзгаришлар, кон томирлари ўлчамлари ва портал тизим тўғрисида аъзолардаги патологик жараённи баҳолашда ҳамда диагноз қўйиш учун етарли даражада маълумотларни бермоқда [16, 23, 47].

Жигар циррози фонида кечаётган ут йўлларидаги бажарилган операцияларни Чайлд – Пью таснифи бўйича изланиш натижалари шуни курсатдики ЖЦ да асосий ёки қушимча касаллик туфайли бажарилган ҳар бир операция катта микдордаги асоратлар ёки улим билан кечар экан [15, 6, 37, 39, 48, 46]. Муаллифларнинг маълумотида ЖЦ операциядан кейинги улим ҳолати 30% ни ташкил қилиб Чайлд – Пью гуруҳларига булганда А-10%, В-31%, ва С гуруҳда 76% ни ташкил қилди [30, 45].

ЖЦнинг бошқа бир қанча хирургик касалликлар билан учраши, уларнинг клиник кечиши, диагноз қўйиш ва даволаш ҳамда операция тактикалари тўғрисида анчагина илмий ишлар олиб борилган. Яъни, адабиётларда ЖЦ билан ОУИБИЯК, уткир ва хроник холециститлар, эхинококк касаллиги корин девори чурралари, уткир панкреатит, уткир ичак тутилиши ҳақида бир қанча

маълумотлар бор [37, 41]. Лекин биз изланган адабиётларда ҳозирги вақтда куплаб учрайдиган ут тош касаллигининг асорати булган механик сариклик жигар ЖСДК айниқса жигар циррози билан бирга келган ҳолатлардаги диагностик ва даволаш тактикаси ҳақида етарли маълумотлар учрамади.

ЖЦ да механик сариклик туфайли келиб чиққан билиар гипертензия натижасида цирротик ўзгаришли жигар тўқимасида эндоген интоксикациянинг қўшилиши жигарнинг функционал ҳолатини пасайтиради. Жигарда нафакат холестаз, цитоллиз, ҳаттоки гепатодепрес-сияга, бунинг натижасида эса ўткир жигар хужайра етишмовчилиги, жигар комасининг тезлашишига ҳаттоки полиорган етишмовчиликка сабабчи булиши мумкин.

Ўт тош касалликлари сабабли келиб чиқадиган механик сариклик купина ҳолатларда 55- 60 ёшдан кейин кузатилиши ва ушбу касалликнинг асосий даво йули жаррохлик усули эканлиги ва юқорида таъкидлаганимиздек ЖЦ фонида ҳар бир кечадиган операция узига хос асоратлардан холи эмаслиги адабиётларда ёритилган [33, 43, 37, 18, 39]. Ушбу беморларда операция вақтида жигар етишмовчилиги туфайли кон кетиши, гепатомегалия, томирлар эктазияси, операция жараёнини оғирлашгирса, операциядан кейинги даврда эса уткир жигар етишмовчилиги, полиорган етишмовчиликнинг пайдо булиш хавфи катта. Бундай вазиятда гепатоструктуранинг таъсирланиши улардаги ДНК синтези жарасинини ўзгартиради ва уларнинг пролиферациясига олиб келади. Жигарда оксил синтезининг бузилиши альбумин ва унинг фракцияларини камайиши ҳисобига гипопро테인эмияга олиб келади. Маълумки айнан зардоб альбумини турли бирикмаларни шу жумладан эндоген токсинларни зарарсизлантириш хусусиятига эга [23].

Механик сариклик жигар циррози билан бирга келиши анча мураккаб жараён бўлиб кўпгина ҳолатларда факатгина жигар етишмовчилигининг ўзи билан чегараланмасдан полиорган етишмовчилигига сабаб бўлиши мумкин. [15, 23].

Мазкур қўшма касалликда жигар ва бошқа аъзоларда кузатиладиган асоратлар яъни полиорган етишмовчилик асоратлари 60 - 92% ташкил қилади [47, 22]. Механик сариклик ЖСДК билан бирга келиши айниқса касалликнинг дастлабки асоратлари юрак кон томир системаси, упка, жигар, буйрак фаолиятига таъсир қилиб улим ҳолатини купайишига сабаб бўлиб ҳар 4 беморнинг учтасида жигар етишмовчилиги кузатилиб шунинг 60 % улим билан тугайди [4, 20].

Юқоридаги патологик жараён, аввало адабиётларда етарли даражада ёритилмаганлиги ва ЖЦ нинг кўпинча яширин кечиши ҳисобида механик сарикликни даволаш тактикасида ЖСДК доим ҳам инобатга олинмайди. Ундан ташқари ЖЦ нинг узоқ вақт яширин, клиник белгиларсиз кечиши ҳисобида ушбу касаллик факатгина механик сарикликнинг оператив даволаш вақтида, тўсатдан, яъни интраоперацион аниқланиши ҳар қандай тажрибали жарроҳни ҳам шошилтириб қуйиши мумкин [37].

Хулоса қилиб айтганда ҳозирги вақтда ўт тош касаллиги сабабли келиб чиққан механик сариклик жигар циррози билан бирга келган ҳолатларда, ҳар иккала патологик жараённи ташхислаш, клиник кечишининг ўзига хослиги, даволаш тактикаси, оператив усулда даволашга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар албатта узига хос қийинчиликларни туғдиради. Ушбу ҳолатда актив

консерватив даволаш, хирургик тактика ёки миниинвазив усулларни қўллаш ҳар бир хирургни уйлантириб қуяди.

Юқоридагиларни ҳисобга олиб ушбу соҳада ҳали кенг тармоқли изланишлар олиб бориш мумкин.

Список литературы/Iqtiboslar/References

1. Акилов Х.А. Хирургическое лечение больных циррозом печени в условиях декомпенсации портальной гипертензии с синдромом асцита. Автореф. Дисс. ... Доктор. мед. наук. Ташкент – 1998. С. 2-6.
2. Алексеева О.П., Курьшева 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. Байрамов Н.Ю. Осложнения резекции печени // Анналы хирургической гепатологии. - 2000. - № 1.- С. 14-18.
5. Белокуров Ю.Н., Рыбачков В.В. Прогнозирование течения эндогенной интоксикации в неотложной хирургии //Вестник хирургии. – 1991. - №6. С.3-6.
6. Бородач В.А., Бородач А.В. О синдроме эпигастральных болей при остром деструктивном холецистите. // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. Т. 10. - № 2. - С. 36-38.
7. Бородин Ю.И. Лимфология: некоторые теоретические и прикладные аспекты // Мат. науч. конф. «Проблемы экспериментальной и клинической лимфологии».- Новосибирск.-1994.- С. 15-17.
8. Вахидов А.В., Илхамов Ф.А., Садиков Ч.Т. и др. лечебные возможности эндоскопической, лазерной и антибактериальной терапии при гнойно-септических осложнениях желчнокаменной болезни // Тез. Докл. Респ. конф.с межд. участием «Раны и раневая инфекция». Андижан. – 1995.
9. Волков С.В. Прогнозирование симультанных операций на органах брюшной полости и пути улучшения их результатов. Дис. ... канд. мед. наук. Калинин.- 1989. С.235.
10. Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей // М.: Издательский дом Видар – М. 2009 560 с.
11. Гальперин Э.И., Дюжевой Т.Г. \ \ Лекции по гепатопанкреатобилиарной хирургии. Москва. 2011
12. Голуб А. М., Алексеев С. А., Бовтюк Н.Я. Инструментальные методики декомпрессии желчевыводящих путей при механической желтухе. Учебно-методическое пособие. Минск. БГМУ - 2011г.С39.
13. Даценко 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.
14. Девятов А.В. Пути оптимизации портосистемного шунтирования у больных циррозом печени с портальной гипертензией. Автореф. док. мед. наук. Ташкент-1999.
15. Ерамишанцев А.К., Гордеев П.С., Ахмеджанов К.К. Диагностика и лечение острого холецистита при циррозе печени // Хирургия. - 1992. - № 1. - С. 15-17.
16. Заруцкая Н.В.,Бедин В.В.,Подолужный В.И. Хирургическое лечение больных желчнокаменной болезнью осложненной механической желтухой. // Сибирский медицинский журнал. №2. 2007. С.11-14.ф
17. Земляной А.Г., Малкова С.К. // Хирургия. - 1986. - № 3.- С. 22-26.
18. Иванов С.В., Охотников О.И., Голиков А.В., Бельченков А.В. Выбор миниинвазивного лечения холангиолитиаза, осложненного механической желтухой, у больных пожилого и старческого возраста. // Курский научно-практический вестник. 2010 № 3. С 92-96.
19. Истомин Н.П., Султанов С.А., Архипов А.А. Двухэтапная тактика лечения желчнокаменной болезни, осложненной холедохолитиазом // Хирургия. — 2005. — № 1. — С. 48-50.
20. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Рахманов С.У., Хасанов В.Р. Лечение осложнений чреспеченочных эндобилиарных вмешательств при механической желтухе, обусловленной периапулярными опухолями. // Анналы хирургической гепатологии. 2015. № 3. С 68-74.
21. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей-М.: Медицина, 1990.-239с.
22. Кошевский П.П., Алексеев С.А., Бовтюк Н.Я. Синдром системного воспалительного ответа и эндогенная интоксикация у пациентов с механической желтухой и холангитом неопухолового генеза // Медицинский журнал. 2012. № 4. С. 50-55.
23. Красильников Д.М., Салимзянов Ш.С., Абдулянов А.В., Миннулин М.М., Захарова А.Б. Диагностика и хирургическое лечение больных с синдромом механической желтухи. Креативна хирургия и онкология.С.118.
24. Маев И.В.,Самсонов А.А., Салова Л.М.и др. Диагностика и лечение заболеваний желчно-выделительных путей. Метод рекоменд. Москва. 2003.
25. Майоров М. М., Дряженков И. Г. Механическая желтуха калькулезной этиологии: патогенез, осложнения и лечебная тактика. Клиническая медицина. № 5, 2012. стр. 12-16.
26. Мальярчук В.И., Пауткин Ю.Ф. Хирургия доброкачественных заболеваний внепеченочных желчных протоков. Москва – 2002.
27. Мелконян Г.Г. // Улучшение результатов хирургического лечения больных с желчнокаменной болезнью и ее осложнениями. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Москва-2015.

28. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятков А.В. Современное 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.
29. Назыров Ф.Г., Акилов Х.А., Девятков 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.
30. Назыров Ф.Г., Илхамов Ф.А. Хирургическое лечение осложненного эхинококкоза печени // *Анналы хирургической гепатологии*. 1999. - Том 4. № 1. - С. 11-16.
31. Нидерле Хирургия внепеченочных желчных путей. Будапешт. - 1982. С.
32. Руководство по хирургии желчных путей / Под ред. Э.И. Гальперина, П.С. Ветшева. М.: Издательский дом Видар-М; 2006; 568 с.
33. Старостин С.А. Грыжесечение у больных с синдромом портальной гипертензии, осложненным резистентным асцитом. Мат. докл. науч.- прак. конф. Новосибирск. 1994. - С. 101-102.
34. Стяжкина С.Н., Гадельшина А.А., Ворончихина Е.М. Анализ актуального социально-экономического заболевания – механическая желтуха за 2015-2016 года // *Международный студенческий научный вестник*. 2017. № 2.
35. Тоскин К.Д., Жебровский В.В., Земляникин А.А. Симультантные операции - название и определение // *Вестник хирургии им. И.И. Грекова*. - 1991. - № 5-6. - С. 3-9.
36. Ульрих Лейшнер. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. Издательство ГЭОТАР-МЕД. Москва – 2001.
37. Ураков Ш.Т. Особенности лечебно-диагностической тактики у больных циррозом печени, сочетанным с абдоминальной хирургической патологией. Автореф. дисс. ... док. мед. наук. - Ташкент-2005.
38. Уроков Ш.Т., Абидов У.О. // Синдром механической желтухи. Бухара. 2020.
39. Уроков Ш.Т., Эшон О.Ш. // Абдоминал жаррохлик касалликларининг кечишида жигар функционал холатининг ахамияти. Бухоро – 2019 й.
40. Учайкин В. Ф., Чередниченко Т. В., Смирнов А. В. // Учайкин В. Ф. Инфекционная гепатология // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 67
41. Фомин А.М., Лобаков А.И., Титова Г.В., Захаров Ю.И. Оценка эффективности плазмасорбции (Liver Support) при печеночной недостаточности у больных с механической желтухой. Альманах клинической медицины. 2015. 40. стр 101-108.
42. Фомин А.М., Лобаков А.И., Титова И.Г., Захарова Ю.И. Оценка эффективности плазмасорбции при печеночной недостаточности у больных с механической желтухой. Альманах клинической медицины. 2015. 40. Стр. 101-108,
43. Халметов Б.Т. Хирургия портальной гипертензии в сочетании с гастродуоденальными язвами у больных циррозом печени. Дис. ... канд. мед. наук. - Ташкент. - 1995. - С. 32-33.
44. Цыганков В.Н., Ховалкин Р.Г., Варава А.Б. Использование катетера направленной атерэктомии TurboHawk для биопсии при чрескожной чреспеченочной холангиостомии. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2015. № 1. С 96-99.
45. Шерлок Ш, Дж. Дули. Заболевания печени и желчных путей. Москва. - ГЭОТАР – МЕД. - 2002. – 860 с.
46. Шерлок Ш, Дж. Дули. Заболевания печени и желчных путей. Москва. - ГЭОТАР – МЕД. - 1999.
47. Юджин Р.Шифф, Майкл Ф.Соррел, Уиллис С. Мэддрей. Болезни печени по Шиффу. Вирусные гепатиты и холестатические заболевания печени., 2010.,
48. Arancha G.V., Yreenle H.B. Yntra- abdominal surgery in patients with advanced cirrhosis. *Curr. Surg.* 1987, V. 44. N 6. P. 529-530.
49. Dunnington G. Natural History of cholelithiasis in patients with alcoholic cirrhosis. / *Ann.Surg.*, 1987, v.205(3), p.226-229.
50. Katrich A.N. Endoskopicheskaya pankreatobiliarnaya ultrasonografia metodika, klinicheskoe znachenie { Endoscopic biliopancreatic ultrasonography: method clinical significance}: dis. ... cand. med. sci. Krasnodar, 2008. P. 2. (In Russian).
51. McCherry C.K., Gleen F. The incidence and causes of death following surgery for nonmalignant biliary tract disease. *Ann.Surg.* 1990, v.191 (3), p.271-275.
52. Schwartz S.J. Biliary tract surgery and cirrhosis: a critical combination. *Surgery*, 1981, v.90, n.4, p.577-582.
53. Steinberg H.V., Becrett W., Chezmar J.L. Incidence of Cholelithiasis Among Patients with Cirrhosis and Portal Hypertension. / *Gastrointest. Radiolog.*, 1988, v.13, p.347-350.