УДК: 616.1-053.9+613.98

КЕКСА ЁШДАГИ АҲОЛИ ОРАСИДА ЎТ-ТОШ КАСАЛЛИГИНИ ТАРҚАЛИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ

Мамасолиев Н.С., Усмонов Х.К., Салахидинов С.З., Мамасолиев З.Н.
Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон, Андижон.

ХАРАКТЕРИСТИКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ЖЕЛЧЕКАМЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДИ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

Мамасолиев Н.С., Усмонов Х.К., Салахидинов С.З., Мамасолиев З.Н.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан, Андижан.

CHARACTERISTICS OF THE PREVALENCE OF CHOLELITHIASIS AMONG THE ELDERLY POPULATION

Mamasoliev N.S., Usmonov Kh.K., Salakhidinov S.Z., Mamasoliev Z.N.
Andijan State Medical Institute, Uzbekistan, Andijan.

Аннотация. *Мақолада ўт-тош касаллигини аҳоли орасида, хусусан, кексаларда кенг тарқалиши сабаблари тахлил қилинган. Ўт-тош касаллигини хатар омиллари, уларни барвақт аниқлаш, даволаш ва профилактикаси масалалари баён этилган. Бу соҳадаги нуқсонлар ва заифликлар кўрсатилган бир вақтда ечими йўллари шарҳланган. Превентив ва профилактик амалий ҳамда илмий йўналишларни исботлаб берилган.*
Калит сўзлар: *эпидемиология, ўт-тош касаллиги, хатар омиллари, профилактика, кекса ёшдаги аҳоли, превентив илмий ва амалий йўналишлар.*

Аннотация. *В статье анализируется широкий спектр проблем желчекаменной болезни среди населения, в частном порядке и у пожилых людей. Описаны риск развития желчекаменной болезни, подробное их лечение, вопросы лечения и профилактики. Одновременно объясняются недостатки и слабости в этой области. Обоснованы профилактические и профилактические практические и научные направления.*
Ключевые слова: *эпидемиология, желчекаменная болезнь, факторы риска, профилактика, пожилое население, профилактические научно-практические направления.*

Annotation. *The article analyzes the reasons for the prevalence of gallstone disease among the population, especially among the elderly. The risk factors of gallstone disease, their early detection, treatment and prevention are described. Defects and weaknesses in this area are pointed out while solutions are discussed. Preventive and prophylactic practical and scientific directions have been proven.*
Key words: *epidemiology, cholelithiasis, risk factors, prevention, elderly population, preventive scientific and practical directions.*

Ўт – тош тош касаллиги (ЎТК) хазм аъзолари тизимининг нисбатан кўп учрайдиган касалликлари қаторига киритилади. Айниқса унинг тарқалиш ва ёки учраши частотаси тобора ортиб бораётганлигини сақланиб қолаётганлиги тадқиқотларда қайд этилади. Чунончи, бундай тенденцияни саноати ривожланган мамлакатларда кўпроқ тезлашгани тасдиқланган. Европа ва АҚШнинг катта ёшдаги ахолиси орасида ЎТК 10-15% даражасида аниқланган ва юқори иқтисодий-харажат талаб касалликка айланган. Чунончи хозирги кунга келиб Фаргона водийси кекса ёшли (60-75 ёш) ахолисининг 6.8%-тида ўт-тош касаллиги аниқланди. Хусусан, кекса ёшдаги (60-75 ёш орасидаги) ахолида умумий популяцияга (60 ёшгача бўлган) қиёсан ЎТК тарқалиши даражасини 1,5 баробарга етиб ортганлиги тасдиқланган.

Мазкур тадкикот Фаргона вилоятида яшовчи 60-75 ёшли аҳоли орасида ўт-тош касаллигини ривожланишида мухим роль ўйнайдиган ҳавф омиллар берилган бўлиб, айнан шу ҳавф омилларга қарши кураш чоралари келтирилган. Ҳавф омилларни камайтириш йўли билан кекса ёшли ахоли орасида ўт-тош касаллигини профилактик хусусиятлари берилган.

Фарғона вилоятида ўт-тош касаллигининг ёш ва жинс бўйича тақсимланиши

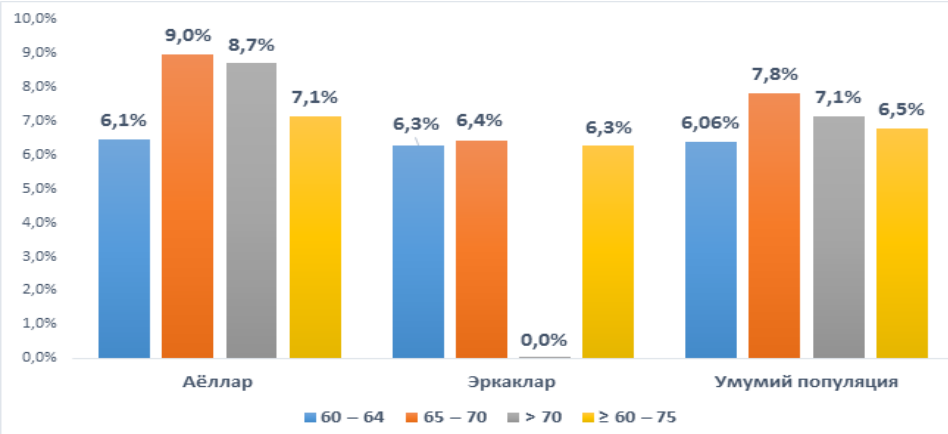
Жадвал-1

Геронтологик гурухнинг ёши, йиллар	Аёллар			P	Эркаклар			Умумий популяция		
	n	Ўт-тош касаллиги			n	Ўт-тош касаллиги		n	Ўт-тош касаллиги	
		Абс. сон	%			Абс. сон	%		Абс. сон	%
60 – 64	652	40	6,1%	<0.05	436	26	6,0%	1088	66	6,06%
65 – 70	212	19	9,0%		172	11	6,4%	384	30	7,8%
> 70	23	2	8,7%		5	0	0,0%	28	2	7,1%
≥ 60 – 75	887	61	7,0%		613	37	6,3%	1500	98	6,5%
OR:1,15; CI: [0,75 - 1,76]; Хи2:0,42; p-value>0,05										

Аёллар, эркакларга нисбатан 15% га кўпроқ ўт тош касаллигининг ривожланишига мойил эканлиги клиник асосланди [OR 1.15] , лекин ишонч интервали ва Фишернинг р қиймати ушбу натижани статистик аҳамияти йўқ эканлигини кўрсатди [CI 95% 0.75- 1.76; p >0,05].

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатдики, ўт-тошкасаллиги келиб чиқиш омилида популяциянинг яшаш шароити касалликнинг ривожланишига бевосита таъсир қилиши аниқланди (жадвал 1 ва расм-1).

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) берган маълумотларга кўра, барча мамлакатларда ахоли ўлими ва касалланиш кўрсаткичлари бўйича юқумли бўлмаган сурункали касалликлар (ЮБСК) пешқадамлик қилади [2019]. Ўзбекистонда, давлат статистика қўмитаси хабарига кўра, 2019 йилда вафот этган ахолининг 60,6% -да юрак-қон томир касалликлари (ЮҚК), 5,5%-да хазм аъзолари хасталиклари (ХАК), 4,2%-тида нафас аъзолари касалликлари, 1,4%-да юқумли ва паразитар касалликлари ва 12,1%-да бошқа касалликлар сабаб қилиб кўрсатилган.



2-расм. ўт-тош касаллигининг ёш ва жинс бўйича тақсимланиши.

Ўт – тош тош касаллиги (ЎТК) хазм аъзолари тизимининг нисбатан кўп учрайдиган касалликлари қаторига киритилади. Айниқса унинг тарқалиш ва / ёки учраши частотаси тобора ортиб бораётганлигини сақланиб қолаётганлиги тадқиқотларда қайд этилади. Чунончи, бундай тенденцияни саноати ривожланган мамлакатларда кўпроқ тезлашгани тасдиқланган. Европа ва АҚШнинг катта ёшдаги ахолиси орасида ЎТК 10-15% даражасида аниқланган ва юқори иқтисодий-харажат талаб касалликка айланган [1;2].

Афсус билан таъкидлаш лозим-ки, то хозиргача ЎТКни аксарият шифокорлар хирургия патологияси деб қабул қилишади, хирургия усуллари билан даволашга суъистемоллик кўрсатишади ёки ўт пуфагини олиб ташлаш йўналишини олтин стандарт даволаш усули деб хисоблашади [3;4;5].

Лекин ўт пуфагини олиб ташлаш муаммони хал этмайди. Хусусан, тахминан 40% беморларда холецистэктомиядан кейин ёки маълум муддат ўтиб, операцияга бевосита ёки билвосита боғлиқ холда, хазм тизими ишининг бузилишлари келиб чиқади, хатто-ки, операция натижасида муъаян касалликлар шиддатланиб авжланишади (ошқозон раки, жигар ва йўғон ичак раки кабилар атрофида шундай фикрлар билдирилган). Замоний илмий натижалар ЎТК хақидаги тасаввурларни ўзгартирди, чунончи устиворлик ушбу хасталикларнинг олди холатини ўрганишга ва унинг доклиник даврида фаол профилактика хамда даволаш амалиётини кучайтириш ёки превентив фаолиятни кучайтиришнинг илмий механизмларини ишлаб чиқишга қаратилган тадқиқотларни амалга ошириш эҳтиёж ва зарурият хисобланади. [6;7;8]. Бундай натижалар асосан эпидемиологик текширувларда аниқлик билан олинади ва улар ЎТКнинг тошолди босқичида, унинг келиб чиқиш хавфи юқори бўлган ахоли орасида ёки беморларда, превентив, терапевтик ва профилактик тактикаларни кучайтиришга асос бўлиб хизмат қилишади [9;10].

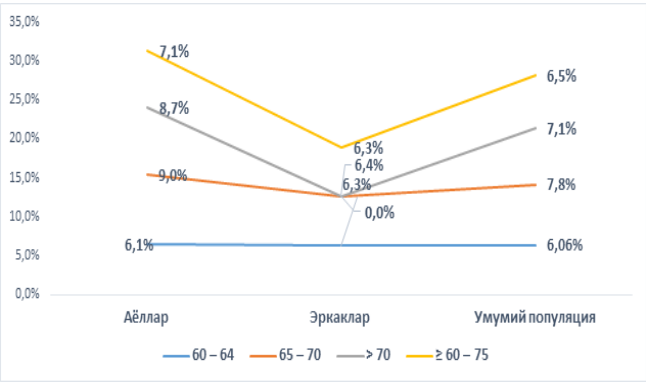
Манбалар таҳлили кўрсатидаки, ЎТК носелектив ахоли гурухларида деярли кам ўрганилган ва асосан уюшган ахолида, тиббий ёрдамга мурожаат қилувчилар орасида ЎТК тарқалиши тадқиқ этилмоқда. Оқибатда – то хозиргача ушбу касаллик тарқалиши даражасининг ҳақиқий кўрсаткичлари аксарият худуд ёки ахоли гуруҳларида аниқланмай қолаяпти ва, кечикиб ташхислаш хамда носамарали превентив тиббий ёрдам кўрсатиш яққол кўзга ташланмоқда [11;12]. Сабаби, бундай ёндошувда хасталикнинг яширин кечувчи ва ноифодали шакллари билан ахоли текширув ва тадқиқотчилар эътиборлари доирасига тушмай четда қоладилар. Охирги ўн йилларда ЎТК билан касалланишни бирдай ўсиб бораётганлиги шундай илмий йўналишларни етарлича эмаслигини кўрсатади. Адабиётлар маълумотлари бўйича, ўт-тош касаллигин ўсиб бориши билан бир вақтда мазкур хасталикнинг асоратланган шакллари билан беморларнинг сонини ҳам шиддатли ўсиб ўсиб бораётганлиги қайд этилмоқда. [13;14;15,16].

Хаджибаев Ф.А ва б.қ (2017) ЎТК асоратлари, хусусан Мирризи синдроми (МС) қийин кечувчи жарроҳия амалиётини талаб қилувчи ва ўлим суръатини юқорилигини таъминловчи оғир ўт йўли касалликларидан эканлигини кўрсатувчи натижаларни келтирадилар. Фикримизча, бу билан ёки маълумотлар орқали муаллифлар касалликнинг олди холатини барвақт аниқлаш мухимлигига (профилактика ва амалиётини кучайтиришга) ишорат қилиб муаммога ўтиш мухим муносабатларни билдиришган. Хусусан, ЎТК учун превентив илмий ва амалий фаолиятларни кучайтириш зарурияти, юқори хирургик технологияни жорий қилиб бориш билан биргаликда, аллақачон пайдо бўлганлигини тасдиқловчи маълумотларни қуйидагича кўрсатиб қтишган: Мириззи синдроми (“Йирингли холонгит+механик сариқлик+холецисто-билиар фистула-ХБФ”) ўт-тош касаллигини асоратиларидан бири хисобланади [17;18;19]. ХБФ тарқалиш частотаси 2,7 фоиздан то 5,0 фоизгача даражаларда тадқиқотчилар томонидан қайд этилади [17;20]; жарроҳлик амалиёти мураккаб асоратларни келтириб чиқариш ҳавфи

юқорилиги (бевосита) сабабли ва аксарият кўп аъзоли етишмовчилик синдроми ривожланиши туфайли ушбу касалликда ўлим даражаси 13,3 фоизгача етади [21] ва хорижий тадқиқотчилар кўрсатишича жарроҳлик амалиётидан кейингши узоқ муддатда ҳам кўпинча номақбул якун билан асоратланиши мумкин бўлган мураккаб реконструктив операциялар беморларнинг 7,5-20,8 фоизида зарур ёки мухтождир [22;23].

Таъкидлаш лозимки, тадқиқотларда бошқа юкумли бўлмаган сурункали касалликларга нисбатан айнан зикр этилган мазмундаги хулосалар ўз исботларини топган [24;25;26;27]. Аксинча, эпидемиологик текширувлар ташкил қилиниб носелектив ахоли популяциясида ЎТК хулоса қилинса кўрсатилиб ўтилган ноаниқликлар ва камчиликлар ўз-ўзидан бартарафланади. Демак, ҳар қандай эпидемиологик, превентив ва профилактик мазмунли текширувлар даврий ҳамда мунтазам равишда ЎТКга бағишланиб ўтказилиб турилса мақсадга мувофиқ бўлади, жумладан, Ўзбекистоннинг бир-биридан тафовутланиб ифодаланувчи иқлимий минтақаларида ҳам.

Лекин бундай тадқиқотлар охирги йилларда жуда кам, Ўзбекистон тимсолида тахлил қилинса, айниқса кекса ёшдаги ахоли популяциясда эса махсус ўтказилмаган. Шунинг учун ҳам ЎТК ўта кенг тарқалган касаллик бўлиб қолишда давом этмоқда, ўт пуфагида тош билан яшовчи аҳоли тахминан 10 фоизни (катта ёшдагиларда) ташкил қилади ва уни асоратланган турлари ҳам юқори даражадаги тарқалиш даражаси аниқланаётганлиги сақланиб қолмоқда. [28]. Литогенез тўлиқ тавсифланмаган ва моҳиятан олами жуда қийин [29], ЎТКни ижтимоий фаолликка ва ҳаёт тарзига кучли ифода этилган салбий таъсири шак-шубхасиз [30] ва олиб борувчи тарқалиш даражаси сақланиб қолмоқда. Бу, янги тадқиқотларнинг “ўзанини” ЎТК профилактикаси ва эпидемиологияси томон буриш зарурлигини исботловчи яна бир илмий чақириқдир дейилса асосли бўлади деб қйламиз. Бундай қарашлар замонавий тадқиқотларда яққол сезилади ва кўринади [31;32;33]. ЎТК табиий кечишининг замонавий ўзгаришлари (симптомларини ва асоратларини ривожланиш жараёнларини минтақавий хусусиятлари) ҳам превентив тафаккурлаш назарий ва амалий мухимлигини яққол кўрсатади ёки бундай ғояларни клиник жарроҳликга “таянч нуқталар” қилиб қўйишни тақозо этади (2-расм).



Расм 2. ЎТК табиий кечиши.

Маълумотлар оқими шуни тасдиқлайдики, ЎТК аҳоли гурухларида, яшаш жойларидан келиб чиқиб ва ёшга боғлиқ ҳолда, 5-15 фоиздан тортиб то 10-40 фоизга етиб тарқалиш билан ифодаланади [34]. Хусусан кекса ёшдаги (60-74 ёш орасидаги) аҳолида умумий популяцияга (60 ёшгача бўлган) қиёсан ЎТК тарқалиши даражасини 1,5 бараварлиги хорижий мамлакатларда тасдиқланган [35;36;37].

ЎТК эпидемиологиясига оид яна бир хулоса шуки, унга оид скринингли маълумотлар дунё миқёсида ва жумладан, Ўзбекистонда хам маълум даражада эскирган, табиий равишда амалий-илмий қимматини йўқота бошлаган. Лекин улар орқали ЎТКни барвақт аниқлаш ва “Жарроҳлик амалиёти иштирокисиз” профилактика қилиш ёки даволаш истиқболларини кўриш ва белгилаш мумкин деб хисоблаймиз.

XXI аср бошларида илмий тасдиғини топган умумий бир факт, бу, - ЎТКнинг тобора тарқалишини ва хаётий таҳдидли асоратларини кўпайиб бораётганлиги туфайли ушбу касалликни эрта бошланиш босқичида ташхислаш ва профилактика хамда даволаш тизимини яратиш хамда такомиллаштиришни ўта долзарб масала қилиб кўрсатилган. Европани 10-20% ахолиси, мазкур тизимни етарлича яратилмаганлиги сабаб бўлиб, ЎТКни “ўтиб кетган” босқичлари билан азоб чекадилар ёки хавф-хатарли бўлган жарроҳликга дуч келишади. Тахминан хар тўртинчи (60 ёшдан ошганлар) ва хар учинчи (70 ёшдан ошганлар) ахолида ўт тоши аниқланган [40;40;42].

Тадқиқотлардан кўринади-ки, ЎТК ва унинг асоратларидан бири бўлган ноалкоголли жигар ёғ касаллигига алоқадор бўлиб янги кардиоваскуляр ҳавф омиллари келиб чиқади, улар таъсирида геронтологик гуруҳга мансуб ахоли популяциясида шошилинч ва режали абдоминал жарроҳлик аралашувини ўсиб бораётганлиги қайд этилмоқда [38;39].

Дунё тажрибаси бўйича (Япония, АҚШ, Россия, Финляндия, Канада ва х.к.) бундай нохуш клиник вазиятлардан чиқишни асосий йўли ахолининг катта гуруҳларини қамраб олиб ўтказиладиган скрининг – эпидемиологик тадқиқотлардир. Скрининг асосида муҳофазаловчи тизим барпо этилади, стратегик ахамиятли профилактика дастурлари ишлаб чиқилади ва хозирга келиб ахоли орасида деярли йўқолиб бораётган соғлом турмуш тарзининг комплекс хаётий зарур элементлари ишлаб чикилади.

Фойдаланган адабиётлар:

1. Sandler R.S. Everhart J.E, Donowitz M. et al. The burden of selected digestive diseases in the United States// Gastroenterology.-2002. Vol.122- P.33-63.

2. Everhart J.E., Khare M., Hill M. et al. Prevalence and ethnic differences in gallbladder disease in the United States//Gastroenterology.-1999.Vol.117.-P.635.

3. Сапеин В.П., Юдин В.А, Сапеин И.В, Нупедихин А.В. и др. Операционные риски и их профилактика при лапароскопической холецистэктомии // Хирургия 6. -2015.-С.17-18.

4. Гудулин А.А., Некрасов А.Ю., Сергеев А.В., Безалтынных А.А. Оптимизация лечения больных острым холециститом // Эндоскопическая хирургия. -2014; 20: 1: 175

5. Sakpak SJ, Bindra SS, Chamberlain RS. Laparoscopic cholecystectomy conversion rates two decades later // JSHS. -2010; 20; 14: 478-481.

6. Игнатьева В.И., Авксентьева М.В., Омельяновский В.В., Деркач Е.В. Социально-экономическое время воспитательных заболеваний кишечника в Российский Федерации // Профилактическая медицина. -2020. -Т-23. -№2. -С. 19-23.

7. Petryszyn P.W., Witczak I. Costs in inflammatory bowed diseases //Pvz Gastroenterology. -2016; 11 (1): 7-12.

8. Burish J., Jess T., Martinato M., Lakatos Ph. The burden of inflammatory bowel diseases in Europe // J Crohns

Colia. -2013; 7 (4): 323-335ю

9. Лазебник Л.Б., Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. Пути решения и проблемы. // Терарх. -2005-№2. –С6.

10. Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь. –М. – Анахорсис. -2004. – С. -198-199.

11. Боццов С.А. Зачем опять надо менять порядок диспансеризации взрослого населения // VII международный конгресс специалистов по внутренним болезням. – Москва. – VI DOX. - 2018. – С. 20-22.

12. Ivashkin V.T., Shirokova E.H. Cholestasis mannal for doctors. – M.: SIMK. – 2012: C. 175

13. Ходжибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Хашимов М.А. Хирургическая тактика при желчнокаменная болезни, осложненной синдромом Мириззи // Узбекистон хирургияси. – 2017. - №2. – С. -38-40.

14. Алиджанов Ф.Б., Хашимов М.А., Ризаев К.С., Байназаров И.Х. Роль эндоскопической ретроградной панкреато-холангиографии в диагностике синдрома Мириззи обусловленной холецисто-билиарным свищом // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. -11 (3): 62-63.

15. Назыров Ф.Г., Хаджибаев А.М., Алтыев Б.К. Операции при повреждениях и стриктурах желчных протоков // Хирургия. – 2006; 4: 48-50.

16. Ревякин В.И. Диагностика и лечение синдрома Мириззи В. Кн: «50 лекции по хирургии» Media Medical/ -2003/ -С. 401-404.

17. Каримов Ш.И. Малоинвазивные вмешательства в лечении холедохолитиаза // Тез. Докл. VIII межд. Науч. Конф. Хирургов- гепатологов стран СНГ. Анналы хиругической гепатологии. -2000; 5 (2): 34.

18. Совельев В.С., Ревякин В.И. Синдром Мириззи, диагностика и лечение. М.: медицина. -2003. –С. 150-151.

19. Хаджибаев А.М., Алтиев Б.К., Хожибоев А.М., Алиев М.А. и др. Синдром Мириззи – диагностика и хирургическое лечение // Анналы хиругической гепатологии. -2006; 11 (3): 64.

20. Хаджибаев А.М., Алиджанов Ф.Б., Арипова Н.У. и др. Эндоскопические вмешательства в лечении резидуального и рецидивного холедохолитиаза // Хирургия. -2006; 12: 28.

21. Al-Akeely M.H., Alan M.K. et.al. Mirizzi syndrome and Cholecystobiliary fistula: a Unifying Classification // Br/ J/ Surg/ -1989; 76: 1140.

22. Johnson L.W., Sehon S.K., Lee W.C. Mirizis syndrome: Experience from o Multi-institutional Review // Am. Surg. - 2001. – 67 (1): 12-13.

23. csendes A., Diaz J.C., Burdiles P. et.al. Mirizzi syndrome and Cholecystobiliary fistula: a Unifying Classification // Brit. J. surg. – 1989; 76 (11): 1140-1141.

24. Бузин В.Н., Михайлова Ю.В., Чухриенко И.Ю., Бузина Т.С. и др. Российское здравоохранение глазами населения: динамика удовлетворенности за последние 14 лет (2006-2019): обзор социологические исследований // Профилактическая медицина. -2020. – Т. 23. - №3. - С. 42-46.

25. Поповин М.В., Маньшина А.В., Концевая А.В., Драпкина О.М. Корпоративные программы укрепления здоровья работников – обзор зарубежных публикаций // The Russian Journal of Preventive Medicine-2020. -Vol. 23. - no 3. -S. 156-157.

26. WHO. Prevention of chronic diseases: vitel. Geneva: WHO; 2013.

27. Pawlecki JB, Burton WN, Christensen CDO et al. FFOM, FACOEMACOEM Corporate Medical Directors Section Task Force. Role and Value of the Corporate Medical Director // Journal of Occupational and Environmental Medicine. -2018; 60(5): 216-224.

28. Алиев Ю.Г., Чиников М.А., Пантелеева И.С., Курбанов Ф.С и др. Результаты хирургического лечения желчнокаменной болезни из лапаротомного и миниинвазивных доступов // Хирургия 7. – 2014. –С. 21.

29. Вахрушев Я.М., Хохлачева Н.А., Горбунов А.Ю. Факторы, способствующие образованию желчных камней и их взаимодействие // Тер. Арх. – 2010; 1: 8-9.

30.Вахришев Я.М., Хохлачева Н.А., Горбунов А.Ю. Желчнокаменная болезнь (эпидемиология, ранняя диагностика, диспансеризация). – Ижевск; 2014: С. 131-135.

31. Идьченко А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей. Руководство для врачей. М.: МИА; 2011. – С. 779-884.

32. Хохлачева Н.А., Глазырина Н.Н. Клинико-патогенетическое обоснование лечения больных желчнокаменной болезнью I стадии пожилого возраста // Клиническая гастроэнтерология. -2017. – 11-12. – С. 16-21

33. Ивашкин В.Т. ва бошқалардан "Хронический панкреатит, стеатоз поджелудочной железы и стеатопанкреатит" -2014. С. 40-55

34. Aminov IKh, Churkin MV, Podoluzhny VI, Krasnov KA. Infuence of the type of sedation and risk factors on the development of acute pancreatitis after endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Medicine in Kuzbass. 2014; (3): 21. Russian (Аминов И.Х., Чуркин М.В., Подолужный В.И., Краснов К.А. Влияние вида премедикации и факторов риска на развитие острого панкреатита после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии //Медицина в Кузбассе. 2014. № 3. С. 21)

35. Beburishvili AG, Bykov AV, Zyubina EN, Burchuladze NS. Evolution of approaches to surgical treatment of the complicated cholecystitis. Surgery. Journal named after N.I. Pirogov. 2005; (1): 43-47. Russian (Бебуришвили А. Г., Быков А. В., Зюбина Е. Н. и др. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита //Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2005. № . 1. С. 43-47)

36. Vinnik YuS, Davydov AV, Pakhomova RA, Kochetova LV, Gulman MI, Solovyeva NS et al. Prevention of complication after EPST. Kuban Scientific Medical Bulletin. 2013; 3(138): 31-33. Russian (Винник Ю.С., Давыдов А.В., Пахомова Р.А., Кочетова Л.В., Гульман М.И., Соловьева Н.С. и др. Профилактика осложнений после ЭПСТ //Кубанский научный медицинский вестник. 2013. № 3(138). 31-33)

37. Gormatina OYu. Modern methods of non-invasive imaging of the biliary tract. Clinical and Experimental Pathology. 2014; 13(2): 199-204. Russian (Горматина О.Ю. Современные методы неинвазивной визуализации желчевыводящих путей //Клінічна та експеременталь на патологія. 2014. Т. 13, № 2. 199-204)

38. Gorokhov AV. The role of magnetic and resonance hydropressive cholangiopancreatography in section of treatment techniques for patients with strictures of extrahepatic bile ducts. Bulletin of New Medical Technologies. 2011; (2): 338-341. Russian (Горохов А.В. Роль гидропрессивной магнитно-

39. Шулутко А.М., Данилов А.И., Чантурия М.О. с соавт. Минилапаротомия с элементами открытой лапароскопии в хирур-гическом лечении острого калькулезного холецистита//Эндо-скопическая хирургия.–1999.-№4.-С.31-35.