

han, China [published correction appears in Lancet. 2020 Jan 30]. Lancet. 2020;395:497-506.

Nuer Rachel. Useful eaters." What will happen to us if all the viruses disappear? <https://www.bbc.com/russian/vert-fut-53180768>, 2020.

Rodríguez M. D., Romera A. J., Villarreal M. Oral manifestations associated with COVID-19 // Oral Dis. – 2020. – Aug 17 : 10.1111/odi.13555.

Sinadinós A., Shelswell J Oral ulceration and blistering in patients with COVID-19 // Oral Dis 2020; DOI:10.1111/odi.13382.

Song Cong-Ying; Jia Xu; Jian-Qin He; Yuan-Qiang Lu Immune dysfunction following COVID-19, especially in severe patients // Scientific Reports (IF 3.998) Pub Date : 2020-09-28 , DOI: 10.1038/s41598-020-72718-9

Suttle, C.A. 2013. Viruses: unlocking the greatest biodiversity on Earth. Genome 56:542-544; doi: 10.1139/gen-2013-0152

Thompson RN, Cunniffe NJ. The probability of detection of SARS-CoV-2 in saliva. Stat Methods Med Res. 2020;29:1049-1050.

To KK, Tsang OT, Chik-Yan Yip C, et al. Consistent detection of 2019 novel coronavirus in saliva. Clin Infect Dis. 2020;71:841-843.

Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020;323:1061-1069.

Wang-Huei Sheng; Wang-Da Liu; Jann-Tay Wang; Su-Yuan Chang; Shan-Chwen Chang. Dysosmia and dysgeusia in patients with COVID-19 in northern Taiwan // Journal of the Formosan Medical Association (IF 3.008).- 2020- 10-20: DOI:10.1016/j.jfma.2020.10.003

Wang-Huei Sheng; Wang-Da Liu; Jann-Tay Wang; Su-Yuan Chang; Shan-Chwen Chang Xu R, Cui B, Duan X, Zhang P, Zhou X, Yuan Q. Saliva: potential diagnostic value and transmission of 2019-nCoV // Int J Oral Sci. 2020;12:11.

Wu Zeng-hong; Dongliang Yang. A meta-analysis of the impact of COVID-19 on liver dysfunction // European Journal of Medical Research (IF 1.826) Pub Date: 2020-11-04, DOI: 10.1186/s40001-020-00454-x

Wyllie AL, Fournier J, Casanovas-Massana A., et al. Saliva is more sensitive for SARS-CoV-2 detection in COVID-19 patients than nasopharyngeal swabs. MedRxiv. Available at: <https://doi.org/10.1101/2020.04.16.20067835>.

Yuki Kasuga; Koji Nishimura; Hidetoshi Go; Kimitaka Nakazaki et al. Severe olfactory and gustatory dysfunctions in a Japanese pediatric patient with coronavirus disease (COVID-19) // Journal of Infection and Chemotherapy (IF 1.722) Pub Date : 2020-09-30, DOI: 10.1016/j.jiac.2020.09.030

Zarch R.E., Hosseinzadeh P. COVID-19 from the perspective of dentists: A case report and brief review of more than 170 cases: Oral manifestations of COVID-19 // doi:10.1111/dth.14717

Белопасов В.В., Яшу Я., Самойлова Е.М., Ба-клаушев В.П. Поражение нервной системы при COVID-19 // Клиническая практика. 2020;11(2): 60–80. doi: 10.17816/clinpract34851

Conway D.I., Culshaw S. I., Edwards M., Clark C., Watling C., Robertson C., Braid R., O'Keefe E., McGoldrick N., Burns J., Provan S., VanSteenhouse H., Hay J., Gunson R. SARS-CoV-2 positivity in asymptomatic-screened dental patients // Dental COVID-19 Surveillance Survey Group.

УДК: 616.36-008.5:613.161-08

ОБОСНОВАНИЕ ДВУХЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

О.Р. Тешаев, Р.М. Мадаминов, Б.Т. Гафуров, Н.Ш. Худайберганава, М.У. Исмаилов

Ташкентская медицинская академия Ректор д.м.н. профессор А. К. Шодмонов

РЕЗЮМЕ

В хирургических отделениях городской клинической больницы № 1 г. Ташкента был проведен ретроспективный анализ результатов обследования и хирургического лечения 124 больных с механической желтухой за период с 2015 по 2019 годы. Возраст больных варьировался от 19 до 80 лет.

Уровень сывороточного билирубина у 59 (47,4%) больных составил до 100 ммоль/л, у 48 (39,5%) – от 101 до 200 ммоль/л, у 13 (10,0%) – от 201 до 300 ммоль/л и у 4 (3,1%) – более 300 ммоль/л.

Степень холангиоэктазии у обследованных была разной выраженности. У 50 (40,1%) пациен-

тов диаметр холедоха был до 1 см в диаметре, у 60 (48,9%) – от 1,1 до 1,5 см, 9 (7,1%) – от 1,6 до 2 см и у 5 (3,9%) – более 2 см.

Среди причин возникновения механической желтухи на первом месте – холедохолитиаз у 96 (77,4%) больных, из них у 28 (22,6%) в анамнезе холецистэктомия; на втором месте – стенозы большого дуоденального соска (БДС) у 16 (12,9%); на третьем – рак поджелудочной железы или внепеченочных желчных протоков, они наблюдаются у 13 (10,4%) больных. При лечении больных с механической желтухой придерживались двухэтапной тактики.

Первый этап. Ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ+ЭПСТ) выполняли 111 (89,5%) больным из 124. В результате чего были выявлены конкременты в просвете холедоха, им произвели папиллосфектотомию, 28 (22,6%) больным из этой группы (у которых в анамнезе холецистэктомия) дальнейшая операция не потребовалась. **На втором этапе** из 111 больных 36(43,4%) пациентам произвели лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), в течение 48 часов. 18 (21,6%) пациентам была произведена холецистэктомия из правостороннего минилапаротомного межмышечного доступа в области правого подреберья. 8(9,6%) больных с острым калькулезным холециститом в сочетании с холедохолитиазом и механической желтухой были оперированы из срединного лапаротомного доступа (холецистэктомию, холедохолитотомия, санация холедоха). Операцию завершали дренированием холедоха Вишневскому 2, Пиковскому 2 и по Керу 4.

8 (9,6%) больным была проведена холецистэктомия, в сочетании с холедоходуоденоанастомозом (ХДА) по Флеркину, холецистое юно анастомозом межкишечным анастомозом по Брауну в 8(9,6%) случаях.

5 (6,2%) больным произведена после холедохолитотомия, на холедох наложен первичный шов и холедох дренирование по Пиковскому.

послеоперационном периоде выявлены осложнения у 8 (6,4%) больных, из них общий хирургический у 3 (2,4%), несостоятельность швов анастомоза у 5 (4%). Производилось консервативное лечение с эффектом.

Важно отметить, что двухэтапная тактика лечения способствовала улучшению показателей метаболизма, что уменьшало послеоперационные осложнения и летальность.

Ключевые слова: механическая желтуха, хирургическая тактика, ЭРХПГ, холедохолитиаз, большого дуоденального сосочка (БДС), магнитно-резонансной холангиопанкреатография, ЭРХПГ, ЭПСТ.

ХУЛОСА

Тошкент шаҳридаги 1-сонли шаҳар клиник шифонасининг жаррохлик бўлимларида 2015 йилдан 2019 йилгача механик сариклик билан оғриган 124 нафар беморни текширув ва жаррохлик даволаш натижаларининг ретроспектив тахлили ўтказилди. Беморларнинг ёши 19 дан 80 ёшгача эди.

Беморларнинг 59 тасида (47,58 %) қон зардобидеги билирубин миқдори 100 ммоль/л гача, 48 тасида (38,7 %) -101 дан 200 ммоль/ л гача, 13 тасида (10,49 %) -201-300 ммоль/л гача ва 4 тасида (3,23%) -300 ммоль /л дан ортиқ.

Теширилган беморларда холангиоэктазия даражаси турлича ифода этган. 50 та (40,3%) беморда холедохнинг диаметри 1 см гача, 60 тасида (48,38%) -1,1 дан 1,5 см гача, 9 тасида (7,25 %) -1,6 дан 2 см гача ва беморларнинг 5 тасида эса (4%) -2 см дан ортиқ. Механик сарикликнинг сабаблари орасида биринчи ўринда –холедохолитиаз 96 та (77,4%) беморда кузатилиб, улардан 28 таси (22,6%) анамнезида холецистэктомия ўтказган, иккинчи ўринда –катта дуоденал сўргич стенози (КДС) 16 та (12,9%) беморда, учинчи ўринда меъда ости беги ёки жигардан ташқари ўт йўллари раки бўлиб 13 та (10,4%) беморда кузатилди. Механик сариклик билан оғриган беморларда даволашнинг икки босқичли тактикасига риоя қилинди.

Биринчи босқич. Ретроград холангиопанкреатография (ЭРХПГ+ЭПСТ) 124 та беморнинг 111 тасида (89,5%) ўтказилди. Натijasида умумий ўт йўли бўйлигида конкрементлар аниқланиб, уларда папиллосфинктеротомия амалиёти бажарилди, ушбу гуруҳнинг 28 нафар (22,6%) беморига (ай-рим беморларнинг анамнезида холецистэктомия мавжуд) кейинчалик оператив амалиёт талаб этилмади.

Иккинчи босқичда. 111 та бемор 36 (43,4 %) тасида 48 соатда лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) амалга оширилган. 18 та (21,6%) беморда ўнг қовургалар ёши ости соҳасидан мушаклараро минилапаратом кесма билан холецистэктомия амалиёти бажарилди. Ўтқир тошли холециститнинг холедохолитиаз ва механик сариклик билан биргаликда кечаётган 8 та (9,6%) бемор ўрта лапаратомик кесма билан (холецистэктомия, холедохолитотомия, холедохнинг санацияси) амалиётлари бажарилди. Оператив амалиёт холедохнинг Вишневский бўйича 2 та, Пиковский бўйича 2 та ва Кер бўйича 4 нафар беморда найчалаш билан якунланди.

8 нафар (9,6%) беморга холцистэктомия Флеркин бўйича холедоходуоденоанастомоз (ХДА) қўйиш билан биргаликда амалга оширилди, яна 8 нафарига (8,96%) эса холецистоеюноанастомоз ичкалараро Браун бўйича анастомоз қўйиш билан якунланди.

5 та (6,2%) беморда холедохолитотомия амалиёти бажарилиб, холедохга бирламчи чок қўйилди ва холедох Пиковский усулида найчаланди.

Операциядан кейинги даврда 8 нафар (6,4%) беморда асоратлар аниқланди, улардан умумий жар-рохлик асоратлари 3 та (2,4%) беморда, анастомоз чокларининг етишмовчилиги 5 нафар (4%) беморда кузатилди. Консерватив даво муолажалари эффек-тли бажарилди.

Шуни таъкидлаш керакки, икки босқичли даволаш тактикаси натижасига кўра метаболизм кўрсаткичлари яхшиланди, бу эса операциядан кейинги асоратларни ва леталликни пасайишига олиб келди.

Асосий калит сўзлар: механик сариқлик, жар-роҳлик тактикаси, ЭРПХГ, ЭПСТ, холедохолитиаз, катта дуоденал сургич (КДС), магнит-резонансли холангиопанкреатография.

ABSTRACT

In the surgical departments of the city clinical hospital No. 1 in Tashkent, a retrospective analysis of the results of examination and surgical treatment of 124 patients with obstructive jaundice for the period from 2015 to 2019 was carried out. The age of the patients ranged from 19 to 80 years.

The serum bilirubin level in 59 (47,4%) patients was up to 100 mmol / L, in 48 (39,5%) - from 101 to 200 mmol / L, in 13 (10%) - from 201 to 300 mmol / L and in 4 (3.1%) - more than 300 mmol / L.

The degree of cholangiectasia in the examined patients was of different severity. In 50 (40.1%) patients, the diameter of the common bile duct was up to 1 cm in diameter, in 60 (48,9%) - from 1.1 to 1.5 cm, 9 (7.1%) - from 1.6 to 2 cm and in 5 (3.9%) - more than 2 cm.

Among the causes of obstructive jaundice in the first place - choledocholithiasis in 96 (77,4%) patients, of which 28 (22,6%) have a history of cholecystectomy; in second place - stenosis of the greater duodenal papilla (BDS) in 16 (12,9%); on the third - cancer of the pancreas or extrahepatic bile ducts, they are observed in 13 (10,4%) patients. When treating patients with obstructive jaundice, a two-stage tactic was followed.

First step. Retrograde cholangiopancreatography (ERCP + EPST) was performed in 111 (89.5%) patients out of 124. As a result, concretions in the lumen of the common bile duct were identified, they underwent papillospectrotomy, 28 (22,6%) patients from this group (who had a history of cholecystectomy) no further operation was required.

At the second stage, 36 (43,4%) patients out of 111 patients underwent laparoscopic cholecystomy (LCE) within 48 hours. 18 (21,6%) patients underwent cholecystectomy from the right-sided minilaparotomic intermuscular access in the right hypochondrium. Eight (9,6%) patients with acute calculous cholecystitis in combination with choledocholithiasis and obstructive jaundice were operated on from the midline laparotomic approach (cholecystectomy, choledocholithotomy, debridement of the choledoch). The operation was completed with drainage of the common bile duct along Vishnevsky 2, Pikovsky 2 and Keru 4.

Eight (9.6%) patients underwent cholecystectomy in combination with Flerkin's choledochoduodenoanastomosis (CDA), Brown's cholecystojejunostomosis and Brown's interintestinal anastomosis in 8 (9,6%) cases. 5 (6.2%) patients underwent postholdochalitotomy, a primary suture

and choledochondralisation according to Pikovsky were applied to the common bile duct.

In the postoperative period, complications were revealed in 8 (6,4%) patients, of which general surgical complications in 3 (2,4%), and anastomotic suture failure in 5 (4%). Conservative treatment was performed with an effect. It is important to note that the two-stage treatment tactics improved metabolic parameters, which reduced postoperative complications and mortality.

Key words: obstructive jaundice, surgical tactics, ERPHG, choledocholithiasis, large duodenal papilla (OBD), magnetic resonance cholangiopancreatography, ERPHG, EPST.

Актуальность. Техническая ошибка или же минутная невнимательность хирурга могут нанести больному такой вред, который устранить не удастся до конца его жизни. Однако большинство просчетов можно предотвратить, если тщательно соблюдать ряд технических и тактических правил.

современной литературе противоречивы мнения авторов в отношении одно- и двухэтапной тактики лечения механической желтухи.

Одни считают, что при оценке отдаленных результатов между двухэтапной и одноэтапной тактикой лечение разницы нет.

На первичном этапе проводится эндоскопическая декомпрессия билиарной системы (папиллосфинктеротомией (ЭПСТ), литоэкстракцией), на втором этапе - лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) [2,3,4].

Другие, высказывают преимущества одноэтапного метода хирургического лечения, указывая на значительно меньшие сроки пребывания больного стационаре, меньшее число осложнений, характерных для двухэтапного метода [1,4].

Таким образом, несмотря на большое количество материалов и публикаций посвященной механической желтухе, всё еще остается актуальным и нерешенным целый ряд вопросов. Они связаны как с подбором рациональной диагностической программы в дооперационном периоде, так и с тактикой лечения, а также объемом оперативных вмешательств в зависимости от тяжести механической желтухи.

Цель: улучшить результаты хирургического лечения больных с механической желтухой различной этиологии, путем применения двухэтапной тактики.

Материалы и методы. В хирургических отделениях городской клинической больницы № 1 г. Ташкента был проведен ретроспективный анализ результатов обследования и хирургического лечения 124 больных с механической желтухой за период с 2015 по 2019 годы. Возраст больных варьировался от 19 до 80 лет.

Таблица 1. Причины возникновения механической желтухи

Распределение больных с механической желтухой по причине патологии:	n	%
Острый холецистит, холедохолитиаз	67	54,0
ПХЭС, холедохолитиаз	28	22,6
Стеноз БДС	16	13,0
Опухоль:	13	
поджелудочной железы	2	
фатерова соска (БДС)	7	10,4
желчного пузыря	4	
Итого	124	100,0

Таблица 2 Общая структура вариантов хирургической коррекции у всех больных

Операции:	n	%
Эффективное ЭПСТ	111(124)	89,5
Лапароскопическая холецистэктомия	36 (83)	43,4
Холецистэктомия (минилапаротомия межмышечным доступом в области правого подреберья)	18 (83)	21,6
Лапаротомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу(4), Пиковскому(2), Вишневскому(2)	8 (83)	9,6
Лапаротомия, холедоходуоденоанастомоз (ХДА) по Флеркину, Холецистоеюно анастомоз межкишечным	8 (83)	9,6
анастомозом по Брауну		
Холедохолитотомия (первичный шов на холедоха), дренирование холедоха по Пиковскому	5(83)	6,2

Среди обследованных больных мужчин было 51 (41,13%), женщин – 73 (58,87%). Учитывая характер желтухи, при обследовании больных применяли комплекс диагностических методов (клинические, лабораторные и аппаратно-инструментальные методы). При дооперационном комплексном обследовании больных дополнительно использовали УЗИ брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию (ФГДС); эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) рентгеновскую компьютерную томографию (РКТ) с ретроградным контрастированием желчных протоков (по показаниям).

Результаты и обсуждение. Все больные были госпитализированы на начальной стадии заболевания, с жалобами на желтуху. У них наблюдались ухудшение общего самочувствия, боли правом подреберье и эпигастральной области. По длительности догоспитального периода заболевания больных разделили на 4 группы, чтобы понять динамику заболевания и состояние паци-

ента. Так у 25 (20,1%) пациентов длительность желтухи была до 24 часов, у 36 (29,03%) – от 1 до 3 суток, у 47 (37,0%) – от 3 суток до 3 недель и у 16 (12,6%) – более 3 недель. Уровень сывороточного билирубина у 59 (47,4%) больных составил до 100 ммоль/л, у 48 (39,5%) – от 101 до 200 ммоль/л, у 13 (10,0%) – от 201 до 300 ммоль/л и у 4 (3,1%) – более 300 ммоль/л.

Степень диаметра холедоха у обследованных была разной выраженности. У 50 (40,1%) больных диаметр холедоха был до 1см, у 60 (48,9%) – от 1,1 до 1,5 см, 9 (7,1%) – от 1,6 до 2 см и у 5 (3,9%) – более 2 см.

Из таблицы № 1. Видно, что причины механической желтухи у 80,6% больных с патологией желчевыводящих путей, при этом у 26,6% в анамнезе холецистэктомия. Стеноз большого дуоденального сосочка у 13%, опухоли панкреатодуоденальной зоны у 10,3% (поджелудочной железы 2; фатерова соска (БДС) 7; желчного пузыря у 4 больных). 7 (5,5%) больных были переведены из инфекционного отделения, с диагностированной механической желтухой, после исключения вирусного гепатита. Это явилось причиной несвоевременного устранения причины желтухи и ухудшения состояния больных.

При лечении больных с механической желтухой придерживались двухэтапной тактики лечения в зависимости от причины, длительности, интенсивности и скорости нарастания гипербилирубинемии.

Первый этап. Ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ) выполняли 111 (89,5%) больным из 124. В результате чего были выявлены конкременты в просвете холедоха, им произвели папиллосфинктеротомию, 28 (22,6%) больным из этой группы (у которых в анамнезе холецистэктомия) дальнейшая операция не потребовалась.

На втором этапе из 111 больных, 36 (43,4%) пациентам произвели лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), в течение 48 часов.

18 (21,6%) пациентам была произведена холецистэктомия из правостороннего минилапаротомного межмышечного доступа в области правого подреберья. 8 (9,6%) больных с острым калькулезным холециститом в сочетании с холедохолитиазом и механической желтухой были оперированы из срединного лапаротомного доступа (холецистэктомия, холедохолитотомия, санация холедоха). Операцию завершали дренированием холедоха по Вишневскому 2, Пиковскому 2 и по Керу 4. 8 (9,6%) больным была проведена холецистэктомия, в сочетании с холедоходуоденоанастомозом (ХДА) по Флеркину, холецистоеюноанастомозом межкишечным анастомозом по Брауну в

8 (9,6%) случаях. 5 (6,2%) больным произведена после холедохолитотомии, на холедомах наложен первичный шов и холедохи дренированы по Пиковскому.

В послеоперационном периоде выявлены осложнения у 8 (6,4%) больных, из них общий хирургический у 3 (2,4%), несостоятельность швов анастомоза у 5 (4%). Производилось консервативное лечение с эффектом.

Важно отметить, что двухэтапная тактика лечения способствовала улучшению показателей метаболизма, что уменьшало послеоперационные осложнения и летальности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, улучшение результатов хирургического лечения механической желтухи, несомненно, связано со сроком поступления

больных с момента заболевания, от своевременной коррекции метаболических изменений в организме, связанных с механической желтухой, и сопутствующих патологий и дальнейшим развитием малоинвазивных вмешательств. Важно отметить, что двухэтапная тактика лечения способствует улучшению показателей метаболизма, что уменьшает послеоперационные осложнения и летальность. Механическая желтуха – сложная и многоплановая проблема, часто включающая комбинацию изменений внепеченочных желчных протоков и большого дуоденального сосочка. Диагностическая программа и лечебная тактика не могут быть однотипными и зависят от сроков заболевания, характера изменений желчных протоков, степени желчной гипертензии, выраженности билирубинемии, общего состояния больного и некоторых других причин.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

Алиджанов Ф. Б., Хожжибаев А. М., Баймуратов Ш. Э. *Тактические подходы к лечению деструктивного холецистита с применением малоинвазивных технологий: научное издание* // Вестник экстренной медицины: Научно-практический журнал / Ассоциация врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. - Ташкент: Издательский дом «Ozbekiston». - 2011. - N 2. - С. 8-11.

Alidzhanov F. B., Hozhibayev A. M., Bajmuradov Sh. E. *Takticheskie podhody k lecheniyu destruktivnogo holecistita s primeneniem maloinvazivnyh tekhnologij: nauchnoe izdanie* // Vestnik ekstremnoj mediciny: Nauchno-prakticheskij zhurnal / Associaciya vrachej ekstremnoj medicinskoj pomoshchi Uzbekistana. - Tashkent: Izdatel'skij dom «Ozbekiston». - 2011. - N 2. - С. 8-11

Брискин Б.С., Брюнин А.В., Гудков А.Н. *Сравнительная оценка малоинвазивных операций при желчнокаменной болезни и ее осложнениях. Третий конгресс ассоциации хирургов М 2001; С. 67- 68/2.*

Briskin B.S., Bryunin A.B., Gudkov A.N. *Sravnitel'naya ocenka maloinvazivnyh operacij pri zhelchnokamennoj bolezni i ee oslozhneniyah. Tretij kongress associacii hirurgov M. 2001; S. 67-68*

Дмитриев А. В., Машкин А. М., Хойрыш А. А. [и др.] *Эффективность эндоскопического лечения острой блокады большого дуоденального сосочка* // Медицинская наука и образование Урала. – 2012. – Т. 13,

№ 1. – С. 130–131. Dmitriev A. V., Mashkin A. M., Hojrysh A. A. [i dr.] *Effektivnost' endoskopicheskogo lecheniya ostroj blokady bol'shogo duodenal'nogo sosochka* // Medicinskaya nauka i obrazovanie Urala. – 2012. – Т. 13, № 1. – С. 130–131

Маликов Ю. Р. [и др.] *Результаты лапароскопии при хирургическом лечении острого калькулезного холецистита: Материалы XXII Республиканской научно-практической конференции «Вахидовские чтения-2017» «Но-вое в хирургии» (10 ноября 2017 г. г. Нукус)* / Ю. Р. Маликов [и др.] // Хирургия Узбекистана. - Ташкент, 2017. - Том 75 N3. - С. 30-31.

Malikov Yu. R. [i dr.] *Rezultaty laparoskopii pri hirurgicheskom lechenii ostrogo kal'kuleznogo holecistita: Materialy XXII Respublikanskoj nauchno-prakticheskoy konferencii «Vahidovskie chteniya-2017» «Novoe v hirurgii» (10 noyabrya 2017 g. g. Nukus)* / Yu. R. Malikov [i dr.] // Hirurgiya Uzbekistana. - Tashkent, 2017. - Tom 75 N3. - С. 30-31

Федоров В. Э. *Индивидуализация тактики ведения больных механической желтухой при остром калькулезном холецистите* / Федоров В. Э., Гусев К. А. / *Фундаментальные исследования*. – 2015. – № 1. – С. 618–622.

Fedorov V. E. *Individualizaciya taktiki vedeniya bol'nyh mekhanicheskoy zheltuhoj pri ostrom kal'kuleznom holecistite* / Fedorov V. E., Gusev K. A. / *Fundamental'nye issledovaniya*. – 2015. – № 1. – С. 618–622.