

НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

**ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

№ 3-4, 2022 (99-100)

ISSN 2091-5969

**ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ
ВА РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИК
ЯНГИЛИКЛАРИ**

Марказий Осиё илмий-амалий журнали

**THE NEWS
OF DERMATOVENEROLOGY
AND REPRODUCTION HEALTH**

Central Asian Scientific and Practical Journal



Оригинальные статьи

КОМОРБИДНЫЕ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА
У.Ю. Сабиров, А.А. Якубов, С.С. Арифов.....4

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ
И.А. Ваисов, Ш.А. Юсупова, С.А. Юлдашева.....7

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ
ОНИХОМИКОЗОВ
А.Б. Рахматов.....10

ЗНАЧЕНИЕ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ В
КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА
*А.Б. Рахматов, Н.Д. Икрамова,
Ю.А. Алимухамедова.....13*

АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ И СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТЫЙ РИСК
А.К. Насырова, Д.К. Нажмутдинова.....16

МИКРООКРУЖЕНИЕ ОПУХОЛИ И МОЛЕКУЛЯРНО-
БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДТИПЫ РАКА МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ
М.Н. Тилляшайхов, А.Ж. Каххаров.....18

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ
И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ С
МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ
Н.Т. Абдукаримова.....20

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ
В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
А.Р. Рузиев.....23

КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С
ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ
С.Н. Эгамова, А.Х. Каримов.....25

АССОЦИАЦИЯ HLA-DRB1, DQA1 И DQB1 С
БЕСПЛОДИЕМ РЕПРОДУКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ УЗБЕКИСТАНА
Н.И. Хикматова, Ж.Е. Пахомова.....28

ВЛИЯНИЕ ДИСБАЛАНСА ЦИТОКИНОВ
СЫВОРОТКИ КРОВИ ЖЕНЩИН НА РАЗВИТИЕ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Л.В. Саркисова.....31

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ
НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН В
РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН
*Д.К. Нажмутдинова, Г.Т. Джураева,
А.М. Садуллаева.....33*

TUG‘RUQDAN SO‘NG ATONIK QON KETISHIGA
YUQORI XAVFLI HOMILADORLARNING SITOKIN
PROFILINI TAQQOSLASH
О.У. Поюнгов, I.S. Salomova, N.N. Karimova.....36

COVID-19 GA CHALINGAN HOMILADOR
AYOLLARDA FETOPLASENTAR DISFUNKSIYASI
DAVOSI VA PROFILAKTIKASIGA YANGICHA
YONDASHUV
Z.B. Xolova., D.A. Xurmatova, F.I. Shukurov.....38

ДИАГНОСТИКА ТЕСТЛАРИНИ
КОМБИНАЦИЯСИНИ ҚЎЛЛАШ ОРҚАЛИ
ЗАХМНИНГ ДИАГНОСТИКАСИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ
А.Ш. Иноятгов, Д.Ф. Порсохонова, Х.Р. Халидова.....40

Обмен опытом

ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ
БОЛЬНЫХ ТРИХОФИТИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ
ИММУНОМОДУЛЯТОРА РАГОСИН
О.С. Имамов, И.Н. Абдувахитова.....44

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И
РОДОВ У ПАЦИЕНТОК НА
ФОНЕ ЭНДОМЕТРИОЗА
*Д.Д. Саиджалилова, Н.Х. Мадолимова,
Д.Н. Ходжаева, Д.А. Аюпова.....48*

АНАЛИЗ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ
МИКРООКРУЖЕНИЕМ ОПУХОЛИ И СТЕПЕНЬЮ
ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ
М.Н. Тилляшайхов, А.Ж. Каххаров.....50

КАРДИОПРОТЕКЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Н.Э. Абдуллаева.....52

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СПАЕЧНОГО
ПРОЦЕССА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
*У.Х. Солиева, Д.Д. Саиджалилова, Д.Н. Ходжаева,
Д.А. Аюпова.....54*

АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ
МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ПОДТИПОВ
РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
М.Н. Тилляшайхов, А.Ж. Каххаров.....58

ЛУЧЕВЫЕ РЕАКЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ
РАДИОТЕРАПИИ РАКА ВУЛЬВЫ
Д.Ш. Полатова, В.С. Наврузова.....60

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ
ТОМОГРАФИИ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ
ИЗМЕНЕНИЯХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ
СУСТАВОВ
Г.Б. Хайдарова.....63

BACHADON BO‘YNI SARATONINI DAVOLASHDA
NEOADYUVANT DAVO USULLARINING AHAMIYATI
*Yu.Q. Qadamova, M.B. Nazarova,
D.Sh. Xadjiyev.....68*

КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

С.Н. Эгамова, А.Х. Каримов

Ташкентская медицинская академия. Кафедра акушерства и гинекологии №2

Изучены клинико-эхографические характеристики течения беременности у 130 женщин с заболеванием желчного пузыря. Беременность, протекающая на фоне билиарного сладжа и ассоциированная с множественными факторами риска его развития, является более неблагоприятной по течению и чаще по сравнению с контрольной группой: осложняется ранним (43,9%) и поздним (38,5%) рвотой беременности, в (26,9%) угрозой прерывания беременности, патологией отхождения околоплодных вод (29,5%) и признаками фетоплацентарной недостаточности (12,3%).

O't pufagi kasalligi bo'lgan ayollarda homiladorlikning klinik va ekografik xususiyatlari

S.N. Egamova, A.X. Karimov

O't pufagi kasalligi bilan og'riqan 130 nafar ayolda homiladorlik jarayonining klinik va ekografik xususiyatlari o'rganildi. Biliar slaj fonida va uning rivojlanishi uchun ko'plab xavf omillari mavjud homiladorlarda, nazorat guruhiga qaraganda homiladorlik ancha asoratli kechadi va asoratlar tez-tez uchrab turadi: bular quyidagilardir: homiladorlar erta (43,9%) va kech (38,5%) qayt qilishi, (26,9%) homila tushish xavfi, qog'anoq suvlarining muddatdan oldin ketishi (29,5%) va fetoplazental yetishmovchilik belgilari (12,3%).

Clinical and echographic characteristics of the course of pregnancy in women with gallbladder disease

S.N. Egamova, A.Kh. Karimov

The clinical and echographic characteristics of the course of pregnancy in 130 women with gallbladder disease were studied. Pregnancy occurring against the background of biliary sludge and associated with multiple risk factors for its development is more unfavorable in course and more often than in the control group: it is complicated by early (43.9%) and late (38.5%) vomiting of pregnancy, in (26.9%) threatened miscarriage, pathology of amniotic fluid discharge (29.5%) and signs of placental insufficiency (12.3%).

Актуальность. Среди экстрагенитальных заболеваний у беременных первое место занимают заболевания пищеварительной системы, среди которых 3-5% составляют хронические заболевания печени и желчного пузыря, нередко диагностируемые только после родов [1-5].

При беременности кишечник и желчный пузырь становятся толерантными к обычным физиологическим раздражителям, в частности к действию простагландинов, которые, влияя на тонус гладкой мускулатуры, активизируют деятельность кишечника. Нарушение процессов адаптации в 26-31% случаях ведет к повышению литогенности желчи и выраженной гипотонии желчного пузыря, в 14-40% к развитию билиарного сладжа (БС) (Бурков С.Г., 1992). У 18% женщин начальные симптомы болезни относятся к периоду беременности. Изменения ЖП, возникшие в период беременности, у одних женщин рефессируют, у других сохраняются и прогрессируют, приводя в 2-12% к камнеобразованию во время беременности и после родов [8,4].

Одним из важных аргументов, позволяющих расценивать БС как начальную стадию формирования желчных камней, является тот факт, что со временем у 8-20% больных с БС образуются конкременты. Исследования показывают, что примерно у 25-30% женщин во время беременности образуется БС в желчном пузыре, а в 2-5% случаев формируются желчные камни. После родов в течение 5-6 месяцев у 60-80% из них сладж спонтанно исчезает, а у 20-30% происходит самостоятельное растворение и желчных камней [8].

Цель исследования. Изучить клинико-эхографическую характеристику течения беременности у женщин с заболеванием желчного пузыря.

Материал и методы исследований. Исследование проводилось с 2019 по 2022 годы у беременных женщин на различных сроках гестации получавшие лечение в ОПБ и гинекологическом отделении родильного ком-

плекса многопрофильной клиники ТМА. Всего обследовано 160 беременных женщин в разные сроки гестации, которые были разделены на:

I – основная группа, в которую вошли 130 беременных с билиарным сладжем, которые были разделены по срокам гестации: 20 (15,4%) беременных находилось в I триместре (до 12 недель), 49 (37,2%) беременных во II триместре (13-27 недель) и 61 (46,9%) в III триместре беременности (28-40 недель).

II – контрольная группа, состоящая из 30 беременных практически здоровых без билиарным сладжа. По срокам гестации в основной группе. Всем обследованным пациенткам было дополнительно проведено УЗИ печени, желчного пузыря, а также консультация терапевта.

В исследованиях дана оценка частоты встречаемости отдельных видов патологии желчного пузыря предшествующей развитию осложнений беременности, что позволило выявить факторы риска формирования диспепсических нарушение у беременных.

Критерием отбора для проспективного исследования служило клинически и инструментально подтвержденное наличие хронического заболевания желчного пузыря и билиарного сладжа, при одноплодной беременности, которые находились под наблюдением в клинике Ташкентской медицинской академии. Для оценки эффективности лечения беременные с БС были разделены на 2 группы: в группу «Х+» вошли 56 беременных, получавших «Хофитол», в группу «Х-» составили 74 беременные, не получавшие препарат. Препарат назначался в дозе по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 7 дней, в дальнейшем при амбулаторном ведении был продолжен также Хофитол по 1 таблетке 3 раза в сутки в течение 20 дней.

Клинические методы исследования. 1. На каждую беременную заполняли разработанную нами индивидуальную карту. Она включала в себя паспортные данные женщины, подробные сведения о генеративной функции (количество беременностей, родов, прерываний беремен-

ности), наличие воспалительных заболеваний, сопутствующие соматические и гинекологические заболевания. Также отмечался срок беременности, при котором женщина перенесла воспалительные и простудные заболевания во время беременности. Программа предварительного исследования включала комплекс социально-гигиенических и медико-биологических данных о беременных и роженицах: возраст, семейное положение, уровень образования, социальное положение, анамнез заболевания, соматический анамнез, акушерско-гинекологический анамнез.

2. Также проводилось изучение особенностей течения настоящей беременности, учитывались сроки и длительность назначения сохраняющей беременность терапии. В отдельных случаях по специальным показаниям больные консультировались смежными специалистами: терапевтом, эндокринологом и др. Проводился гинекологический, акушерский осмотр. О перенесенных заболеваниях до и во время настоящей беременности судили по данным социально-гигиенических, биохимических, бактериологических и статистических методов исследования. Комплекс лабораторных методов исследования – общий анализ крови, мочи, АСТ, АЛТ, билирубин в крови и коагулограмма. Данные анализы повторялись в течение всего заболевания с целью динамического наблюдения за состоянием показателей крови, для выявления клинико-лабораторных диагностических критериев. Ультразвуковое исследование желчного пузыря у исследуемых женщин.

Для оценки состояния желчного пузыря у исследуемых женщин проводилось ультразвуковое исследование в I, II и III триместрах.

Инструментальные методы исследования проведены с помощью трансабдоминального сенсорного УЗИ «Mindray DC-30» и «SONOSCAPE S-22» конвексным датчиком с частотой 3,5 МГц., проводился в отделении «Женского здоровья» ТМА.

Состояние внутренних половых органов, патологические процессы учитывались при ультразвуковом исследовании.

Проводилось УЗИ для уточнения срока беременности. До визуализации эмбриона срок беременности определяют по среднему внутреннему диаметру плодного яйца, вычисляя среднее значение из трех взаимно перпендикулярных размеров. С появлением эмбриона и сердцебиения плода определяющим критерием становится его копчико-теменной размер (КТР). Результаты измерений сверяют со средними статистическими значениями из специальных акушерских таблиц и определяют, к какому сроку беременности соответствуют размеры плодного яйца и эмбриона.

Эхография во втором и третьем триместрах беременности у того же контингента женщин включало измерение бипариетального размера головки плода (БПР), окружность живота (ОЖ), длину бедра (ДБ), соответствие их сроку гестации, изучалась плацента по данным ее толщины, локализации, структуры и степени зрелости, количество околоплодных вод.

Результаты исследований. Изучая характер питания нами выявлено, что у беременных снижена кратность приема полноценной пищи, отказ от завтрака, перенос основного приема пищи на вечерне-ночное время у 92 (70,8%). Употребление высококалорийной еды с повышенным содержанием жиров, рафинированных угле-

водов и низким содержанием пищевых волокон встречались значительно чаще в группе БС у 67 (51,5%) по сравнению с контролем 7 (23,3%), что отражено в таблице 1. Наибольшее влияние на формирование БС оказывало несбалансированное питание с использованием диет для похудения, к которым больше прибегали беременные с БС по сравнению с контролем.

Таблица 1.

Характер питания у беременных с билиарным сладжем

Характер питания	КГ (n=30)		БС (n=130)	
	абс.	%	абс.	%
Не сбалансированное питание, использование диет для похудения	7	23,3	67*	51,5
Снижение кратности приема пищи	6	20,0	47	36,2
Отказ от завтрака, прием пищи в ночное время	5	16,7	45	34,6

Обращает внимание, что более половины беременных с БС вели малоподвижный образ жизни с ограничением физической нагрузки – 77 (59,2%), имели стрессовые ситуации, нервные перенапряжения в быту и на работе – 35 (26,9%), страдали вредными привычками – 8 (6,2%) практически в 2 раза чаще, чем беременные контрольной группы – 6 (20%) и 1 (3,3%).

Таким образом, проведенный ретроспективный анализ анамнестических данных показал, что БС у беременных формировался на фоне сочетания многообразия постоянных (возраст старше 30 лет) и временных факторов риска, из которых преобладали медицинские (заболевания пищеварительной системы, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, многочисленные беременности и роды) и социальные, ассоциированные с малоподвижным образом жизни и нервным перенапряжением.

Гестационный процесс при формировании БС у женщин характеризовался осложненным течением, что требовало разработки определенной тактики лечения и родоразрешения.

В I триместр беременности у женщин с БС чаще осложнялся рвотой беременных – у 57 (43,9%), преимущественно легкой степени – у 47 (82,5%), тогда как в контрольной группе у 5 (16,7%). Также в I триместре чаще диагностировалась угроза прерывания беременности у 35 (26,9%) а в группе контроля у 3 (10%). Рвота беременных во второй половины беременности встречалась в 3 раза больше в основной группе по сравнению с контрольной группой. Угроза прерывания беременности во второй половины беременности выявлялась 3 раза чаще по сравнению с контрольной группой. Случаев преэклампсии и эклампсии исследуемых группах не было выявлено. Стойкие отеки были у беременных с БС в 24 (48%) случаях, гипертензия во время беременности в виде моносимптома выявлялась у 8 (16%) и в сочетании с протеинурией и/или отеками диагностировалась в 18 (36%) случаях по отношению к контрольной группы 4 (3,3%).

Таблица 2

Осложнения во время беременности с билиарным сладжем

Течение беременности	КГ (n=30)		БС (n=130)	
	абс.	%	абс.	%
Угроза прерывания беременности I половины гестации	3	10,0	35	26,9

Угроза прерывания беременности II половины гестации	2	6,7	25	19,2
Рвота беременных	5	16,7	57	43,9
Рвота II половины беременности	4	13,3	50	38,5
ХФПН	1	3,3	16	12,3

Наличие билиарного сладжа способствовала проявлениям осложнений. Клиническими проявлениями угрозы прерывания беременности являлись жалобы на боли внизу живота у 39 (65%) различной интенсивности и продолжительности, кровянистые выделения из половых путей у 7 (11,7%) и чувство тяжести внизу живота 14 (23,3%) по отношению контроля, с преобладанием чувства тяжести и боли внизу живота у 18 (60%) и 12 (40%) соответственно. Следует отметить, что угроза прерывания беременности, рвота беременных на фоне факторов риска оказывали взаимоотягощающее влияние, что отражалось на морфофункциональном состоянии желчного пузыря и фетоплацентарной системы. При проведении УЗИ исследования ХФПН встречался в обеих группах исследованных, наиболее часто в 3,3 раза был выявлен в I группе.

Указанные осложнения беременности усугублялись высокой частотой гестационной анемии у 66 (50,8%), с преобладанием анемии легкой 59 (89,4%) и средней степени у 17 (25,8%), по сравнению с контролем, где 5 (16,7%) диагностировалась анемия легкой степени. В 2 раза чаще гестационная анемия развивалась у беременных с БС и в КГ во II-III триместре беременности. На фоне заболеваний ЖКТ, анемия встречалась у беременных с БС в 4 раза чаще, чем в контроле, отмечалась активизация бактериальной и вирусной инфекции, что, по-видимому, было определено исходным иммунодефицитом и способствовало персистенции вирусов и бактерий в период гестации. Исследуя воспалительное заболевание у обратившихся беременных нами выявлено что, острый бронхит, острый цистит и пиелонефрит встречался чаще в первой группе тогда как в группе контроле данная патология не было выявлено. Рецидивирующий ИМТ встречался в обеих группах в одинаковом проценте 3,3% и 3,1% соответственно. У обратившихся беременных ОРВИ был выявлен у 14,6% женщин первой группы тогда как в контрольной группе этот показатель был равен 3,3%, что возможно также способствовало развитию гестационных осложнений.

Нами изучены степень зрелости плаценты. Выявили, что преждевременное созревания плаценты было у 19 (14,6%) пациентов основной группы и в контрольной группе – у 2 (6,7%). При проведении доплерометрии в сосудах матки, пуповины и плода у беременных с БС в 2

раза чаще выявлены нарушения кровотока у 20 (15,4%), а в контрольной группе – у 2 (6,7%). Нарушение IA степени было у 15 (75%), IB у – 5 (25%). Низкое расположение плаценты встречалось в 2 раза чаще в первой группе, тогда как многоводие и маловодие не было выявлено в группе контроля. Задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП) при УЗИ были диагностированы в 2 раза чаще в I группе у 8 (6,2%), а в группе контроля у одной (3,3%). Результаты комплексной эхографии приведены в таблице 3.

Таблица 3
Эхографическая оценка системы мать-плацента-плод у беременных с билиарным сладжем

Ультразвуковые показатели	КГ (n=30)		БС (n=130)	
	абс.	%	абс.	%
Преждевременное созревание плаценты	2	6,7	19*	14,6
Аномальное расположение плаценты	2	6,7	17	13,1
ЗВРП	1	3,3	8	6,2
Многоводие	-	-	16	12,3
Маловодие	-	-	4	3,1
Нарушение кровотока в системе мать - плацента - плод	2	6,7	20*	15,4

У беременных с БС беременность закончилась срочными родами у 54 (88,5%) тогда как в контрольной группе у 29 (96,7%). Известна роль инфекционного фактора в развитии преждевременных родов. В нашем исследовании в группе с БС преждевременные роды были у 7 (11,5%) беременных, а в контрольной группе – у одной (3,3%).

Выводы. 1. Диагностированный на УЗИ билиарный сладж в период гестации формируется преимущественно при сочетании постоянных (возраст старше 30 лет) и временных факторов риска, из которых преобладают заболевания пищеварительной системы, воспалительные заболевания гениталий, избыточная масса тела, диетические (несбалансированное питание).

2. Беременность, протекающая на фоне билиарного сладжа и ассоциированная с множественными факторами риска его развития, является более неблагоприятной по течению и чаще по сравнению с контрольной группой осложняется ранним (43,9%) и поздним (38,5%) рвотой беременности, в (26,9%) угрозой прерывания беременности, патологией отхождения околоплодных вод (29,5%) и признаками фетоплацентарной недостаточности (12,3%). Билиарный сладж у 70% женщин протекает с симптомами сочетанной билиарно-кишечной диспепсии и преимущественно в III триместре гестации.

Список использованной литературы:

1. «Цели развития тысячелетия» ООН / Резолюция 55/2 Генеральной Ассамблеи от 8 сентября 2000 года (UNWebsite / © 2007 ООН <http://www.un.org/russian>).
2. Мансуров Х.Х. Жёлчнокаменная болезнь / Х.Х.Мансуров // Душанбе: Дониш, 1981. С. 25-29.
3. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии / М.М.Шехтман // Руководство по экстрагенитальной патологии. М.: Триада-Х. 2009. 815 с.
4. Кабанец Н.С. Заболевания жёлчевыводящих путей у беременных / Н.С.Кабанец, В.В.Галалу // Гастроэнтерология. 2010. 348 с.

5. Сравнительная оценка хирургического лечения жёлчнокаменной болезни разными методами / Р.Р.Рахматуллаев и [и др.] // Здравоохранение Таджикистана. 2005. №3. С.107-108.
6. Положенкова Л.А. Патология жёлчевыводящей системы и беременность / Л.А. Положенкова, О.В. Козинцова, Е.С. Ляшко // Акуш. и гин. 2004. №1. С. 57-59.
7. Мансуров Х.Х. Актуальные вопросы патологии печени / Х.Х.Мансуров. Душанбе: Дониш, 1985. 148 с.
8. Papadakis E.P. Acute pancreatitis in pregnancy / E.P.Papadakis [et al.]//Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2011. 159 (2). P. 261-266.