

## **SURUNKALI PANKREATITNI DIAGNOSTIKA QILISH VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY USULLARI.**

*Qurbonov Nizom Azizovich, Narzullayev Sanat Inoyatovich, Rashidov Sharof Xayrullayevich, Ro'ziboyev Sherali Jo'ramurodovich, Xursanov Yokubjon Erkinovich*

*- Samarqand davlat tibbiyot universiteti, O'zbekiston Respublikasi, Samarqand sh.  
-RShTYoIM Samarqand filiali, O'zbekiston Respublikasi, Samarqand sh.*

Surunkali pankreatit bilan og'rigan bemorlarning klinik ko'rinishlari, klinik laboratoriya va instrumental diagnostikasi va davolash bo'yicha zamonaviy ma'lumotlar taqdim etilgan.

**Kalit so'zlar:** surunkali pankreatit, klinik ko'rinishlari, diagnostikasi, davolash.

Pankreatit - bu oshqozon osti bezi to'qimalarida yallig'lanishning rivojlanishi bilan tavsiflangan kasallik. Kelib chiqishiga ko'ra, pankreatit o'tkir va surunkali bo'ladi. O'tkir pankreatit xirurgik kasalliklar ichida uchinchi o'rinda turadi. Birinchi va ikkinchi o'rinlarni o'tkir appenditsit va xolestsistit egallaydi. Jahon statistik ma'lumotlariga ko'ra, har yili million kishidan 200 dan 800 gacha odam o'tkir pankreatit bilan kasallanadi. Bu kasallik erkaklarda ko'proq uchraydi. Bemorlarning yoshi juda katta farq qiladi va pankreatitning sabablariga bog'liq. Spirtli ichimliklarni iste'mol qilish fonida o'tkir pankreatit o'rtacha 38 yoshda sodir bo'ladi va xolelitiyoz bilan bog'liq pankreatitda bemorlarning o'rtacha yoshi 68 yoshni tashkil qiladi.

[ 34,31,32 ]

Anatomiya va fiziologiyadagi fundamental kashfiyotlardan keyingina oshqozon osti beziga jarrohlik aralashuvlarga birinchi urinishlar amalga oshirildi. Biroq, o'tkir pankreatitni jarrohlik yo'li bilan davolashning birinchi tajribasi umidsizlikka uchradi. 1943 yilda nemis jarrohi Xant o'lim darajasi juda yuqori bo'lgan (77% gacha) o'tkir pankreatitda oshqozon osti bezi bo'yicha 125 ta operatsiya haqida ma'lumot berdi. 1960 yildan boshlab jo'shqin radikalizm davri boshlandi. Keng ko'lamli rezektsiyalar, kengaytirilgan nekrektomiya amalga oshirildi. Tibbiyot texnologiyalarining rivojlanishi bemorlarning hayotini saqlab qolish imkonini berdi. Biroq, uzoq muddatli natijalar tahlili shuni ko'rsatdiki, bu guruh bemorlarning hayot sifati sezilarli darajada pasaygan. Ba'zi hollarda surunkali pankreatit mavjudligini ko'rsatadigan ma'lumotlar umuman yo'qligini aniqladik (ambulatoriya poliklinikalaridan yuborilgan hujjatlar tahliliga ko'ra);

So'nggi yillarda O'P bilan og'rigan bemorlarni davolash natijalarini yaxshilash uchun magnit infraqizil nurlanishli lazerlar qo'llanila boshlandi [25]. Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, magnit-infraqizil lazer nurlanishi vaqtinchalik va fazoviy kogerentlik, qutblanish, monoxromatiklik, quvvat zichligi va nurlanish energiyasi kabi xususiyatlar bilan tavsiflanadi. Umumiy intoksikatsiyaning kamayishi, a'zolar va periferik geoperfüzyonning yaxshilanishi va klinik ko'rinishlarning tezda yo'qolishi O'P bilan

og'rigan bemorlarni kompleks davolashda MIL terapiyasini qo'llash samaradorligini isbotlaydi [15]. Safro etiologiyasining O'P sida intraduktal gipertenziyaning roli hech kim tomonidan muhokama qilinmasligiga qaramay, uni yo'q qilish usullari va vaqti munozarali bo'lib qolmoqda. Yog'li nekrozning paydo bo'lishi keyinchalik bu sohalarda pankreatik psevdokistalar paydo bo'lishi bilan oshqozon osti bezi kanallarining travmatizatsiyasiga olib kelishi mumkin. Ko'pincha, faqat ikkinchisining kattalashishi bilan klinik belgilar paydo bo'lishi mumkin (ko'pincha qorinning yuqori yarmida og'riqlar). Surunkali pankreatitning rivojlanishi bilan, ekzokrin pankreatik etishmovchilik belgilaridan tashqari, diabetga xos bo'lgan klinik ko'rinishlar bilan uning intrasekretor etishmovchiligining paydo bo'lishi ham mumkin.

Surunkali pankreatitning ajralish diagnostikasi asosan, surunkali pankreatitning kuchayishi va yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlarini tashxislash uchun odatda quyidagi usullardan foydalanish tavsiya etiladi. Ekzokrin pankreatik etishmovchilik holatini aniqlash uchun bemorlar tomonidan chiqarilgan najas miqdorini (hajmini) baholash bo'yicha klinik ma'lumotlarni tahlil qilish, steatoreya va kreatoreya mavjudligini yo'qligini aniqlash; laboratoriya testlari ko'rsatkichlarini baholash sekretin - pankreozimin testi (serulein), bentiramin testi (PABK test), monoklonal antikorlar yordamida koprologik test (eoastaz-1ni aniqlash), Lund testi. 3. Oshqozon osti bezi va qo'shni organlarning organik shikastlanishining ob'ektiv namoyon bo'lishi bilan - instrumental usullar: rentgen tekshiruvi, ultratovush (ultratovush), kompyuter tomografiyasi (KT), endoskopik xolangiografiya pankreatografiyasi, radionuklid xoletsistografiyasi va yoki intravenöz xolangiografiya bilan ezofagogastroduodenoskopiya. 4. Bundan tashqari, oshqozon osti bezi o'smalarini aniqlash uchun - o'simta belgilarini o'rganish (CA 19-9, EEA), maqsadli laparoskopik yoki jarrohlik (ochiq) nozik igna biopsiyasi deb ataladi. Diagnostik tekshiruvda sanab o'tilgan usullardan ba'zilarini qo'llashning mavjudligi haqida savol tug'iladi. Yuqoridagi usullardan ba'zilari faqat ixtisoslashtirilgan shifoxonalar sharoitida qo'llanilishi mumkinligi aniq. Ammo surunkali pankreatitning kuchayishiga shubha bo'lsa (shu jumladan remissiyada surunkali pankreatitni istisno qilish yoki aniqlash maqsadida) bemorlarni tekshirishda ushbu usullarning barchasini har doim qo'llash kerakmi? Shubhasiz, bemorlarni tekshirish amaliyotida, birinchi navbatda, ma'lum bir tibbiyot muassasasida mavjud bo'lgan usullardan foydalanish kerak. Shubhali holatlarda bemorlarni ixtisoslashtirilgan shifoxonalarga yuborish kerak. Ekzokrin oshqozon osti bezi etishmovchiligiga xos bo'lgan asosiy klinik belgilar turli xil dispeptik kasalliklar, shu jumladan meteorizm, qorinning yuqori qismida tez-tez paydo bo'ladigan og'riq, vazn yo'qotish, steatoreya. Amilaza darajasini baholashda shuni hisobga olish kerakki, amilaza darajasi surunkali pankreatitning kuchayishi boshida ko'tariladi, birinchi kunning oxiriga kelib, maksimal darajaga etadi, 2-3-4 kunlarda. amilaza kamayadi, Amilaza va lipaza

darajalarining krossoveri" mumkin - birinchisida pasayish, ikkinchisida o'sish. Amilaza darajasidan farqli o'laroq, lipaza darajasi ko'pincha 6-7 kunning oxiridan ko'tariladi va taxminan 10-13 kun davomida yuqori bo'lib qoladi, keyin esa pasayadi. Ekzokrin pankreatik etishmovchilik, ma'lumki, oqsillar, yog'lar va uglevodlarning oshqozon osti bezi fermentlari tomonidan o'n ikki barmoqli ichak bo'shlig'ida gidrolizlanishining buzilishi tufayli yuzaga keladi va rivojlanadi. Shuning uchun najasning ko'rinishini, uning mustahkamligini, rangi va hajmini o'z vaqtida baholash muhimdir. Ko'pincha, ekzokrin pankreatik etishmovchilik paydo bo'lishining dastlabki belgilarini faqat bemorlarning najaslarini mikroskopik tekshirish orqali aniqlash mumkin. Najasda ekzokrin pankreatik etishmovchilik mavjud bo'lganda, ovqat hazm qilish buzilishining belgilari (steatoreya, kreatoreya, amiloreya) aniqlanishi mumkin. Ma'lumki, steatoreya (o'n ikki barmoqli ichakka lipazning etarli darajada kiritilmaganligi sababli najasda ko'p miqdorda hazm bo'lmagan triglitseridlarning paydo bo'lishi) me'da osti bezi lipazasining sekretiysi nisbatan 10% dan past bo'lganda paydo bo'ladi. Biroq, ko'pincha lipaza sekretiysi sezilarli darajada bo'lgan bemorlarda klinik belgilarning paydo bo'lishi (15-20%) ko'p jihatdan osh tuzining tarkibi, hajmi va boshqa omillarga, shuningdek, davolashda ishlatiladigan dorilar soniga bog'liq. shuningdek, ba'zi bemorlarda turli dorilar mavjudligi ekstrapankreatik kasallik. Shu bilan birga najas hajmining ko'payishi qayd etiladi, ikkinchisi yumshoq (suyuq) bo'ladi, yog'li qo'shimchalar paydo bo'lishi tufayli najas oq-oq rangga ega bo'ladi (ba'zida u porloq bo'ladi). Najasni suv bilan yuvganda, hojatxonaning pastki qismida yog'li dog 'qoladi. O'n ikki barmoqli ichakka turli xil proteazlarni (birinchi navbatda tripsin va ximotripsin) etarli darajada iste'mol qilmaslik bilan kreatoreya (najasda ko'p miqdorda hazm bo'lmagan mushak tolalari, ya'ni oqsillar paydo bo'lishi mumkin). Bemorlarda kraxmalning ko'rinishi, gidrolizning buzilishi tufayli, oshqozonda amilaza sekretiysi etarli bo'lmaganligi bilan ko'rsatiladi, bu odatda amiloreya boshlanishining tipik belgilari deb ataladi. Surunkali pankreatitning mavjudligi, ultratovush tekshiruviga ko'ra, odatda oshqozon osti bezi parenximasining heterojenligi, ekogenlikning diffuz o'sishi, bu organning konturlarining noaniqligi va notekisligi bilan baholanadi. Differentsial tashxis qo'yishda shuni hisobga olish kerakki, surunkali pankreatitdan farqli o'laroq, o'tkir pankreatit ko'pincha o'rtacha, progressiv bo'lmagan kursga ega (o'tkir hujumni bartaraf etgandan keyin). Og'ir o'tkir nekrotizan pankreatit bilan 10-15% hollarda ekzokrin va yoki intrasekretor pankreatik etishmovchilik [6] paydo bo'lishi mumkin. Shuni ham unutmaslik kerakki, o'tkir pankreatitning eng keng tarqalgan sabablari [7] o't yo'llari kasalliklari (38%) va spirtli ichimliklarni iste'mol qilishdir. Tashqi me'da osti bezi etishmovchiligi faqat surunkali pankreatit bilan og'rigan bemorlarda (ko'pincha) va mukovistsidozli fibroz bilan og'rigan bemorlarda, shuningdek gastrektomiyadan keyin va saraton tufayli va doimiy giperinsulinemiya tufayli oshqozon osti bezi rezektsiyasi paytida paydo bo'lishi mumkin. neonatal gipoglikemiya,

qaytariladigan kasalliklar, ichak infeksiyalari, so'lak kasalligi (glutenoid enteropatiya, sprue), orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi (OITS), Sjögren sindromi, enterokinaza etishmovchiligi, ichak bakteriyasi deb ataladigan turli xil kasalliklarda, mayda ichak kasalliklarida o'sish sindromi. gastrektomiyadan keyin pankreatoduodenal zonaning kanallari va boshqa erektsiyalar bilan bloklanishiga olib keladi. Bularning barchasi differentsial diagnostika o'tkazishda e'tiborga olinishi kerak. Kuzatishlar shuni ko'rsatadiki, inson hayoti davomida boshqa kasalliklar ham paydo bo'lishi mumkin, ular birinchi o'ringa chiqadi, ahvolini yomonlashtiradi va bemorlarning umrini qisqartiradi. Ularni o'z vaqtida aniqlash va etarli darajada davolash kichik ahamiyatga ega emas. Xuddi shu shartda ular nayzadagi bo'shliqlarni uchratadi, xronikalar remissiya stadionida bo'ladi, masalan, vaqt, rishtalarning yomonlashishi yoki ine davrlar ehtimoli ko'proq. Bu qobiq tezda o'n ikki barmoqli ichakda va yeyununing boshlang'ich qismida yo'q qilinadi, fermentlarning tez chiqishi va ishqoriy muhitda faollashishi mavjud. Ushbu ferment preparatlari oshqozon osti bezining sekretsiasini kuchaytirishi va hatto diareya paydo bo'lishiga yordam beradigan safro kislotalarining yo'qligi bilan tavsiflanadi. O'rnini bosuvchi terapiya kuniga 1,5 g dan ortiq yog 'najas bilan chiqarilganda, shuningdek dispeptik ko'rinishlari diareya va yoki vazn yo'qotishi bo'lgan bemorlarda steatoreya mavjud bo'lganda ko'rsatiladi. Og'ir steatoreya (ko'p miqdorda "porloq" najas) bo'lgan bemorlarni davolashda lipazning dastlabki bir martalik dozasi kamida 6000 birlik bo'lishi kerak, agar kerak bo'lsa, uni kuniga 30 000 birlikgacha oshirish kerak [8]. So'nggi paytlarda, ko'pincha Rossiyada ekzokrin pankreatik etishmovchiligi bo'lgan surunkali pankreatit bilan og'irgan bemorlarni davolashda pankreatit va kreondan foydalanish tavsiya etiladi. Bunday bemorlarni davolashda 25 000 birlik pankreatitdan foydalanish o'zining yuqori samaradorligini ko'rsatdi [10] ko'pchilik bemorlarning ahvolini yaxshilashda (3 hafta davomida) - axlatning chastotasini kamaytirish va meteorizmni kamaytirish (bartaraf qilish), ishtahani yaxshilash va tana massasini oshirish. Boshqa ma'lumotlarga ko'ra [11], bemorlarni davolashda pantsitratdan foydalanish (asosiy ovqat paytida kuniga 3 marta atigi 2 kapsula) najas miqdorini (32% ga) va steatoreyani (41% ga) kamaytirishga imkon berdi. Biz tomonimizdan deyarli shunga o'xshash natijalarga erishildi - mos ravishda 35,5 va 43%. Ba'zi ma'lumotlarga ko'ra [11], amaliy jihatdan qiziqarli fakt qayd etilgan - pansitratni qo'llash samaradorligiga erishish uchun (uning analoglari bilan solishtirganda) 2 baravar kamroq kapsulalar kerak bo'ladi, bu, shubhasiz, juda muhimdir. bemorlarni davolash. Asos sifatida, ferment preparatining dozasi ekzokrin pankreatik etishmovchilikning og'irligini, kasallikning nozologik shaklini hisobga olgan holda belgilanadi. Voyaga etgan bemorlar uchun ferment preparatining sutkalik dozasi ko'pincha o'rtacha 30 000 dan 150 000 birlikni tashkil qiladi. Shu bilan birga, oshqozon osti bezining ekzokrin sekretor funksiyasi to'liq etishmovchiligi bilan, preparatning dozasi ma'lum darajada bemorning tana vazniga bog'liq bo'lgan

bemorlarning kunlik ehtiyojiga ko'tariladi. Ferment preparatlari bilan davolanish muddati bemorning ahvoriga qarab, davolovchi shifokor tomonidan belgilanadi. Ba'zi tadqiqotchilar [7, 12, 13] ferment preparatlarini 2-3 oy davomida, so'ngra kasallikning belgilari butunlay yo'qolguncha yana 1-2 oy davomida parvarishlash terapiyasini buyurishni tavsiya qiladi. Shubhasiz, ferment preparatlarining yanada samarali ta'siri uchun bemorlarga oshqozonda kislota hosil bo'lishini kamaytiruvchi dorilarni qabul qilish tavsiya etiladi. Afsuski, surunkali pankreatit bilan og'rigan bemorlarning 5-10 foizi ekzokrin oshqozon osti bezi yetishmovchiligi [14] ferment preparatlari bilan davolanishga javob bermaydi yoki yomon javob beradi. Ma'lumki, surunkali pankreatitning kuchayishi paytida bikarbonatlar ishlab chiqarishning ko'proq yoki kamroq sezilarli darajada pasayishi mumkin, buning oqibati o'n ikki barmoqli ichakda "ishqoriylashuv" ning buzilishidir. Ushbu dorilarni tayinlash ferment terapiyasining samaradorligini oshirishga, shu jumladan lipaza ta'sirini kuchaytirishga imkon beradi. Oshqozon kislotaliligining pasayishi emulsiyalangan holatdagi yog'larning ulushini oshiradi, ular lipaza ta'siriga qulayroq bo'ladi. 25 g yog'ni o'z ichiga olgan ovqat bilan bemorlar tomonidan qabul qilingan 8 tabletkagacha bo'lgan dozada pankreatin bilan standart davolash [15] azotoreyani to'xtatish va steatorreyani kamaytirishga (lekin to'liq to'xtamaslikka) imkon beradi. Bunday terapiya bilan og'rigan bemorlarning ko'pchiligida etarlicha qoniqarli ovqatlanish holati va ekzokrin pankreatik etishmovchilikning nisbatan asemptomatik kursiga erishiladi. Bunday hollarda H<sub>2</sub>-gistamin retseptorlari antagonistlari (Zantac, Kvamatel, gastrosidin) va proton nasos ingibitorlari (standart pankreatin terapiyasi) bo'lgan bemorlarni qo'shimcha kiritish va davolash ko'pchilik bemorlarni tezda yo'q qiladi va steatoreya va o'tkir diareyani sezilarli darajada kamaytiradi. Shunga o'xshash natijalar kasal gidrokarbonatlarni davolashda qo'llash orqali beriladi. Shuni ta'kidlash kerakki, surunkali pankreatitning ekzokrin oshqozon osti bezi etishmovchiligi bilan rivojlanishi bilan uning intrasekretor etishmovchiligi darajasi ham paydo bo'lishi mumkin. Me'da osti beziga bevosita yoki bilvosita zarar etkazuvchi ta'sir ko'rsatadigan to'yib ovqatlanmaslik, shu jumladan oqsil etishmovchiligi kabi omillar uning endokrin qismiga ham ta'sir qilishi mumkin [16]. Bu oshqozon osti bezining ekzokrin va intrasekretor qismlari bir-biri bilan chambarchas bog'langanligi va butun organning hayotiy faoliyati jarayonida bir-biriga o'zaro ta'sir ko'rsatishi bilan izohlanadi. Va endokrin kasalliklar, haydovchilar va ko'pincha surunkali pankreatit bilan og'rigan bemorlarning terapiyasi gipoglikemiya va kaloriya etishmovchiligini haydash ehtimolini davolash uchun zarurdir, bu esa bemorning ratsionida uglevodlar va insulinni cheklash zarurligini isbotlaydi.

#### **FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:**

1. Abduraxmanovich A. A. et al. POSSIBILITIES OF APPLYING MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 246-249.
2. Alisherovich U. K. et al. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF MULTI-STAGE SURGICAL TACTICS IN SEVERE LIVER DAMAGE //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 312-318.
3. Alisherovich U. K., Rashidovich S. H., Ugli K. Y. E. OUR EXPERIENCE IN CONSERVATIVE TREATMENT OF SPLEEN INJURY IN CLOSED ABDOMINAL TRAUMA //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 319-325.
4. Ахмедов Р. Ф. и др. Диагностическая значимость уровня прокальцитонина при ожоговой болезни //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 11-12.
5. Ахмедов Р. Ф. и др. Наш опыт лечения ожогового сепсиса //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 10-11.
6. АВАЗОВ А. А. и др. KUYISHLARDA ERTA XIRURGIK DAVOLASH USULLARI //ЖУРНАЛ БИМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
7. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Мухаммадиев М. Х. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ШКАЛЫ BISAP ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 158-164.
8. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
9. Davlatov S. et al. Current State of The Problem Treatment of Mirizzi Syndrome (Literature Review) //International Journal of Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 12. – №. Suppl. ry 2. – С. 1931-1939.
10. Erkinovich K. Y. Methods of early surgical treatment of burns //Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies (CARJIS). – 2022. – Т. 2. – №. Special Issue 4. – С. 184-188.
11. Fayozza E., Shokhrom I., Azizovich K. N. USE OF NEW METHODS IN THE TREATMENT OF ALLERGIC RHINITIS //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 266-275.
12. QURBONOV N. A. et al. Current trends in the management of Mirizzi syndrome: A review of literature //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 1927-1932.
13. Хамроев Г. А., Хурсанов Ё. Э. ОРГАНСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ МАССИВНОМ РАЗМОЗЖЕНИИ ЯИЧКА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 185-194.

14. Хурсанов Ё. Э. У., Жуманов Х. А. У., Эргашев А. Ф. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ОЖОГАМИ // Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 332-340.
15. ХУРСАНОВ Я. Э. и др. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ // ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 5.
16. Даминов Ф. А., Хурсанов Ё. Э., Карабаев Х. К. НАШ ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ // Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 143-151.
17. Даминов Ф. А., Карабаев Х. К., Хурсанов Ё. Э. ПРИНЦИПЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖГОВЫХ РАН У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ (Обзор литературы) // Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 133-142.
18. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. STANDARDIZATION OF THE THERAPEUTIC DIAGNOSTIC APPROACH FOR COMBINED CLOSED INTESTINAL INJURY // Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 120-132.
19. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ // Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 152-161.
20. Kurbonov N. A. et al. MANAGEMENT OF THE MIRIZZI SYNDROME AND THE SURGICAL IMPLICATIONS OF CHOLECYSTCHOLEDOCHAL FISTULA // INTERNATIONAL SCIENTIFIC REVIEW OF THE PROBLEMS OF NATURAL SCIENCES AND MEDICINE. – 2021. – С. 24-32.
21. Кадыров Р. и др. Сочетанный эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях // Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 1 (99). – С. 47-49.
22. Кадыров Р. и др. Эндоскопические методы гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода // Журнал проблемы биологии и медицины. – 2017. – №. 4 (97). – С. 44-47.
23. Курбанов Н. А. и др. Differentiated surgical tactics for Mirizzi syndrome in patients with cholelithiasis // Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука. – №. 1. – С. 56-61.
24. Курбанов Н. А. и др. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEEP BURNING PATIENTS // УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
25. Курбанов Н. А., Давлатов С. С., Рахманов К. Э. OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH MIRIZZI SYNDROME // ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. – 2022. – Т. 3. – №. 1.

26. Курбонов Н. А., Исматуллаев Ф. Х. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ //EUROPEAN RESEARCH: INNOVATION IN SCIENCE, EDUCATION AND TECHNOLOGY. – 2022. – С. 95-101.
27. Курбонов Н. А., Карабаев Н. А., Тагаев К. Р. ОЖОГОВЫЙ ШОК У ДЕТЕЙ //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 48-48.
28. Курбонов Н. А., Карабаев Х. К., Нормаматов Б. П. ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 47-47.
29. Курбонов Н., Давлатов С., Амонов М. Modern methods of diagnosis and treatment of patients with Mirizzi syndrome //Журнал вестник врача. – 2021. – Т. 1. – №. 2 (99). – С. 158-161.
30. Нарзуллаев С. И. и др. Синдром внутрибрюшной гипертензии при сочетанных абдоминальных травмах //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 211-220.
31. Рузиев, Э., Хамраев, Х., Курбанова, Н., Сабиров, Б., Абдуллаев, У., Эгамов, Б., ... & Курбонов, Н. Все статьи-Эндокринология и метаболизм. Морфология, 65(68), 23.
32. Сабиров Б. и др. Лечебно-диагностическая видеолапароскопия в экстренной хирургии //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 1 (82). – С. 70-72.
33. Тухтаев Ж. К., Хурсанов Ё. Э. У. ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 20-31.
34. Турсунов О. А. и др. В условиях экстренной медицинской помощи растворы кристаллических аминокислот для дополнительного парентерального питания в интенсивной терапии больных оперированных на желудочно-кишечном тракте //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 221-228.
35. Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО СИНДРОМА //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 252-257.
36. Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. НОВЫЕ МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 276-286.
37. Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА



- //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 238-251.
- 38.Эргашева Ф., Икромов Ш., Курбонов Н. А. ОЦЕНКИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОТКРЫТЫХ И ЗАКРЫТЫХ ТРАВМАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ //INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 258-265.
- 39.Янгиев Б. А. и др. Тактические подходы в современном лечении травматических повреждений печени //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 204-210.
- 40.Янгиев Б. А., Курбонов Н. А. СОВРЕМЕННЫЕ ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА МИРИЗЗИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 2. – С. 59-65.