

SURUNKALI VA O'TKIR PANKREATITNI DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHNING ZAMONAVIY VA YANGI USULLARI.

Qurbonov Nizom Azizovich, Po'latov Dilshod Pulatovich, Maxramov Ulug'bek Tashpulatovich, Xursanov Yokuboon Erkinovich.

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

Pankreatit - bu oshqozon osti bezi to'qimalarida yallig'lanishning rivojlanishi bilan tavsiflangan kasallik. Kursning tabiatiga ko'ra, pankreatit o'tkir va surunkali bo'linadi. O'tkir pankreatit jarrohlik shifoxonasida davolanishni talab qiladigan o'tkir qorin kasalliklari orasida uchinchi o'rinda turadi. Birinchi va ikkinchi o'rinlarni o'tkir appenditsit va xoletsistit 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 suiiste'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. [34,37,40]

O'tkir pankreatit - oshqozon osti bezining yallig'lanishi, uning to'qimalarining tuzilishi o'zgarishi. O'tkir pankreatit hipokondriyumda yoki kamarda chapda o'tkir va to'satdan og'riq, ishtahani yo'qotish va qiyin hazm qilish bilan tavsiflanadi. Laboratoriya, ultratovush va tomografik tadqiqotlar yordamida tashxis qo'yiladi. Pankreatitni davolashda antisekretor, fermentativ, analjezik va infuzion preparatlar qo'llaniladi. Maxsus holatlarda o'lik oshqozon osti bezi to'qimasini jarrohlik yo'li bilan olib tashlash (nekrektomiya) yoki omental qopda teshik yaratish (omentobursostomiya), agar mavjud bo'lsa, kistalarni olib tashlash amalga oshiriladi.

O'tkir pankreatitning sabablari

Qo'zg'atuvchi omillar o'tkir pankreatitga olib keladi, uning ta'siri ostida oshqozon osti bezi yallig'lanadi. Bu omillarga quyidagilar kiradi:

- Oshqozon osti bezi yoki o't yo'llarining patologiyasi. To'rtdan birida pankreatit o't tosh kasalligi bilan birga keladigan kasallikdir. Oshqozon osti bezi saratoni va qorin travmasi ham pankreatitga olib keladi.
- Spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish. Eng keng tarqalgan omil: o'tkir pankreatit holatlarining taxminan yarmi spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish natijasidir. Qo'shimcha xavf omili - surrogat spirtli ichimliklarni iste'mol qilish.
- yatrogen omil. 5% hollarda o'tkir pankreatit jarrohlik (masalan, qorin bo'shlig'i operatsiyalaridagi xatolar natijasida) va tibbiy (noto'g'ri davolanishni tanlash bilan) tibbiy harakatlar natijasida yuzaga keladi.

Xavf guruhiga quyidagi kasalliklarning tashilishi kiradi:

- qandli diabet;
- virusli gepatit B va C;

- qurtlar invaziyalari.

Ba'zi hollarda sababni aniqlash mumkin emas, shuning uchun kasallikning rivojlanishida irsiy omil taxmin qilinadi.

Surunkali pankreatit - to'liqsimon progressiv destruktiv o'zgarishlar, pankreotsitlarning atrofiyasi va ularni biriktiruvchi (fibroz) to'qimalar bilan almashtirish bilan turli xil etiologiyali oshqozon osti bezi kasalliklari (ko'pincha yallig'lanishli tabiat); bezning kanal tizimidagi o'zgarishlar, ekzokrin va endokrin funktsiyalarning turli darajadagi buzilishi bilan kistlar va toshlarning shakllanishi. Bu minimal klinik ko'rinishlar bilan yoki qorin bo'shlig'i organlarining boshqa kasalliklari (surunkali xoletsistit, safro diskinezi, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning oshqozon yarasi, hiatal churra) ostida paydo bo'lishi mumkin. Oshqozon-ichak traktining barcha kasalliklari orasida surunkali pankreatitning ulushi 5-9% ni tashkil qiladi. So'nggi 30 yil ichida kasallanishning 2 barobardan ko'proq o'sishiga umumiy tendentsiya kuzatildi. Hozirgi vaqtda rivojlangan mamlakatlarda kasallanish yiliga 100 ming aholiga 8-10 tani tashkil etadi. Rossiyada kasallanishning yanada intensiv o'sishi qayd etildi. Bolalarda 9-25 holat, kattalarda - 100 ming aholiga 27-50 holat.

Oldini olish:

- "sog'lom va xilma-xil" oziq-ovqatdan foydalanish;
- jismoniy faoliyat bilan qabul qilingan oziq-ovqat miqdori muvozanati;
- normal tana vaznini saqlash;
- ko'p miqdordagi don mahsulotlari, sabzavotlar va mevalar bilan dietani tanlash;
- yog ', to'yingan yog'lar va xolesterin miqdori past, shakar va tuzning o'rtacha miqdori bilan oziq-ovqat tanlash;
- spirtli ichimliklarni istisno qilish, chekishni tashlash.

Surunkali pankreatit rivojlanishining asosiy sabablari:

- o't yo'llarining kasalliklari;
- obstruktiv kasalliklar (Oddi sfinkteri patologiyasi; o'simta bilan kanallarni siqish; oshqozon osti bezi boshidagi travmadan keyingi sikatrik o'zgarishlar, konjenital kasalliklar (pankreas divisum).
- spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish;
- diabetes mellitus, giperparatiroidizm, giperkolesterolemiya, gemokromatoz;
- yuqumli kasalliklarning natijasi;
- toksik ta'sirlar (shu jumladan dori vositalari);
- outoimmun;
- irsiy omil;
- idiopatik variant.

Surunkali polimorfik pankreatitning klinik ko'rinishi ushbu kasallikning sabablarining xilma-xilligi va qo'shni organlarning patologik jarayonga tez-tez jalb etilishi. Etakchi sindromlar: qorin og'rig'i sindromi; ekzo- va endokrin pankreatik etishmovchilik sindromlari. Kasallikning uch davri mavjud.

Dastlabki davr (kurs davomiyligi 10 yilgacha) alevlenme va remissiya davrlarining almashinishi, turli intensivlik va lokalizatsiya og'riqlarining paydo bo'lishi va tushishi bilan tavsiflanadi. Dispepsiya qo'shma, ikkilamchi xususiyatga ega. Ikkinchi davr - ekzokrin sekretor etishmovchilik bosqichi (kurs davomiyligi 10 yildan ortiq). Og'riq dispeptik sindromga (oshqozon va ichak) yo'l beradi. Og'riq sindromi ifodalanmaydi yoki yo'q bo'lib qoladi. Симптомы желудочной диспепсии (тошнота, рвота, расстройства аппетита) связаны с проявлениями дуоденостаза, гастроэзофагеального рефлюкса, а симптомокомплекс кишечной диспепсии возникает на фоне синдрома мальдигестии (нарушения переваривания пищи), появляется нарушением работы кишечника. Rivojlangan malabsorbtsiya sindromi (so'rilishning buzilishi) tufayli trofik etishmovchilik (vazn yo'qotish) rivojlanadi. Kursning murakkab varianti davri (asallanishning rivojlanishi kasallikning har qanday bosqichida mumkin). Kasallikning odatiy kursida o'zgarish mavjud: 6 ta maydonning intensivligi o'zgaradi, og'riq doimiy yoki nurlanishga aylanishi mumkin, orqa sohada lokalizatsiya qilinishi mumkin va hokazo; bemorlarning 50% da u yuqori intensivlikka ega, uzoq vaqt davom etadi, oziq-ovqat iste'mol qilish fonida ortadi. Bemorlarning 15 foizida og'riq yo'q. Og'riq sindromining bir nechta tipik variantlari mavjud:

- yaraga o'xshash xarakter;
- chap tomonlama buyrak kolikasi turiga ko'ra;
- o'ng hipokondrium sindromi (30-40% da xolestaz bilan sodir bo'ladi);
- keng tarqalgan og'riq sindromi (aniq lokalizatsiyasiz).

Surunkali pankreatitning asoratlari: safro chiqishining buzilishi; portal gipertenziya; yuqumli (xolangit, xo'ppoz shakllanishi); yallig'lanish o'zgarishlari (xo'ppoz, kist, parapankreatit, eroziv ezofagit, gastroduodenal qon ketish, pnevmoniya, efüzyon plevriti, paranefrit, o'tkir buyrak etishmovchiligi); endokrin kasalliklar (pankreatogen diabetes mellitus, gipoglikemik sharoitlar).

DIAGNOZ

Surunkali pankreatitning laboratoriya diagnostikasi qon va siydikdagi oshqozon osti bezi fermentlarining faolligini aniqlash, ekzo- va endokrin etishmovchilikni aniqlashga asoslangan. Qonni keng qamrovli biokimyoviy va umumiy klinik o'rganish, kengaytirilgan koprologik tadqiqot o'tkazilmoqda.

Instrumental diagnostika a: ultratovush, KT, MRT va MR xolangiopankreatografiyasi (MRXPG) - MRT surunkali pankreatit va saratonni differentsial tashxislashda, kistalar va psevdokistalarni, shu jumladan oshqozon osti bezi saratonini tashxislashda KT tekshiruviga alternativa sifatida ko'rib chiqiladi. Chr diagnostikasida MRTning sezgirligi. pankreatit 92,2%. MRXPG diagnostikaning asosiy usuli sifatida to'g'ridan-to'g'ri kontrastli usullarni (MRXPG) yuqori asoratlar xavfi bilan almashtirishga qodir. Non-invazivligini hisobga olgan holda, bu, ayniqsa, yod o'z ichiga olgan dorilarga nisbatan

murosasizlik va bemorning og'ir ahvolidagi diagnostik tanlov usuli bo'lishi mumkin. MRXPG yordamida olingan ma'lumotlar ultratovush, KT va standart MRT, shu jumladan, boshqa invaziv bo'lmagan usullarning axborot mazmunidan sezilarli darajada oshadi. MRXPG bilan qorin bo'shlig'ining standart MRT tekshiruvini ham amalga oshiriladi, unda bez parenximasi holatini va qo'shni organlarning tuzilishini aniqlash mumkin, bu saratonga o'tishga shubha qilingan taqdirda alohida ahamiyatga ega.

Endoskopiya katta o'n ikki barmoqli ichak nipelining patologiyasini tashxislash imkonini beradi; oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklarini aniqlash. Rentgen diagnostikasi - qorin bo'shlig'i organlarining oddiy rentgenografiyasi bilan aniqlangan oshqozon osti bezining kalsifikatsiyasi surunkali pankreatitga xos bo'lgan eng ishonchli rentgenologik alomat hisoblanadi. Bundan tashqari, ko'krak qafasi organlarining rentgenogrammasini o'tkazish tavsiya etiladi (chap tomonlama (kamroq ikki tomonlama) ekssudativ plevrit yoki chap o'pkaning pastki bo'lagining atelektazi).

Prognoz _ Spirtli surunkali pankreatit bilan og'irigan bemorlarning o'n yillik omon qolish darajasi spirtli ichimliklarni iste'mol qilishni to'xtatganda 80% ni tashkil qiladi va agar bemor spirtli ichimliklarni iste'mol qilishni davom ettirsa, 2 baravardan ko'proq kamayadi.

O'zbekistonda o'tkir pankreatit bilan kasallanishning tez sur'atlar bilan o'sishi 20-asrning o'rtalaridan boshlab belgilab qo'yilgan va shu vaqtgacha mahalliy adabiyotlarda ushbu kasallikning mingdan ortiq kuzatuvlari tasvirlanmagan. Hozirgi vaqtda turli mualliflarning fikriga ko'ra, o'tkir pankreatit jarrohlik bemorlarning umumiy sonining 10 dan 25% gacha va o'tkir appenditsit va o'tkir appenditsitdan keyin o'tkir jarrohlik kasalliklari tarkibida uchinchi o'rinda turadi [1, 3]. Kasallikning halokatli shakllari soni ham ko'payib bormoqda, bu o'tkir pankreatit bilan og'irigan bemorlarning 20-44% ni tashkil qiladi [5]. Shu bilan birga, nekrotik o'choqlar bemorlarning 40-70 foizida infeksiyalanadi [1, 2]. O'tkir pankreatitning halokatli shakllarida o'lim jarayonining og'irligiga qarab 7 dan 50% gacha (o'rtacha 20-30%) o'zgarib turadi [1, 2, 6, 7]. Yuqtirilgan pankreatik nekroz bilan o'lim darajasi 85% ga etadi, kasallikning fulminant kursi bilan - 100% [1, 8]. Destruktiv pankreatitning erta toksemik va kech septik asoratlari hali ham bemorlarda o'limning asosiy sababi bo'lib qolmoqda [2, 3]. Infeksiyalangan pankreatik nekrozda yuqori o'lim ko'rsatkichi gemodinamik buzilishlardan keyingi poliorganik etishmovchilik bilan bevosita bog'liq. 2008-2009-yillarda Samarqand shahar 1-Respublika klinik shifoxonasining jarrohlik bo'limida 60 nafar bemor o'tkir destruktiv pankreatit bilan davolandi. Ulardan 46 nafari erkak (76,7 foiz), 14 nafari ayol (23,3 foiz). Bemorlarning o'rtacha yoshi $43,7 \pm 13,2$ yil (19 yoshdan 69 yoshgacha o'zgargan). Etiologiyasiga ko'ra kasallikning tuzilishi quyidagicha: travmatik pankreatit - 3 (5%), alkogolli - 29 (48,3%), o't - 13 (21,7%), alimentar - 13 (21,7%), idiopatik - 2. (3,3%). Aseptik pankreatik nekrozlar 19 bemorda (31,7%), infeksiyalanganlar - 41 (68,3%). Pankreatik nekroz infeksiyasini va tizimli yallig'lanish reaksiyasini aniqlash uchun

prokalsitonin, C-reaktiv oqsil darajasi baholandi. Ikkilamchi immunitet tanqisligini aniqlash uchun qon immunogrammasi dinamikada o'rganildi.

Usul. Pankreatitning og'irligi yuqorida sanab o'tilgan laboratoriya va instrumental tadqiqot usullaridan foydalangan holda, Ranson tizimidan foydalangan holda aniqlangan. Agar jarrohlik davolash zarur bo'lsa, laparoskopik, minimal invaziv operatsiyalar, infeksiyalangan pankreatik nekrozlar, "dasturlashtirilgan" relaparotomiya va "talab bo'yicha" relaparotomiya usuli qo'llaniladi. Intensiv konservativ terapiyada oshqozon osti bezining tashqi sekretsiyasini bostirish uchun sandostatin mavjud edi. Va ikkilamchi immunitet tanqisligi bilan ronkoleykin ishlatilgan.

Tadqiqot natijasi. Ranson tizimida bemorlarning og'irlik darajasi bo'yicha taqsimlanishi quyidagicha: o'rtacha og'irlik (Ranson bo'yicha 3-4 belgi) - 25 kishi (41,6%); og'ir kurs (5-6 belgi) - 19 kishi (31,7%); o'ta og'ir kurs (>6 belgilar) - 16 kishi (26,7%). O'tkir pankreatit bilan og'irgan bemorlarning tadqiqot guruhida o'rtacha operatsiyalar soni 5 tani tashkil etdi, o'lim darajasi 26,7% ni tashkil etdi. Ko'rib chiqilgan barcha holatlarda o'tkir destruktiv pankreatitda o'limning sababi infeksiyalangan pankreatik nekroz bosqichida septik holatning rivojlanishi bilan bog'liq poliorganik etishmovchilik edi.

Xulosa. Bizning ma'lumotlarga ko'ra, yosh va mehnatga layoqatli yoshdagi bemorlar, hatto homilador ayollar yoki yaqinda tug'ilgan ayollar ham o'tkir destruktiv pankreatit bilan kasallanish ehtimoli ko'proq bo'lib, bu muammoga ijtimoiy-iqtisodiy ahamiyatga ega. Faqat o'tkir destruktiv pankreatitni o'z vaqtida tashxislash, samarali intensiv terapiya, pankreatik nekroz infeksiyasini erta tashxislash va jarrohlik uchun ko'rsatmalarni aniqlash bilan ushbu kasallikni davolashda ijobiy natijalarga erishish mumkin.

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. – T. 2. – №. 3. – C. 246-249.
2. Alisherovich U. K. et al. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF MULTI-STAGE SURGICAL TACTICS IN SEVERE LIVER DAMAGE //Research Focus. – 2023. – T. 2. – №. 1. – C. 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. – T. 2. – №. 1. – C. 319-325.
4. Ахмедов Р. Ф. и др. Диагностическая значимость уровня прокальцитонина при ожоговой болезни //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – C. 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. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ 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 БИМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 5.
16. Даминов Ф. А., Хурсанов Ё. Э., Карабаев Х. К. НАШ ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ТЯЖЕЛО ОБОЖЖЕННЫХ //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 ТЯЖЕЛО ОБОЖЖЕННЫХ (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 //Шпитальнах ірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука. – №. 1. – С. 56-61.
24. Курбонов Н. А. и др. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEEP BURNING PATIENTS //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
25. Курбонов 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., Сабилов, Б., Абдуллаев, У., Эгамов, Б., ... & Курбонов, Н. Все статьи-Эндокринология и метаболизм. Морфология, 65(68), 23.
32. Сабилов 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.