

ОПТИМИЗАЦИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПЕРВИЧНЫХ И ВТОРИЧНЫХ ФОРМ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

Баходиров Жахонгир Шавкатжон угли

Клиник ординатор СамГМУ Самарканд Узбекистан

Рассмотрена роль дополнительных методов исследования (инструментальных, лабораторных, консультаций специалистов) в диагностике первичных и вторичных форм головной боли (ГБ). Констатируется, что дополнительные исследования не имеют диагностической ценности, не входят в стандарты диагностики первичных цефалгий и поэтому должны проводиться только при наличии показаний. Приведены показания для назначения дополнительных исследований (в том числе нейровизуализационных) пациентам с жалобами на ГБ, а также перечень распространенных ошибочных диагнозов — «масок» первичных форм ГБ. Избыточное назначение инструментальных исследований пациентам с жалобами на ГБ и неправильная трактовка выявленных неспецифических изменений — одна из основных причин ошибочной диагностики, а следовательно, и терапии цефалгий в нашей стране.

Ключевые слова: первичная форма головной боли, вторичная форма головной боли, диагностика головной боли, инструментальные методы исследования, нейровизуализационные методы

The article presents the role of additional methods of investigation (instrumental, laboratory tests and specialists' consultations) in the diagnosis of primary and secondary forms of headache. It is known that additional tests are not included in the international diagnostic headache algorithms because of their poor diagnostic value and must be only used if there are strict indications. The paper presents the indications for additional diagnostic tests (including neuroimaging) in patients suffering from headache and the list of false diagnosis — masks of the primary forms of headache - elaborated by the Russian Headache Research Society. The exaggerated prescribing of instrumental tests in patients with headache and misinterpretation of unspecific changes are the main causes of false diagnosis and therefore the false treatment of headaches in Russia.

Key words: primary headaches, secondary headaches, headache diagnosis, instrumental investigations in headache, neuroimaging.

В соответствии с Международной классификацией боли, к первичным формам головной боли (ГБ) относятся мигрень, головная боль напряжения (ГБН), тригеминальные вегетативные цефалгии и несколько более редких форм (ГБ, связанная с физической, сексуальной активностью, кашлевая ГБ и др.) [2, 6, 22]. Согласно международным стандартам, диагностика первичных форм ГБ является целиком клинической, т. е. основывается на анализе жалоб, данных анамнеза и

объективного осмотра пациента и не требует проведения дополнительных исследований [3, 6, 8, 18, 28]. Это обусловлено тем обстоятельством, что у подавляющего большинства пациентов с первичными цефалгиями при проведении инструментальных, лабораторных исследований и консультациях специалистов не выявляется никаких специфических изменений, которые могли бы указывать на причину или механизм возникновения ГБ. Изменения, которые могут выявляться при этих обследованиях, как правило, имеют неспецифический характер, т. е. могут обнаруживаться и у пациентов без жалоб на ГБ, и не могут считаться признаками той или иной формы ГБ. Примерами таких неспецифических изменений могут быть незначительное расширение субарахноидального пространства и единичные гиперинтенсивные очаги в белом веществе головного мозга при нейровизуализационных исследованиях, снижение порога судорожной готовности или дисфункция срединных структур мозга по данным электроэнцефалографии (ЭЭГ), изменение линейной скорости кровотока и нарушение венозного оттока при ультразвуковой доплерографии, реоэнцефалографии или дуплексном сканировании, дистрофические изменения при проведении рентгенографии шейного отдела позвоночника, ангиопатия сетчатки при консультации окулиста и т. п. В то же время по сравнению с другими странами в России до сих пор широко распространена практика обязательного направления пациентов с жалобами на ГБ на дополнительные исследования. Наиболее популярными методами у российских неврологов и терапевтов являются ультразвуковая доплерография или дуплексное сканирование сосудов головы и шеи (в ряде учреждений до сих пор применяют устаревший метод реоэнцефалографии), ЭЭГ, нейровизуализационные методы, рентгенография шейного отдела позвоночника, консультация окулиста [1, 12]. Как показано в работах отечественных авторов, для многих российских неврологов и врачей общей практики эти неспецифические изменения являются основанием для установления у пациентов с жалобами на ГБ ошибочных диагнозов вместо диагноза первичной цефалгии [9, 12]. Например, обнаружение у немолодого пациента с клинической картиной ГБН при магнитно-резонансной томографии (МРТ) незначительного расширения субарахноидального пространства и/или единичных очагов в белом веществе головного мозга нередко является основанием для установления диагноза дисциркуляторной энцефалопатии вместо диагноза ГБН, наличие дегенеративных изменений в шейном отделе позвоночника у пациента с клинической картиной мигрени — для установления диагноза остеохондроза позвоночника с цефалгическим синдромом вместо диагноза мигрени без ауры. Перечень наиболее распространенных ошибочных диагнозов приведен ниже. Ошибочные диагнозы — «маски» первичных форм ГБ

◆ Дисциркуляторная (атеросклеротическая / гипертоническая) энцефалопатия.

- ◆ Гипертензионно-гидроцефальный синдром.
- ◆ Последствия черепно-мозговой травмы / посттравматический арахноидит / посттравматическая энцефалопатия.
- ◆ Остеохондроз шейного отдела позвоночника с цефалгическим синдромом.
- ◆ Вертебрально-базилярная недостаточность.
- ◆ Вегетососудистая дистония с цефалгическим синдромом. Приверженность к назначению дополнительных исследований пациентам с жалобами на ГБ в немалой степени обусловлена тем, что практикующие врачи вынуждены придерживаться утвержденных стандартов оказания медицинской помощи. Так, в Перечень обязательных работ и услуг для диагностики мигрени, разработанный Минздравсоцразвития России в 2010 г., входят общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи, ЭЭГ и рентгенография черепа в двух проекциях [7]. Поскольку ни один из перечисленных методов не является информативным в диагностике мигрени, указанный стандарт должен быть пересмотрен. Установление ошибочных «органических» диагнозов в свою очередь обуславливает выбор неправильной терапевтической стратегии. В двух исследованиях, проведенных в нашей стране, показано, что при назначении курсового лечения пациентам с жалобами на ГБ врачи отдают предпочтение вазоактивным, ноотропным препаратам и церебропротекторам (кавинтон, циннаризин, пирацетам, глицин и т.д.), не оказывающих специфического действия при первичных формах ГБ [1, 5]. В то же время выявлена низкая частота назначения специфической профилактической терапии мигрени (β -блокаторы, блокаторы кальциевых каналов, антиконвульсанты, антидепрессанты). При некоторых обстоятельствах дополнительные исследования у пациентов с жалобами на ГБ имеют несомненную ценность. Основным показанием для обследования пациента является подозрение на вторичный (симптоматический) характер ГБ. Показания для назначения дополнительных исследований у пациентов с жалобами на ГБ, уточненные Российским обществом по изучению головной боли в 2010 г., приведены ниже.

Показания для назначения дополнительных исследований у пациентов с жалобами на ГБ

- ◆ Подозрение на симптоматический (вторичный) характер цефалгии.
- Выявление диагностических признаков вторичной формы ГБ: — ГБ непосредственно связана с началом или обострением основного заболевания, которое может быть причиной ГБ; — наличие клинических симптомов основного заболевания; — данные лабораторных и инструментальных исследований подтверждают наличие основного заболевания; — ГБ исчезает во время ремиссии или при успешном лечении основного заболевания.

- Сомнения в вероятном клиническом диагнозе первичной формы ГБ (нетипичные жалобы или течение ГБ, выявление не всех признаков первичной формы ГБ).
- Наличие одного или более «сигналов опасности».
- Требование пациента или его родственников. Безусловным показанием для обследования пациента является выявление диагностических признаков вторичной формы ГБ, определенных Международной классификацией головной боли [6, 22]. Сомнения в диагнозе первичной формы ГБ возникают при нетипичной клинической картине и/или выявлении не всех диагностических признаков цефалгии.

Примеры нетипичной клинической картины некоторых первичных форм ГБ:

- ◆ Мигрень: исключительно односторонний характер ГБ без чередования сторон, полная неэффективность любых триптанов и препаратов эрготамина.
- ◆ ГБН: интенсивность ГБ более 8 баллов по визуально-аналоговой шкале, усиление боли при изменении положения головы.
- ◆ Пучковая (кластерная) ГБ: отсутствие ночных приступов, интенсивность боли менее 10 баллов по визуально-аналоговой шкале — во время приступа ГБ пациент может находиться в покое, за исключением первого болевого пучка, когда боль еще может быть умеренной. Показанием для тщательного обследования пациента с жалобами на ГБ также являютсястораживающие патологические симптомы, так называемые сигналы опасности, которые могут быть выявлены при расспросе и осмотре пациента. Основные «сигналы опасности» приведены ниже. «Сигналы опасности» и некоторые их возможные причины у пациентов с жалобами на ГБ
- ◆ Громopodobная ГБ (интенсивная ГБ с «взрывоподобным» или внезапным началом, стремительно нарастающая в течение 1 мин) — Субарахноидальное кровоизлияние, синдром обратимого церебрального вазоспазма.
- ◆ ГБ с атипичной аурой (более 1 ч или с двигательной слабостью) — транзиторная ишемическая атака (ТИА) или инсульт.
- ◆ Аура без ГБ без указаний на мигрень с аурой в анамнезе — ТИА, инсульт, мигренозное сопровождение пожилого возраста.
- ◆ Аура, впервые возникшая у пациентки, принимающей комбинированные оральные контрацептивы, — риск возникновения инсульта.
- ◆ Впервые возникшая ГБ у пациента старше 50 лет — височный артериит или внутричерепная опухоль (внутричерепную опухоль также следует заподозрить при возникновении ГБ у детей в препубертатном периоде).
- ◆ Нарастающая ГБ, усиливающаяся в течение нескольких недель и более, — внутричерепное объемное образование.

◆ ГБ, усиливающаяся при изменении позы или при нагрузках, повышающих внутричерепное давление (кашель, чихание, натуживание), — внутричерепное объемное образование.

◆ Впервые возникшая ГБ у пациента с онкологическим заболеванием, ВИЧ-инфекцией или иммунодефицитом в анамнезе.

◆ Внезапное возникновение ГБ нового, необычного для пациента характера.

◆ Изменения в сфере сознания (оглушенность, спутанность сознания или потеря памяти) или психические нарушения.

◆ Очаговые неврологические знаки или симптомы системного заболевания (лихорадка, артралгии, миалгии). Показаниями для назначения исследований (даже при отсутствии у врача сомнений в диагнозе), в первую очередь нейровизуализационных, нередко являются «немедицинские» факторы: просьба пациента или его родственников и следование принципу «гипердиагностика лучше, чем гиподиагностика». Особую диагностическую ценность при уточнении симптоматической природы ГБ имеют нейровизуализационные методы исследования. Ниже приведены показания для проведения у пациентов с жалобами на ГБ [16, 19, 20] нейровизуализационных исследований, многие из которых включают перечисленные выше «сигналы опасности».

Показания для назначения нейровизуализационных исследований пациентам с жалобами на ГБ

◆ Впервые возникшая ГБ.

◆ Внезапно возникшая интенсивная ГБ, в том числе громоподобная.

◆ ГБ с прогрессивно нарастающей частотой или интенсивностью.

◆ ГБ, пробуждающая пациента от сна.

◆ Изменение привычных клинических характеристик ГБ.

◆ Строго односторонняя ГБ (отсутствие смены стороны).

◆ ГБ, впервые возникшая в возрасте старше 50 лет.

◆ Хроническая ежедневная ГБ.

◆ ГБ, резистентная к лечению.

◆ ГБ у пациента с эпилептическими припадками.

◆ Наличие локальных неврологических симптомов или патологических отклонений при осмотре.

◆ Немигренозная ГБ, сопровождающаяся аурой с неврологическими знаками.

◆ Впервые возникшая ГБ у пациента с онкологическим заболеванием или ВИЧ-инфекцией в анамнезе.

◆ Немигренозная ГБ, сопровождающаяся лихорадкой, ригидностью затылочных мышц, тошнотой или рвотой.

◆ ГБ, сочетающаяся с отеком диска зрительного нерва, когнитивными нарушениями или изменениями личности. У большинства пациентов с мигренью после анализа жалоб, факторов, провоцирующих приступ, данных анамнеза, наследственного анамнеза и объективного осмотра диагноз не вызывает сомнений. В то же время в ряде случаев может возникнуть необходимость в направлении пациента на нейровизуализационные исследования [11, 14—16].

Показания для проведения нейровизуализационных исследований у пациентов с жалобами на ГБ

◆ Персистирующая мигренозная ГБ продолжительностью менее 6 мес, не отвечающая на терапию.

◆ Мигренозная ГБ, сочетающаяся с органическими неврологическими признаками, например с отеком диска зрительного нерва, нистагмом, двигательными нарушениями или нарушениями походки.

◆ Персистирующая ГБ у пациента без семейного анамнеза мигрени.

◆ Персистирующая ГБ, сочетающаяся с эпизодами нарушения сознания, дезориентации или рвотой.

◆ Начало мигрени в возрасте старше 50 лет.

◆ Мигренозная ГБ у ребенка, повторно пробуждающая его или возникающая сразу после пробуждения.

◆ Указание на семейную предрасположенность к заболеваниям центральной нервной системы или наличие клинических или лабораторных отклонений, которые могут указывать на такое заболевание.

◆ Нетипичная, пролонгированная или персистирующая аура.

◆ Базилярная или гемиплегическая мигрень.

◆ Мигренозная аура без ГБ (мигренозное сопровождение пожилого возраста).

◆ Нарастающие частота, интенсивность ГБ или изменение привычной клинической картины мигрени.

◆ Строго односторонняя ГБ (без смены стороны боли).

◆ Мигренозный статус.

◆ Впервые возникшая или очень сильная мигренозная ГБ.

«Катастрофическая» мигрень (crush migraine).

◆ Мигренозные приступы, впервые возникшие после травмы. Необходимо отметить, что у ряда больных с мигренью при проведении стандартной МРТ могут выявляться единичные гиперинтенсивные очаги в субкортикальном белом веществе головного мозга и, реже, в стволовых структурах [11, 13, 17, 24]. При проведении высокопольной МРТ (3 Т) у больных с мигренью по сравнению с пациентами без мигрени очаговые изменения могут выявляться не только в белом, но и в сером веществе головного мозга [26]. Эти очаги не имеют специфических

морфологических признаков, поэтому не могут считаться нейровизуализационными маркерами мигрени. Поскольку у подавляющего большинства пациентов с жалобами на ГБ не выявляется заболеваний, которые могли бы быть причиной очагового повреждения вещества головного мозга (артериальная гипертензия, атеросклероз сосудов головного мозга, перенесенные ТИА или острые нарушения мозгового кровообращения), высказано предположение, что мигрень является независимым фактором риска развития очагового ишемического поражения головного мозга [2, 6]. По данным недавних отечественных исследований с использованием метода магнитно-резонансной перфузии, к формированию стойких гиперинтенсивных очагов в субкортикальном белом веществе у пациентов с мигренью могут приводить преходящие нарушения перфузии — регионарная гипоперфузия в одной из лобных долей, совпадающая со стороной ГБ [23—25]. Авторы предполагают, что эти нарушения, возникающие при повторных приступах мигрени, могут приводить к необратимому повреждению участка головного мозга, т.е. к формированию стойкого гиперинтенсивного очага. Возможными факторами, предрасполагающими к формированию таких очагов, являются длительный анамнез мигрени и высокая частота приступов [23, 26]. Следовательно, несмотря на то что современные методы нейровизуализации, в первую очередь МТР, не имеют диагностической ценности при мигрени, они могут быть полезны для уточнения некоторых ее патофизиологических механизмов. При разных формах ГБ дополнительные методы имеют неодинаковую информативность. Ниже приведены некоторые характеристики и преимущества наиболее распространенных инструментальных и лабораторных методов исследования у пациентов с жалобами на ГБ [4, 14—16, 20, 21]. Компьютерная томография. Большинство клинических разновидностей ГБ, вызванных патологией головного мозга, может быть выявлено с помощью компьютерной томографии (КТ). Использование внутривенного контрастирования может быть полезно при наличии опухолей и сосудистых мальформаций. КТ имеет больший диагностический потенциал, чем МРТ, при костных поражениях, в том числе после острых травм головы, а также при субарахноидальных кровоизлияниях. В то же время некоторые повреждения могут быть пропущены при проведении рутинной КТ. Причины ГБ, которые могут не выявляться при рутинной КТ

- ◆ Мешковидная аневризма.
- ◆ Артериовенозная мальформация (особенно в области задней черепной ямки).
- ◆ Субарахноидальное кровоизлияние.
- ◆ Расслоение сонной или позвоночной артерии.
- ◆ Церебральный венозный тромбоз.

- ◆ Васкулит (поражение белого вещества).
- ◆ Субдуральные или эпидуральные гематомы.
- ◆ Новообразования:

- опухоли (особенно задней черепной ямки);
- менингеальный карциноматоз;
- опухоль или кровоизлияние в гипофиз.

- ◆ Цервикомедуллярные поражения:

- мальформация Киари;
- менингиома большого затылочного отверстия.

- ◆ Инфекционные поражения:

- параназальный синусит;
- менингоэнцефалит;

• абсцесс головного мозга. Магнитно-резонансная томография. При определении природы вторичных форм ГБ МРТ является более информативной, чем КТ. Информативность МРТ зависит от таких параметров, как напряженность магнитного поля, использование контрастирования, применение режимов магнитно-резонансной ангиографии и венографии. Рутинная МРТ может быть полезна при выявлении таких причин цефалгии, как параназальный синусит, поражение гипофиза, задней черепной ямки, кортикальных вен (например, тромбоз верхнего сагиттального синуса), краниовертебрального сочленения (мальформация Киари), внутричерепные аневризмы, расслоение каротидных артерий, поражение белого вещества, инфаркт, а также новообразования, которые не видны при КТ. Магнитно-резонансная ангиография и венография имеют сопоставимую с методом церебральной ангиографии информативность в отношении аневризм, артериовенозных мальформаций, расслоений артерий и венозных тромбозов. Электроэнцефалография. В современных стандартах диагностики цефалгических синдромов постулируется, что «ЭЭГ не является полезной в диагностике ГБ, поэтому не входит в число методов обследования пациентов с цефалгиями». Исключениями являются случаи сочетания повторяющейся ГБ с эпилептическими проявлениями: припадками, атипичной мигренозной аурой или повторяющимися эпизодами потери сознания. ЭЭГ также не рекомендуется для диагностики структурных повреждений головного мозга как причинных факторов цефалгий. Люмбальная пункция. Важным диагностическим тестом у пациентов с жалобами на ГБ при подозрении на менингит, энцефалит, карциноматоз или лимфоматоз, субарахноидальное кровоизлияние, а также при повышенном или сниженном давлении цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) является люмбальная пункция (ЛП). Плеоцитоз ЦСЖ является одним из диагностических признаков редкого синдрома транзиторной ГБ с

неврологическими проявлениями и лимфоцитозом ЦСЖ. Показания для проведения ЛП у пациентов с жалобами на ГБ и возможные диагнозы Клинический признак Возможный диагноз на основании ЛП Впервые возникшая или очень сильная ГБ Субарахноидальное кровоизлияние или менингит ГБ, сочетающаяся с лихорадкой или другими симптомами инфекционного поражения Менингит или энцефалит Подострая или прогрессирующая ГБ у пациентов, имеющих факторы риска Криптококковый менингит у ВИЧ-позитивного пациента Менингеальный карциноматоз у пациента с онкологическим заболеванием в анамнезе Псевдотумор головного мозга у женщины с ожирением без признаков отека дисков зрительного нерва Ортостатическая ГБ с диффузным утолщением мозговых оболочек на МРТ Синдром пониженного давления ЦСЖ Лабораторное исследование крови. Как правило, исследование крови не является информативным не только при первичных, но и при многих вторичных цефалгиях. В то же время при некоторых цефалгических синдромах гематологические исследования имеют диагностическую ценность. Показания для проведения таких исследований приведены ниже. Рекомендуемые гематологические тесты и показания к их проведению у пациентов с жалобами на ГБ Показание (подозреваемое заболевание) Гематологические тесты Воспалительные заболевания (височный артериит, васкулит и др.) Определение СОЭ, С-реактивного белка, антинуклеарных антител, ревматоидного фактора Инфекционные заболевания (СПИД, болезнь Лайма) Выявление антител к ВИЧ, антител к боррелиям Массивное поражение белого вещества головного мозга, выявленное при МРТ Определение волчаночного антикоагулянта, антител к антикардиолипину Аденома гипофиза Оценка уровня пролактина, тиреотропного гормона (ТТГ) Анемия и тромбоцитопеническая пурпура Общий анализ крови с определением количества тромбоцитов Метаболические заболевания, в том числе болезни почек Оценка уровня кальция, ТТГ, азота мочевины, креатинина Мониторирование побочных эффектов лекарственных препаратов Общий анализ крови, биохимическое исследование крови, оценка уровня ТТГ Кроме того, гематологические исследования могут быть полезными для мониторинга побочных эффектов лекарственных препаратов, например при длительном приеме препаратов вальпроевой кислоты для профилактики мигрени, карбамазепина у пациентов с тригеминальной невралгией или лития у больных с кластерной ГБ.

Таким образом, дополнительные методы исследования имеют разную диагностическую ценность при первичных и вторичных формах ГБ. Основными показаниями для направления пациентов с жалобами на ГБ на дополнительные исследования служат нетипичная ГБ, выявление диагностических признаков вторичной формы ГБ и «сигналов опасности». Избыточное назначение

инструментальных исследований пациентам с жалобами на ГБ и неправильная трактовка выявленных неспецифических изменений — одна из причин ошибочных диагнозов у больных с цефалгиями.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Babajanov A. S. et al. Choices in surgical treatment of thermal burns //Science and world. – 2013. – Т. 24.
2. Daminov F. A. et al. Surgical tactics for the treatment of diffuse toxic goiter //Academic Journal of Western Siberia. – 2013. – Т. 9. – №. 1. – С. 21-25.
3. Daminov F. A. et all, 2013. Khirurgicheskaya taktika lecheniya diffuzno-toksicheskogo zoba [Surgical tactics of treatment diffuse-toxic goiter] //Academic Journal of Western Siberia (Vols. 9). – Т. 1.
4. Daminov F. A. i dr. Xirurgicheskaya taktika lecheniya diffuzno-toksicheskogo zoba //Akademicheskij jurnal Zapadnoy Sibiri. – 2013. – Т. 9. – №. 1. – С. 21-21.
5. Daminov F. A. Khirurgicheskaya taktika lecheniya diffuzno-toksicheskogo zoba. Academic Journal of Western Siberia (Vols. 9). 1 (Pp. 21). – 2013.
6. Daminov F. A., Tagaev K. R. Diagnosis, treatment and prevention of erosive-ulceral diseases of the gastrointestinal tract in heavy bears //Journal of Advanced Research in Dynamical and Control Systems. – 2020. – Т. 12. – №. 7 Special Issue. – С. 150-153.
7. Gulamov O. M. et al. Modern methods of diagnosis and treatment of barrett esophagus //Doctor's herald. – 2020. – Т. 2. – С. 94.
8. Karabaev H. K. et al. BURN INJURY IN ELDERLY AND OLD AGE PERSONS //Art of Medicine. International Medical Scientific Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 1.
9. Karabaev H. K. et al. BURN INJURY IN ELDERLY AND OLD AGE PERSONS //Art of Medicine. International Medical Scientific Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 1.
10. Khadjibaev F. A. et al. RESULTS OF TREATMENT OF CLOSED PANCREATIC INJURIES IN RSCFEMA AND ITS BRANCHES //Art of Medicine. International Medical Scientific Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 1.
11. Kurbaniyazov Z. B. et al. MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN THE SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC LOWER LIMB VENOUS INSUFFICIENCY //World Bulletin of Public Health. – 2022. – Т. 8. – С. 157-160.
12. Kurbaniyazov Z. et al. Sposob nenatyazhnoy gernoaloplastiki u bol'nykh pakhovoy gryzhey //Ofitsial'nyy byulleten. – 2014. – Т. 6. – №. 158. – С. 7-8.
13. Mansurov T. T., Daminov F. A. ANALYSIS OF THE RESULTS OF THE POSSIBILITY OF VIDEOLAPAROSCOPY IN THE DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION //Art of Medicine. International Medical Scientific Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 1.

14. Mansurov T. T., Daminov F. A. Complex Diagnosis and Treatment of Patients with Acute Adhesive Intestinal Obstruction //British Medical Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 1.
15. Mansurov T. T., Daminov F. A. LAPAROSCOPIC ADHESIOLYSIS IN TREATMENT OF ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION //Conference Zone. – 2021. – С. 141-142.
16. Muzaffarova Y. G. MODERN PEDAGOGICAL TECHNOLOGIES IN TEACHING ENGLISH //Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies (CARJIS). – 2022. – Т. 2. – №. Special Issue 4. – С. 160-164
17. Rakhmanov K. E. et al. Optimizatsiya gernoaloplastiki pakhovykh gryzh. – 2014.
18. Ruziboev S. A., Daminov F. A. OUR EXPERIENCE IN TREATMENT OF STRESS ULTRASONICS IN SEVERE BURNED //Euro-Asia Conferences. – 2021. – Т. 1. – №. 1. – С. 447-449.
19. Turayevich Y. O., Saydullaev Z. Y., Daminov F. A. DETERMINATION OF THE MECHANISM OF HEMOSTATIC ACTION OF GEPROCELL IN AN EXPERIMENTAL MODEL OF HEAT INJURY //Frontline Medical Sciences and Pharmaceutical Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 03. – С. 7-18.
20. Turayevich Y. O., Saydullaev Z. Y., Daminov F. A. DETERMINATION OF THE MECHANISM OF HEMOSTATIC ACTION OF GEPROCELL IN AN EXPERIMENTAL MODEL OF HEAT INJURY //Frontline Medical Sciences and Pharmaceutical Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 03. – С. 7-18.
21. Yunusov O. T., Daminov F. A., Karabaev H. K. Efficiency of Heprocel in Treatment of Patients with Deep Burns //American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2020. – Т. 10. – №. 8. – С. 624-626.
22. Yusupov S. A. et al. DISTANT RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF THYROID NODULES. – 2017.
23. Азимова Ю.Э. Распространенность головных болей и причины обращения к врачу по поводу головной боли по данным Интернет-опроса // Материалы Межрегиональной науч.-практ. конф. «Головная боль — актуальная междисциплинарная проблема». Смоленск, 2009. — С. 122.
24. Алимов Ж. И., Тухтаев Ж. К., Тоиров А. С. ФЛЕБЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 348-349.
25. Ачилов М. и др. МАЛИГНИЗАЦИЯ ЛАШГАН ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРДАН ҚОН КЕТИШДА ХИРУРГИК ТАКТИКА //Журнал вестник врача. – 2021. – Т. 1. – №. 4 (101). – С. 19-23.

26. Ачилов М. и др. Профилактика и лечение повышенного внутрибрюшного давления у больных с перитонитом // Журнал вестник врача. – 2021. – Т. 1. – №. 1 (98). – С. 17-21.
27. Ачилов М. Т. и др. лечение повышенного внутрибрюшного давления у больных с перитонитом // Доктор ахборотномаси, 1 (98), 2021 // DOI. – Т. 10. – С. 16-20.
28. АЧИЛОВ М. Т. и др. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ // Т [a_XW [i [S US S_S^[ùe YfcS^. – Т. 34. – С. 174.
29. Бабажанов А. и др. Эффективность методов лечения различных видов изолированного варикозного расширения вен нижних конечностей // Журнал проблемы биологии и медицины. – 2017. – №. 4 (97). – С. 20-23.
30. Бабажанов А. и др. Эффективность хирургического лечения спаечной кишечной непроходимости // Журнал проблемы биологии и медицины. – 2014. – №. 2 (78). – С. 12-15.
31. Бабажанов А. С. и др. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЕМ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ // Наука и Мир. – 2017. – Т. 1. – №. 5. – С. 75-78.
32. Бабажанов А. С. и др. Анализ результатов методов герниопластики при боковых миофасциальных дефектах живота // ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ. – 2018. – С. 137-140.
33. Бабажанов А. С. и др. Определение показаний к эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК) магистральных подкожных вен при варикозной болезни // Наука и мир. – 2016. – Т. 3. – №. 6. – С. 25-28.
34. Бабажанов А. С. и др. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА // Наука и Мир. – 2017. – Т. 1. – №. 5. – С. 82-84.
35. Бабажанов А. С. и др. Совершенствование методов герниоабдоминопластики при симультанных хирургических заболеваниях // SCIENCE AND WORLD. – 2013. – С. 65.
36. Бабажанов А. С. и др. Сравнение эффективности эндовенозной лазерной коагуляции и традиционной комбинированной флебэктомии // Наука и мир. – 2017. – Т. 1. – №. 5. – С. 85-87.
37. ГУЛАМОВ О. М. и др. ДИАФРАГМА ҚИЗИЛЎНГАЧ ТЕШИГИ ЧУРРАЛАРИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ХИРУРГИК ДАВОСИНИНГ

- ХУСУСИЯТЛАРИ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 2.
38. Гуламов О. М. и др. Хирургическая тактика при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы //НАУКА И ИННОВАЦИИ В XXI ВЕКЕ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ, ОТКРЫТИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ. – 2019. – С. 195-197.
39. Давлатов С. С., Сайдуллаев З. Я., Даминов Ф. А. Миниинвазивные вмешательства при механической желтухе опухолевого генеза периампулярной зоны //Сборник Научно-практической конференций молодых ученых СамМИ. – 2010. – Т. 2. – С. 79-80.
40. Даминов Ф. А. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ УЗЛОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 120-124.
41. Даминов Ф. А. и др. Диагностика и лечение интраабдоминальной гипертензии при ожоговом шоке //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 19-20.
42. Даминов Ф. А. и др. Особенности лечебного питания для ранней профилактики желудочнокишечных осложнений у обожженных //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 21-21.
43. Даминов Ф. А. и др. Синдром кишечной недостаточности и его коррекция у тяжелообожженных //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 20-21.
44. Даминов Ф. А. и др. Хирургическая тактика лечения диффузно-токсического зоба //Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – №. 1. – С. 21-21.
45. Даминов Ф. А. и др. Хирургическая тактика лечения диффузно-токсического зоба //Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – №. 1. – С. 21-21.
46. Даминов Ф. А. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ АДГЕЗИОЛИЗ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СПАЧЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 117-119.
47. Даминов Ф. А., Рузибоев С. А. ПРИМЕНЕНИЕ ЗОНДОВОЙ ПИТАНИЙ-В ПРОФИЛАКТИКЕ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ТЯЖЕЛООБОЖЖЁННЫХ //Advances in Science and Technology. – 2020. – С. 15-16.
48. Курбаниязов З. Б. и др. Результаты хирургического лечения узловых образований щитовидной железы //Национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ. – 2017. – С. 4-7.

49. Курбаниязов З. Б. и др. Результаты хирургического лечения узловых образований щитовидной железы //Национальный хирургический конгресс совместно с XX юбилейным съездом РОЭХ. – 2017. – С. 4-7.
50. Курбаниязов З. и др. Способ ненатяжной герниоаллопластики у больных паховой грыжей //Официальный бюллетень. – 2014. – Т. 6. – №. 158. – С. 7-8.
51. Рахманов К. Э. и др. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом //Завадские чтения. – 2017. – С. 145-148.
52. Тиляков А. Б. и др. Использование лапароскопических технологий в лечении хилезного перитонита //Роль больниц скорой помощи и научно исследовательских институтов в снижении предотвратимой смертности среди населения. – 2018. – С. 155-156.
53. Тоиров А. и др. Особенности облитерации венозной стенки при эндовазальной лазерной коагуляции варикозно расширенных вен нижних конечностей //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2014. – №. 2 (78). – С. 52-54.
54. Тоиров А. С. и др. Причины возникновения рецидива варикозной болезни //SCIENCE AND WORLD. – 2013. – С. 88
55. Тухтаев Ж. К. и др. Сравнительная оценка лечения варикозной болезни нижних конечностей //ДОСТИЖЕНИЯ ВУЗОВСКОЙ НАУКИ 2019. – 2019. – С. 158-161
56. Тухтаев Ж. К. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2014. – С. 597-598.
57. Хакимов Э. А. и др. Оценка эффективности профилактики и лечения синдрома полиорганной недостаточности у тяжелообожженных //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 65-66.
58. Эшонходжаев О. и др. МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА В АБДОМИНАЛЬНОЙ И ТОРАКАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ //Журнал вестник врача. – 2021. – Т. 1. – №. 2 (99). – С. 178-185.
59. Юсупов А. М. и др. Комбинированный метод хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 391-392.
60. Юсупов Ш. А. и др. Отдаленные результаты оперативного лечения узловых образований щитовидной железы //Здобутки клінічної і експериментальної медицини. – 2017. – №. 1. – С. 80-84.
61. Язданкулова Г. М. ВИДЕОМАТЕРИАЛЫ В СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЕ ОБУЧЕНИЯ АУДИРОВАНИЮ НА УРОКАХ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА В

ИИКОЖЕ //Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies (CARJIS).
– 2022. – Т. 2. – №. Special Issue 4. – С. 151-159

ИИКОЖЕ.РУ