

ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОВРЕЖДЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА

*Умедов Х.А., Мизамов Ф.О., Кулиев Й.У., Исраилов И.Х.
Самаркандский государственный медицинский университет
Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд, Узбекистан.*

Резюме

Травматизм в мире неуклонно растет. При закрытой травме живота повреждения печени встречаются от 10 до 17%, а селезенки 16-30%. Лечение при повреждениях печени и селезенки является хирургической. В последнее время для лечения применяется видеолапароскопическая технология. Нам удалось при травме печени и селезенки вести больных консервативно. Важными факторами считали отсутствие признаков перитонита, стабильные показатели уровня гемоглобина и эритроцитов. Наличие гемоперитонеума до 200 мл, по данным УЗИ и КТ.

Ключевые слова: травма живота, повреждение печени и селезенки, консервативная терапия.

В последние годы во всем мире наблюдается неуклонный рост травматизма. Техногенные и природные катастрофы, локальные военные конфликты, транспортные и производственные аварии в 50-60% случаев всех травм приводят к сочетанным и множественным повреждениям органов и систем человеческого тела, и, как следствие, к высоким санитарным потерям в первые часы и сутки [1, 7].

На долю повреждений живота приходится от 1,5 до 36,5% травм мирного времени, но их частота и тяжесть продолжают нарастать [9]. По данным [8], при тяжелой сочетанной травме повреждения органов живота имеются почти у 30% пострадавших. Такая травма из-за тяжести повреждений паренхиматозных органов и трудностей диагностики характеризуется высокой частотой осложнений и летальностью, которая, по данным различных авторов, составляет от 25 до 65% [14].

Главной проблемой является диагностика и лечение сочетанной закрытой травмы живота, сопровождающейся шоком на фоне массивного внутрибрюшного

кровотечения при повреждениях печени и селезёнки [10]. Госпитальная летальность при данном варианте патологии составляет от 17,3 до 72,7% [11].

Актуальность проблемы, как считают [5, 6] обусловлена продолжающимся ростом сочетанной травмы живота, при этом большое число осложнений (45,7-69,9%) и высокая летальность (16,2- 69,5%), по мнению авторов, связаны с отсутствием рациональной общепринятой хирургической тактики при повреждениях паренхиматозных органов [12].

При тупой травме живота повреждения печени встречаются от 10 до 17% [3,11].

Среди закрытых повреждений органов живота разрывы селезёнки составляют 16-30% [11, 13,15].

Появляются отдельные сообщения о том, что небольшие повреждения печени и селезенки у гемодинамически стабильных пациентов и с исключенными повреждениями висцеральных органов (по данным КТ, УЗИ, перитонеального лаважа) лечат консервативно, причем летальность в этой группе пострадавших равна 0% [4].

Таким образом, анализ научной литературы свидетельствует, что проблема с выбором объема и тактики лечения у пострадавших с закрытыми травмами печени и селезенки, по-прежнему остается не решенной [12, 13].

Цель работы - оптимизация методов диагностики и лечения при закрытой травме живота - печени и селезенки.

Материалы и методы исследования. Из общего количества 117 пациентов основной группы в результате обследования у 29 (24.7%) пациентов удалось осуществить консервативное лечение закрытых травм печени и селезёнки. Мужчин было 25, женщин - 4. Возраст больных составил от 19 до 77 лет. Средний возраст больных составил $40,03 \pm 17,1$ лет.

Повреждения печени были диагностированы у 9 пациентов, селезенки - у 19, а еще у 1 пациента отмечены повреждения печени и селезенки.

Травма печени или селезенки была установлена сразу при поступлении у 20 пациентов: при выполнении УЗИ брюшной полости - 16, и еще 4 - при КТ. Еще у 9

пациентов травма органов явилась находкой после выполнении УЗИ на следующие сутки от поступления при отсутствии клинических данных за повреждение органов брюшной полости.

Согласно классификации тяжести органной травмы по шкале OIS степень повреждения печени и селезенки варьировала от I до III.

По данным УЗИ и компьютерной томографии, были выявлены повреждения органов брюшной полости I-II ст. по шкале OIS, забрюшинные гематомы. Тяжесть общего состояния составляла I-III балла по шкале OIS (E.Moore et.all. 1994.). В 17 (68%) случаях после УЗИ и КТ-исследований брюшной полости выявлено образование гематомы в области околопочечной клетчатки. В ходе динамического УЗИ исследования после 6, 12, 24 часов, гематома не нарастала, гемоперитонеума отмечено не было. В 8 (32%) случаях, по данным рентгена и КТ, диагностирован перелом таза с образованием забрюшинной гематомы. По данным УЗИ и КТ, в динамике гематома не нарастала, гемоперитонеума не отмечено. В 7 (24,1%) случаях нами после УЗИ и КТ-исследования обнаружена незначительная травма селезенки I ст. по шкале OIS, с наличием до 160-180 мл крови в левом фланге брюшной полости. Гемодинамические показатели были стабильны. Контроль уровня эритроцитов, гемоглобина, гематокрита оставался в пределах нормы, без существенной динамики. При динамических УЗИ и КТ-исследованиях гемоперитонеум не нарастал, отрицательной динамики со стороны паренхимы селезенки не отмечалось. Распределение в основной группе больных по тяжести органных повреждений по шкале OIS, представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение по тяжести органных повреждений в исследуемой группе больных по шкале OIS (n=29)

Органная травма:	I степень	II степень	III степень
Гематома печени	3	3	1
Разрыв печени	1	1	0
Гематома селезенки	2	2	1
Разрыв селезенки	0	10	3

Гематомы печени и селезенки	1	0	0
Разрывы печени и селезенки	0	0	1
Итого:	7	16	6

Сочетанных повреждений других органов брюшной полости и забрюшинного пространства в группе пациентов, находившихся на консервативном лечении, не было.

Изолированная абдоминальная травма была у 10 пациентов, сочетанная - у 19. Из сочетанных повреждений наиболее часто встречались ушиб грудной клетки (5 пациентов) и ушибы мягких тканей туловища и головы (также 5 пациентов). Еще у 3 больных было диагностировано сотрясение головного мозга. У 3 больных отмечена сочетанная травма виде ушиба грудной клетки и сотрясения головного мозга, у 2 - сотрясение головного мозга и скелетная травма. Таким образом, сочетанные повреждения не были расценены как «тяжелые».

Критериями включения в группу проведения консервативного лечения были клинично-лабораторными данные обследования пациента, характеризующие тяжесть состояния больных, что определялось путем констатации:

- Наличия сознания;
- Стабильной гемодинамики;
- Отсутствия клиники перфорации полого органа перитонита;
- Отсутствия коагулопатии;
- Отсутствие признаков спленопатии при травме селезенки;
- Степень повреждения органов не более III по шкале OIS (установленная при УЗИ или КТ) и техническая возможность их выполнения по требованию;
- Гемоперитонеум не более 200 мл.

Консервативное лечение этих больных носило комплексный характер – гемостатическая, инфузионная и антибактериальная терапия, обезболивающие. Проводилась коррекция сопутствующей патологии, возникших осложнений. Считаю необходимым еще раз подчеркнуть, что в соответствии с целью и задачами исследования, всем больным проводилось динамическое УЗИ : дважды в первые

сутки от момента поступления пациента в стационар, а в последующие сутки 1 раз ежедневно вплоть до момента выписки пациента из стационара.

Симптомы раздражения брюшины не определялись, гемодинамические показатели были устойчивы, что также позволило вести этих пострадавших консервативно (рис. 1.а,б).

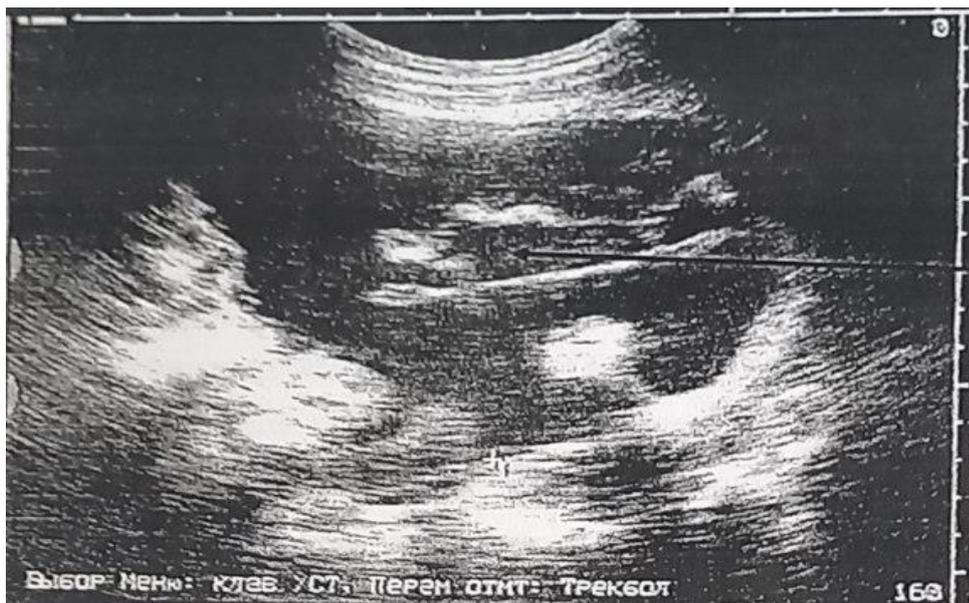


Рис.1. а. Свободная жидкость между печенью и правой почкой УЗИ



Рис. 2. б. Свободная жидкость КТ

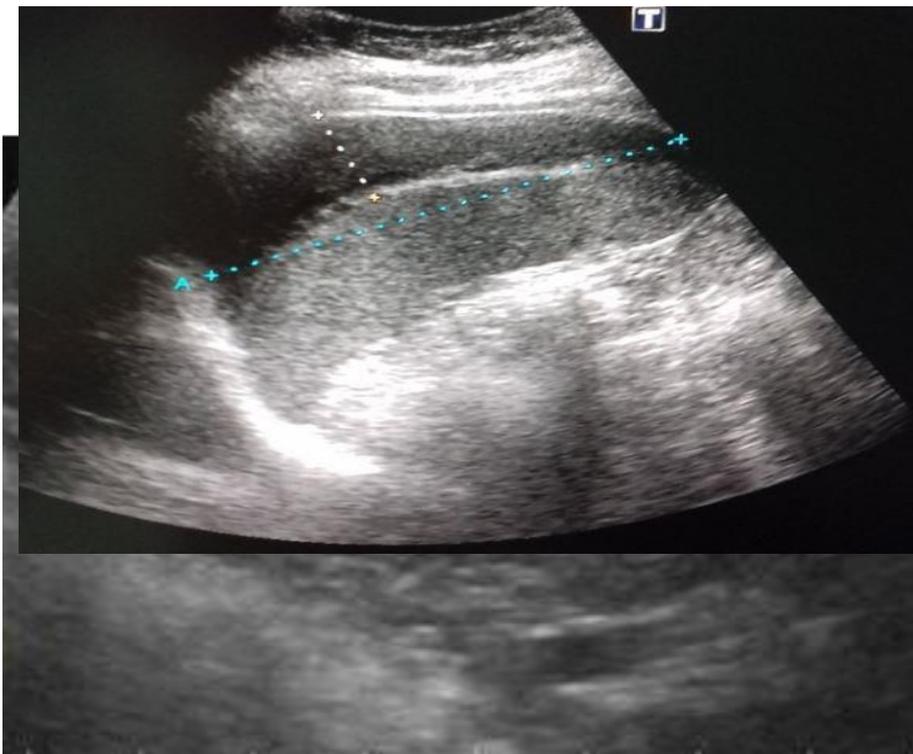


Рис.3. Поперечный разрыв селезенки в области среднего фрагмента

Рис.4. Гематома селезенки

Во всех 29 случаях пострадавшим проводилось динамическое наблюдение. Повторное УЗИ проводилось через 6, 12, 24 часа, при необходимости через 24-48 часов проводили КТ-исследование. Важными факторами считали отсутствие признаков перитонита, стабильные показатели уровня гемоглобина и эритроцитов. Наличие гемоперитонеума до 200 мл, по данным УЗИ и КТ. Из приведённых нами 29 пострадавших, которым проводилось консервативное лечение, мы наблюдали следующие осложнения, представленные в таблице 2.

Таблица 2

Осложнения при закрытой травме селезенки после консервативного

лечения

Виды осложнений	Кол-во пациентов (n -29)	(%)
Пневмония	1	3,4
Плеврит	1	3,4
Желудочно-кишечное кровотечение	2	6,8
Абсцесс брюшной полости	1	3,4
Парез кишечника	2	6,8
Посттравматический панкреатит	2	6,8
Всего	9	31,0

У 2 (6,8%) пациентов мы наблюдали развитие посттравматического панкреатита. Стабилизация состояния пациентов наступила после проведенной терапии на 4-7 сутки. Всем пациентам проводилось УЗИ и КТ-контроль на протяжении нескольких дней, на котором не было выявлено отрицательной динамики нарастания количества жидкости в брюшной полости, формирования абсцессов и деструкции поджелудочной железы. Отсутствие перитонеальных явлений и стабилизация показателей крови - лейкоцитоз, амилаза, диастаза мочи, позволило вести данную категорию пострадавших консервативно с хорошим результатом.

У 1 (3,4%) пострадавшего диагностирована пневмония. У этого пострадавшего, кроме травмы брюшной полости, была закрытая травма грудной клетки с ушибом легкого. Этому пострадавшему велись консервативно с назначением антибиотикотерапии и санацией трахеи и бронхов. У 1 (3,4%) пострадавшего диагностирован реактивный плеврит вследствие травмы. Возникновение серозного плеврита было обусловлено травматическими изменениями в печени и диафрагмы. Пострадавшему производилась плевральная пункция с аспирацией жидкости и назначением антибиотикотерапии, что привело

к исчезновению данного вида осложнения.

У 2 (6,8%) пациентов возникла клиника желудочно-кишечного кровотечения, которая проявилась однократной рвотой содержимым «кофейной гущи». Пострадавшим в urgentном порядке производилась ЭФГДС, с выявлением эрозии в области ДПК и пилорического отдела желудка, произведен локальный гемостаз путем проведения аргоноплазменной коагуляции эрозии. После проведения эндоскопии всем пациентам назначены блокаторы протонной помпы. В 1 (3,4%) случае на 17-21 сутки после травмы после УЗИ, с последующим подтверждением КТ, выявлены абсцессы брюшной полости у пострадавшего после закрытой травмы поджелудочной железы, с последующим развитием посттравматического панкреатита. Клинически абсцесс проявлялся гектической лихорадкой, болью в области мезогастрия с иррадиацией в поясничную область. Лабораторно определялся высокий лейкоцитоз, со сдвигом формулы влево, повышением уровня амилазы крови. В одном случае абсцесс находился в левом поддиафрагмальном пространстве. Он был успешно пунктирован под контролем УЗИ, после чего в полость абсцесса установлен микроирригатор для дренирования и орошения полости абсцесса растворами антисептиков.

В 2 (6,8%) случаях наблюдался выраженный парез кишечника у пострадавших с сочетанной травмой, с закрытой травмой грудной клетки и брюшной полости. В одном случае парез был обусловлен наличием обширной забрюшинной гематомы, в другом случае парез наблюдался после закрытой травмы поджелудочной железы с развитием посттравматического панкреатита. Во всех случаях парез кишечника был разрешен после назначения препаратов, стимулирующих моторику кишечника.

Таким образом, из общего количества 117 пострадавших, у 29 (24,8 %), с закрытыми травмами печени и селезенки основываясь на данных УЗИ, КТ, МРТ в динамике, позволило вести данную категорию пострадавших консервативно, с хорошими результатами и отсутствием летальности. При анализе осложнений было выявлено, что в большинстве случаев осложнения поддаются консервативному лечению, позволяют избежать инвазивных методов диагностики и оперативного

лечения. Используя современные неинвазивные диагностические методы в 29 случаях с закрытых травм печени и селезенки, нам удалось точно поставить диагноз, наблюдать в динамике, что является достаточным объемом диагностических методов и не требует проведения видеолапароскопической диагностики и операции. У пациентов с изолированной абдоминальной травмой койко-день составил от 7 до 24 дней. Средний койко-день составил $12,9 \pm 5,2$. У пациентов с сочетанной травмой койко-день зависел в первую очередь от тяжести полученных сочетанных повреждений, а также от возраста, сопутствующей патологии, развившихся осложнений, и варьировал от 8 до 37 суток. Средний койко-день составил $14,1 \pm 8,6$. Показанием к выписке было: уменьшение гематомы в диаметре (в 2 раза по сравнению с первичным УЗИ или КТ-исследованием); уменьшение гемоперитонеума в динамике (до 100 мл); образование рубца на месте дефекта капсулы органа при его разрыве; организация гематомы. Динамика регресса гемоперитонеума, а также органных гематом была различной, что естественным образом было связано с их различными размерами и объемом. Надо подчеркнуть, что ни у одного пациента этой группы не было отмечено увеличения объема гемоперитонеума или размеров органных гематом. Уровень гемоглобина крови также оставался стабильным по сравнению с первичным исследованием.

Выводы. Доказана возможность консервативного лечения закрытых травм печени и селезенки, определены критерии включения и исключения пациентов для консервативного лечения при закрытой травме печени и селезенки.

Литература

1. МИЗАМОВ Ф. О. и др. ВОПРОСЫ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ //ВОПРОСЫ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ Учредители: Олимп. – №. 6. – С. 65-73.
2. Ochilova D. et al. PATHOGENETIC VALUE OF NITRIC OXIDE (NO) AT ISCHEMIC STROKE ON A BACKGROUND OF TREATMENT WITH GLIATILIN //INTERNATIONAL JOURNAL OF STROKE. – 1 OLIVERS YARD, 55 CITY ROAD, LONDON EC1Y 1SP, ENGLAND : SAGE PUBLICATIONS LTD, 2020. – Т. 15. – №. 1_ SUPPL. – С. 432-432.
3. Курбаниязов З. Б. и др. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ //ТОМ-1. – 2022. – С. 205.

4. Курбаниязов З. Б. и др. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕ-ЧЕНИ //ТОМ-1. – 2022. – С. 277.
5. Рахманов К. Э. и др. ПУТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РЕЦИДИВА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕ-ЧЕНИ //ТОМ-1. – 2022. – С. 378.
6. Ochilovich M. F. ВЛИЯНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ НА ЧАСТОТУ РЕЦИДИВА БОЛЕЗНИ //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 5.
7. Мизамов Ф. О. ЭХИНОКОККОЗ ПЕЧЕНИ: ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 416-426.
8. Мизамов Ф. О. РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗА ОПЕРАЦИЙ, ВЫПОЛНЕННЫХ ПО ПОВОДУ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 405-415.
9. Мизамов Ф. О., Файзуллаев О. М. У. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 3. – С. 195-202.
10. Мизамов Ф. О., Файзуллаев О. М. У. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 3. – С. 189-194.
11. Мизамов Ф. О. и др. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЗАКРЫТОЙ ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ //Research Focus International Scientific Journal. – 2023. – Т. 2. – №. 3. – С. 203-206.
12. Ахтамов Ж. А. и др. Результаты оперативного лечения эхинококкоза печени //Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10. – №. 2. – С. 101-101.
13. Абдуллаев С. А. и др. Диагностика и хирургическая тактика при травмах печени //Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – Т. 8. – №. 2. – С. 128.
14. Oblakulov Z. T. et al. Tukhtaev VKh. Videolaparoskopicheskoe lechenie ostroy spaечноy kishhechnoy neprokhodimosti [Video laparoscopic treatment of acute adhesive intestinal obstruction] //Doshizheniya nauki i obrazovaniya. – 2020. – Т. 1. – С. 70-3.
15. Шоназаров И. Ш. и др. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИБРЮШНЫХ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ //Вестник экстренной медицины. – 2023. – Т. 16. – №. 1. – С. 26-29.
16. Абдуллаев С. А. и др. Диагностика и хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений //Всерос. конференция хирургов: Материалы конференции. – 2003. – С. 94.
17. Ахтамов Ж. А. и др. Модификация обработки остаточной полости при эхинококкозе печени //Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10. – №. 2. – С. 101a-101.

18. Мизамов Ф. О. Функциональное состояние печени у больных с эхинококкозом печени до и после операции // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2005. – Т. 10. – №. 2. – С. 119-119.
19. Хакимов Э. А. и др. Опыт лечения суицидных ожогов // *Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе*. – 2021. – №. S1. – С. 67-68.
20. Мизамов Ф. О. и др. ХИМИОТЕРАПИЯ И ПРОБЛЕМЫ РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ // *Вопросы науки и образования*. – 2022. – №. 6 (162). – С. 65-73.
21. МИЗАМОВ Ф. О. и др. ВОПРОСЫ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ // *ВОПРОСЫ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ Учредители: Олимп*. – №. 6. – С. 65-73.
22. Рузиев П. Н. и др. Опыт консервативного лечения повреждения селезенки при закрытой травме живота // *Скорая медицинская помощь-2022*. – 2022. – С. 109-110.
23. Курбаниязов З. Б. и др. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОРРЕКЦИИ КУРСА ХИМИОТЕРАПИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ // *ЖУРНАЛ ГЕПАТО-ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ*. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
24. Ахтамов Ж. А. и др. Виды дренирования при нарушении проходимости внепеченочных желчных протоков // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2005. – Т. 10. – №. 2. – С. 49-49.
25. КУРБАНИЯЗОВ З. Б. и др. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ И КЛИНИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ХИМИОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ // *Т [a_XW [i [S US S_S^ [Ûe YfcS^*. – 2022. – С. 16.
26. Курбаниязов З. Б. и др. Роль химиотерапии в профилактике рецидива эхинококкоза печени // *Вопросы науки и образования*. – 2022. – №. 6 (162). – С. 39-50.
27. Мустафакулов И. Б. и др. СИНДРОМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ // *SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM*. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 175-182.
28. Янгиев Б. А. и др. НЕНАТЯЖНАЯ ГЕРНИОАЛЛОПЛАСТИКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ // *Journal the Coryphaeus of Science*. – 2024. – Т. 6. – №. 1. – С. 88-97.
29. Каримов Ж. Ш., Тухтаев Д. К., Хурсанов Ё. Э. МИНИМАЛЬНО-ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ФОРМ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ ВЕН // *Science and innovation*. – 2024. – Т. 4. – №. 1. – С. 68-77.
30. Курбонов Н. А., Хурсанов Ё. Э., Эркинов Ш. Ш. НОВЫЕ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ // *Boffin Academy*. – 2024. – Т. 2. – №. 1. – С. 129-139.

31. Отагулов А. Г., Сатторов А. Х., Хурсанов Ё. Э. ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ЗАДЕРЖКА РОСТА ПЛОДА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.) // Science and innovation. – 2024. – Т. 4. – №. 1. – С. 56-67.
32. Elmuradov G. K., Xursanov Y. E. OPTIMIZATION SONOGRAPHIC ASSESSMENT OF THE NATURE AND SEVERITY OF CLOSED ABDOMINAL TRAUMA // Science and innovation. – 2023. – Т. 3. – №. 5. – С. 21-32.
33. Курбонов Н. А., Ахмедов Р. Ф. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEEP BURNING PATIENTS // УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
34. Abdurakhmanovich A. A., Furkatovich A. R. Methods of early surgical treatment of Burns // Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 528-532.
35. 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.
36. Ачилов М. Т. и др. ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ // Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 62-69.
37. Элмурадов Г. К., Шукуров Б. И. ВИДЕОЭНДОХИРУРГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАЗРЫВОВ ДИАФРАГМЫ // THEORY AND ANALYTICAL ASPECTS OF RECENT RESEARCH. – 2022. – Т. 1. – №. 7. – С. 40-58.
38. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ?ЎЛНИНГ ЧУ?УР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ // Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
39. Саттаров Ш. Х., Рузибаев С. А., Хурсанов Ё. Э. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСТОМИИ // Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 238-242.
40. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Мухаммадиев М. Х. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ШКАЛЫ VISAP ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА // Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 158-164.