

ОПТИМИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ЛЕЧЕНИЙ ОСТРОЙ ТОНКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Шоназаров Искандар Шоназарович

Кандидат медицинских наук, доцент; кафедра хирургии, эндоскопии и анестезиологии-реаниматологии, факультет последипломного образования; Самаркандский государственный медицинский университет

Адизов Фаридун Эргашкул угли

2-курс магистр умумий хирургия Самаркандский государственный медицинский университет

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7808213>

Аннотация: *послеоперационные спайки составляют 75 % всех острых непроходимостей тонкой кишки. Хотя открытая хирургия считается стандартным подходом для адгезиолизиса, лапароскопический подход набирает популярность.*

Мы предполагаем, что лапароскопический подход является приемлемым выбором при спаечной непроходимости тонкой кишки и обеспечивает лучшие результаты, чем открытый подход у отдельных пациентов.

Ключевые слова: *спайки, тонкая кишка, кишечная непроходимость, лапароскопия.*

OPTIMIZATION OF MODERN TREATMENTS FOR ACUTE SMALL INTESTINAL OBSTRUCTION

Abstract: *postoperative adhesions account for 75% of all acute obstructions of the small intestine. Although open surgery is considered the standard approach for adhesiolysis, the laparoscopic approach is gaining popularity.*

We suggest that the laparoscopic approach is an acceptable choice for small bowel adhesive obstruction and provides better results than the open approach in selected patients.

Keywords: *adhesions, small intestine, intestinal obstruction, laparoscopy.*

ВВЕДЕНИЕ

Послеоперационные спайки являются наиболее распространенной причиной острой непроходимости тонкой кишки, что составляет 75 % всех случаев. Примерно в 50% случаев потребуется хирургическое лечение, предпочтительным подходом является лапаротомия

Заболеваемость и смертность от адгезиолизиса остаются значительными, с показателями около 14-45 и 4 % соответственно. Лапароскопический метод продемонстрировал преимущества в других неотложных и факультативных ситуациях, предлагая более низкую заболеваемость, меньшую послеоперационную боль и более короткое пребывание в больнице, даже при спаечной непроходимости тонкой кишки (спаечная непроходимость тонкой кишки). Тем не менее, лапаротомия по-прежнему считается стандартным хирургическим подходом в большинстве центров.

Цель исследования: Оценить влияние лапароскопического подхода на послеоперационные результаты у нашей серии пациентов, последовательно прооперированных по поводу спаечной непроходимости тонкой кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Было проведено ретроспективное исследование с использованием данных из перспективно поддерживаемой базы данных пациентов, которым была проведена лапароскопическая или открытая операция по поводу спаечной непроходимости тонкой кишки (включая внутренние грыжи) в нашем центре с января 2016 по май 2021 года. Для

анализа рассматривались только срочные операции. В соответствии с протоколом нашего центра, при подозрении на спаечную непроходимость тонкой кишки устанавливается назогастральная трубка.

Если предполагаемый диагноз спаек подтверждается клиническими и рентгенологическими данными, после опорожнения желудка пациентам с предыдущими операциями на брюшной полости вводят 100 мл водорастворимого контраста внутрь. Те, у кого оральный контраст не достиг толстой кишки в течение 24 ч, рассматривались как неудача консервативного лечения, и показано хирургическое вмешательство. Пациенты, у которых причиной непроходимости не была спаечная непроходимость тонкой кишки (первичное или вторичное новообразование, желчнокаменная непроходимость, безоар, стеноз после лучевой терапии), были исключены, а также препятствия, вызванные любым типом грыжи брюшной стенки.

Анализировались следующие переменные: а) дооперационный период: возраст, пол, оценка

Американского общества анестезиологов (ASA), количество предыдущих операций на брюшной полости; б) интраоперационный период: опыт хирурга в продвинутой лапароскопии, хирургический подход, конверсия, время операции, результаты интраоперации, интраоперационная травма; в) послеоперационный период: заболеваемость, смертность, начало приема внутрь, повторная операция, продолжительность пребывания в больнице, повторные госпитализации и качественные результаты. Послеоперационные осложнения оценивались в соответствии с классификацией Клавьяна-Диндо.

Результаты качества были измерены с использованием переменной результатов низкого качества (PQO). PQO рассматривался, когда у пациента было: серьезное осложнение (Клавьян-Диндо IIIb-V) или незначительное осложнение (II и IIIa), но с длительным пребыванием в больнице более 15 дней и/или повторной госпитализацией в течение 30 дней после выписки.

СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Был проведен анализ лечения, в ходе которого все преобразования были включены в лапароскопическую группу. Значимые переменные в двумерном анализе были включены в многомерный анализ с помощью логистической регрессии. Результаты выражаются в виде n (%), средних значений \pm стандартного отклонения (SD) или в виде медианы (IQR). Значение p менее 0,05 считалось значимым. Для всего статистического анализа использовалась стандартная программа Статистического пакета для социальных наук (IBM® SPSS® Statistics версии 20).

РЕЗУЛЬТАТЫ

В общей сложности 85 пациентам была проведена хирургическая операция по поводу спаечной непроходимости тонкой кишки, 25 (29,4 %) - лапароскопией и 60 (70,6 %) - открытым доступом. В таблице 1 показаны исходные предоперационные характеристики пациента для всей выборки и для подгрупп. Пациенты, перенесшие лапаротомию, были значительно старше, перенесли больше предыдущих операций на брюшной полости и имели более высокую оценку ASA.

В таблице 2 показаны интраоперационные и послеоперационные переменные. Около 50 % всех случаев спаечной непроходимости тонкой кишки были вызваны сложными спайками. 21 % пациентов потребовалась резекция кишечника, что было более частым в

открытой группе ($p = 0,014$). Однако тип адгезии не был связан с необходимостью резекции кишечника ($p = 0,743$). 21 из 262 пациентов потребовалась повторная операция. В таблице 3 показаны причины повторной операции как для лапароскопической, так и для открытой групп.

Таблица 1. Исходные демографические данные пациента и краткое изложение предоперационных данных

Пациенты N = 85	Лапороскопия n = 25	Открытым доступом n = 60	P	
Возраст	66.06 ± 18.7	59.36 ± 18.7	68.9 ± 18	<0.001
Женский пол	44 (51.7)	13 (52.0)	31 (51.8)	0.954
Предыдущая операция на брюшной полости	73 (85.9)	20 (80.0)	53 (88.3)	0.053
Количество предыдущих операций на брюшной полости	1.87 ± 1.6	1.4 ± 1.2	2.07 ± 1.7	0.001
Предыдущее размещение сетки	23 (27.0)	5 (20.0)	18 (30.0)	0.095
I ^{ASA}	7 (8.2)	4 (16.0)	3 (5.0)	< 0.001
II	32 (37.6)	13 (52.0)	19 (31.7)	
III	37 (43.5)	6 (24.0)	31 (51.7)	
IV	8 (9.4)	1 (4.0)	7 (11.7)	

Значения равны n (%), если не указано иное как среднее значение (± SD)

Таблица 2. Предоперационные данные, осложнения и послеоперационные переменные

	Пациенты N = 85	Лапароскопия n=25	Открытым доступом n 60	= P
Продвинутые навыки лапароскопии	23 (27.0)	15 (60.0)	8 (13.0)	<0.001
Интраоперационные результаты				0.001
Одиночные спайки или внутренняя грыжа	42 (49.3)	17 (68.0)	25 (41.7)	
Сложные спайки	43 (50.8)	8 (32.0)	35 (58.7)	
Продолжительность операции	39,17 19,6	±33.05 ± 15.4	41.9 ± 20.8	0.004
Интраоперационная травма	9 (10.7)	2 (7.7)	7 (12)	0.307
Послеоперационные осложнения				< 0.001
Не было	33 (39.3)	14 (56.4)	19 (32.1)	
Было	51 (60.7)	11 (43.6)	40 (67.9)	
Клавьен-Диндо				

I-II-IIIa	36 (43.1)	9 (35.9)	27 (46.2)	0.102
IIIb-IV-V	15 (17.6)	2 (7.7)	13 (21.7)	
Повторная операция	7 (8)	2 (6.4)	5 (8.7)	0.533
Результаты низкого качества (PQO)	28 (33.1)	4 (16.7)	24 (40.1)	< 0.001

Таблица 3. Причины повторной операции в лапароскопической и открытой группах

Причины	Лапароскопия n = 2	Лапаротомия n = 5
Кровотечение	1 (a) ^(b)	2 (a) (c)
Слабость	-	1 ^(a)
Ранний	1	2

По сравнению с открытым подходом в этой подгруппе лапароскопия показала значительно меньшую заболеваемость, меньший PQO и меньшую продолжительность пребывания в больнице. В многомерном анализе (таблица 4) открытый подход стал независимым фактором увеличения числа осложнений. Напротив, среди пациентов со сложными спайками и/или тех пациентов, которым требовалась резекция кишечника, мы не обнаружили различий в повторной операции (12,9 % против 8,6 %; $p = 0,495$), осложнениях (67,7 % против 72,7 %; $p = 0,586$) и PQO (29 % против 44,1 %; $p = 0,127$) между лапароскопической и открытой группами соответственно. Также не было различий во времени операции ($p = 0,926$), приеме внутрь ($p = 0,371$) и пребывании в больнице ($p = 0,079$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты нашего исследования показывают, что лапароскопический метод лечения спаечной непроходимости тонкой кишки связан с благоприятными послеоперационными исходами, более низкой заболеваемостью, меньшим количеством PQO и более коротким сроком пребывания в больнице, особенно для отдельных пациентов с простыми спайками. Количество и тип предыдущих операций и повреждение брюшины считаются важными факторами риска, участвующими в патогенезе адгезии. Некоторые исследования также связывают размер лапаротомии с образованием новых спаек и количественно оценивают распространенность послеоперационных спаек до 93 %. Исследование, в котором сравнивались две группы из пациентов, перенесших лапароскопическую и открытую колоректальную хирургию, не выявило различий в поступлениях по поводу кишечной непроходимости (9 % против 13 %), но сообщило о более высоких показаниях к операции при открытом подходе при наличии (2 % против 8%; $p = 0,006$). Аналогичным образом, по данным автора Бернса и др. из 187 148 пациентов перенесли колоректальную хирургию, 3,5 % потребовался адгезиолиз в течение трех лет после операции. В этом исследовании пациенты, которым был выполнен лапароскопический доступ, имели более низкий процент повторных госпитализаций и меньшую потребность в повторной операции по поводу спаек (OR = 0,8; $p < 0,001$); в соответствии с другими исследованиями. Поэтому лапаротомия при лечении спаечной непроходимости тонкой кишки сама по себе является фактором развития новых эпизодов спаечной непроходимости тонкой кишки и теоретически не представляется лучшим вариантом.

В нашем исследовании мы обнаружили снижение общей заболеваемости с 67,9 до 43,6% в лапароскопической группе. Хотя оба показателя выше, чем сообщалось ранее, мы подчеркиваем, что 82,4 % осложнений в лапароскопической группе и 2 % осложнений в открытой группе были незначительными (Клавьен-Диндо I-II). Частота повторных операций составила 6,4 и 8,7 % для лапароскопического и открытого доступа соответственно, что было аналогично данным, представленным в других исследованиях. Классификация Клавьена-Диндо может недооценивать или переоценивать осложнения, независимо от количества осложнений или их влияния на продолжительность пребывания в больнице. По этой причине в переменной PQO мы совместно проанализировали основные осложнения, длительное пребывание в больнице и повторные госпитализации, чтобы оценить, какая группа показала худшие результаты в целом. Лапароскопический метод показал лучшие послеоперационные результаты, поэтому, по-видимому, имеет значение не только количество и степень осложнений, но и в случае возникновения осложнений они, по-видимому, оказывают меньшее клиническое воздействие.

Таблица 4. Множественный регрессионный анализ одиночных спаек и/или внутренней грыжи без резекции кишечника для общих осложнений

МНОГОМЕРНЫЙ Лапароскопия против открытого доступа	OR (95% CI)	P
Метод лечения		
Лапароскопия	1	
Открытый доступ	2.89 (1.1-7.6)	0.033
Возраст	1.03 (1-1.1)	0.034
Мужчины	0.9 (0.4-2.2)	0.827
Количество предыдущих операций на брюшной полости	1.07 (0.7-1.5)	0.734
ASA	1.6 (0.8-3.3)	0.203
Продвинутые навыки лапароскопии	1.28 (0.5-3.6)	0.631

В отличие от большинства опубликованных исследований, наше исследование выявило более низкую частоту перфорации при лапароскопии, возможно, из-за более высокого процента сложных спаек при открытой хирургии (58,7 % против 32,1%) или низкого порога для открытой конверсии, рекомендованного руководящими принципами. Наши результаты показывают, что лапароскопия является безопасным методом, который не увеличивает интраоперационный риск энтеротомии.

Некоторые исследования показывают, что успех

лапароскопии зависит от: раннего лечения (<24 ч после поступления в отделение неотложной помощи), диаметра петель кишечника <4 см, максимум двух предыдущих операций, отсутствия предыдущих лапаротомий по средней линии, спаек с одной полосой и опыта хирурга. Опыт хирурга в области продвинутой лапароскопии был решающим фактором в преобразовании в нашем исследовании. Одним из наших основных моментов, о котором уже сообщалось, является рост заболеваемости и смертности, связанных с обращением. В нашем исследовании частота осложнений составила 83,3 % у обращенных пациентов, хотя 80 % были легкими осложнениями. Это может быть объяснено более высокой частотой сложных спаек и резекции кишечника в переведенной группе.

ВЫВОДЫ

Лапароскопический метод при спаечной обструкции тонкой кишки и/или

внутренних грыжах был связан с лучшими послеоперационными результатами, более качественными результатами и более короткой продолжительностью пребывания в больнице, чем открытый подход, особенно у отдельных пациентов с простыми спайками. Отбор пациентов является самым сильным ключевым фактором для достижения успеха.

Список литературы

1. Abdullaev S. et al. Problems of Diagnostics, Prevention and Surgical Tactics of Treatment of Adhesive-Intestinal Obstruction //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 2289-2294.
2. 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.
3. Akhmedov S. K. et al. Значение раннего энтерального питания у больных с синдромом интраабдоминальной гипертензии при тяжелом остром панкреатите //Инновационное развитие: потенциал науки и современного образования. – 2020. – С. 274-276.
4. 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.
5. 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.
6. Elmuradov G. O. K. et al. QORIN BO ‘SHLIG ‘I YOPIQ JAROHATLARIDA SONOGRAFIYA VA VIDEOELAPAROSKOPIYANI QO’LLASH //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 173-180.
7. Elmuradov G. O. K. et al. QORIN BO ‘SHLIG ‘I YOPIQ JAROHATLARIDA SONOGRAFIYA VA VIDEOELAPAROSKOPIYANI QO’LLASH //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 173-180.
8. 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.
9. Kamoliddin K., Muxammad A., Nilufar H. RAQAMLI TEXNOLOGIYALARNI INSON HAYOTIDAGI O’RNI //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 594-600.
10. Khursanov Y. E. Amniotic membrane as an effective biological wound covering //UZBEK MEDICAL JOURNAL № CI-1. – 2021. – С. 30-36.
11. Shonazarov I. et al. Analysis of the results of surgical tactics and treatment in patients with acute necrotic pancreatitis //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 3. – С. 3130-3135.
12. Shonazarov I. et al. Diagnosis and treatment of adhesive small bowel obstruction with using laparoscopic method //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 3. – С. 3192-3198.
13. Temirovich A. M. et al. CRF AND CKD: MODERN APPROACHES TO TERMINOLOGY, CLASSIFICATION, DIAGNOSIS AND TREATMENT //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 79-90.
14. Temirovich A. M. et al. Prevention and treatment of intraabdominal hypertension in patients with peritonitis //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 75-79.

15. Voxid F., Xolbek X., Kamoliddin X. SORTING THE OBJECT BASED ON NEURAL NETWORKS COMPUTER VISION ALGORITHM OF THE SYSTEM AND SOFTWARE //ИТМОИЙ ФАНЛАРДА ИННОВАСИЯ ОНЛАЙН ИЛМИЙ ЖУРНАЛИ. – 2023. – Т. 3. – №. 1. – С. 67-69.
16. Абдуллаев С. А. и др. КЛАССИФИКАЦИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА //Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4. – №. 4. – С. 18-18.
17. Абдуллаев С. А. и др. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЯЖЕСТИ ТРАВМЫ И ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА //Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4. – №. 4. – С. 19-20.
18. АВАЗОВ А. А. и др. КУЙИШЛАРДА ЕРТА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
19. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ НЕКРОЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С РАННИМИ ОЖОГАМИ //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 2. – С. 19-22.
20. 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.
21. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
22. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
23. Ахмедов Р. Ф. и др. Диагностическая значимость уровня прокальцитонина при ожоговой болезни //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 11-12.
24. Ахмедов Р. Ф. и др. Наш опыт лечения ожогового сепсиса //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 10-11.
25. Ачилов М. Т. и др. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi //Re-health journal. – 2020. – №. 2-2 (6). – С. 111-113.
26. Ачилов М. Т. и др. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ БИЛИАРНОГО ИЛЕУСА //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2021. – Т. 6. – №. 1.
27. Ачилов М. Т. и др. ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 62-69.
28. Ачилов М. Т. и др. Панкреатодуоденальная резекция-методика физиологической реконструкции //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 6 (60). – С. 38-42.
29. Ачилов М. Т. и др. Ручной колоанальный или аппаратный колоректальный анастомоз //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 6 (60). – С. 43-44.
30. Даминов Ф. А., Карабаев Х. К., Хурсанов Ё. Э. ПРИНЦИПЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ (Обзор литературы) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 133-142.
31. 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.

32. 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.
33. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 152-161.
34. Камолидинов С. А. и др. Лапароскопическая диагностика и лечение спаечной кишечной непроходимости //World science: problems and innovations. – 2020. – С. 270-275.
35. Курбонов Н. А., Ахмедов Р. Ф. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEEP BURNING PATIENTS //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
36. Мустафакулов И. Б., Карабаев Х. К., Джураева З. А. AMNIOTIC MEMBRANE-AS AN EFFECTIVE BIOLOGICAL WOUND COVERING //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – №. SPECIAL 1.
37. Мустафакулов И. Б., Умедов Х. А. SURGICAL TACTICS IN CASE OF ISOLATED INJURIES OF SMALL AND LARGE INTESTINE //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
38. Облакулов З. Т. и др. Видеолапароскопическое лечение острой спаечной кишечной непроходимости //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 1 (55). – С. 70-73.
39. Рузибоев С. А., Авазов А. А., Хурсанов Е. Э. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 184-191.
40. Рузиев П. Н. и др. Опыт консервативного лечения повреждения селезенки при закрытой травме живота //Скорая медицинская помощь-2022. – 2022. – С. 109-110.
41. Рузиев П. Н. и др. Результаты лечения тромбоза мезентериальных сосудов //Роль больниц скорой помощи и научно исследовательских институтов в снижении предотвратимой смертности среди населения. – 2018. – С. 190-191.
42. Саттаров Ш. Х., Рузобаев С. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ПУТИ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 144-150.
43. Саттаров Ш. Х., Рузобаев С. А., Хурсанов Ё. Э. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСТОМИИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 238-242.
44. Тухтаев Б. Х. и др. Тактика лечения пищеводно-желудочных кровотечений у больных с синдромом портальной гипертензии //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 1 (55). – С. 79-82.
45. Тухтаев Ж. К., Хурсанов Ё. Э. У. ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ ЦИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 20-31.
46. Хамроев Г. А., Хурсанов Ё. Э. ОРГАНСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ МАССИВНОМ РАЗМОЗЖЕНИИ ЯИЧКА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 185-194.
47. 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.

48. ХУРСАНОВ Я. Э. и др. Тактика хирургического лечения больных с глубокими ожогами //журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 5.
49. Шакиров Б., Авазов А., Хурсанов Ё. Comprehensive treatment of patients with extensive deep burns lower limbs //EurasianUnionScientists. – 2022. – С. 24-26.
50. Шоназаров И. и др. Наш опыт диагностики и лечения повреждений двенадцатиперстной кишки при сочетанной абдоминальной травме //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2017. – №. 3 (96). – С. 122-125.
51. ШОНАЗАРОВ И. Ш. и др. ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИ САБАБЛИ ЎТКАЗИЛГАН ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ САФРОЛИ ПЕРИТОНИТНИ ДАВОЛАШДА МИНИИНВАЗИВ УСУЛЛАРИНИНГ КЛИНИК САМАРАДОРЛИГИ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 6.
52. ШОНАЗАРОВ И. Ш. и др. ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРНИ КОРРЕКЦИЯСИДА ДИАПЕВТИК ВА РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАР АРАЛАШУВЛАРНИ ҚЎЛЛАШ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 6.
53. Шоназаров И. Ш. и др. ЧРЕСДРЕНАЖНАЯ САНАЦИЯ БИЛИАРНОГО ТРАКТА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ХОЛАНГИОГЕННЫХ АБЦЕСОВ ПЕЧЕНИ //Finland International Scientific Journal of Education, Social Science & Humanities. – 2023. – Т. 11. – №. 1. – С. 807-816.
54. Шоназаров И. Ш. и др. Этапное лечение острого холангита с предварительной декомпрессией желчных протоков //Finland International Scientific Journal of Education, Social Science & Humanities. – 2023. – Т. 11. – №. 1. – С. 817-824.
55. Шоназаров И. Ш. Пути оптимизации диагностики, лечения и прогноза острой спаечной тонкокишечной непроходимости : дис. – Ташкент, 2008.
56. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. ДИАПЕВТИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 44-51.
57. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИОРИТЕТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 36-43.
58. 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.
59. Эльмурадов А., Хурсанов Ё. Э. У. ПОСТКОЛОНИАЛЬНАЯ/ДЕКОЛОНИАЛЬНАЯ КРИТИКА И ТЕОРИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОТНОШЕНИЙ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 198-208.
60. Юлдашев Ш. С. и др. Болада ёт жисм таъсирида қизилунгач перфорациям //Вестник экстренной медицины. – 2016. – №. 4. – С. 69-71.