

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ХИРУРГИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

¹Рахмонов Фирдавс Саломатович

²Шоназаров Искандар Шоназарович

²Шоназаров Сардор Искандарович

¹Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиали.,

²Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд,
Узбекистан.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10578083>

Аннотация: В обзорной статье проанализировано современное состояние проблемы лечения острого гастродуоденального кровотечения (ГДК) язвенной этиологии. Ежегодная заболеваемость язвенной болезнью (ЯБ) достигает 0,17%. Наиболее частым осложнением ЯБ является ГДК, частота которого по данным разных авторов составляет от 20 до 100 и более случаев на 100 000 населения. Наиболее важным методом диагностики и лечения язвенного кровотечения (ЯК) является эзофагодуоденоскопия. Частота рецидивов гастродуоденальных ЯК различна и классифицируется по Forrest. Эффективность лечения ГДК значительно увеличивается при использовании комбинации эндоскопического гемостаза или хирургического лечения с применением антисекреторных препаратов.

Ключевые слова: Язвенная болезнь, гастродуоденальное кровотечение, гемостаз.

MODERN APPROACHES IN SURGERY OF GASTRODUODENAL ULCER BLEEDING

Abstract: The review article analyzes the current state of the problem of treating acute gastroduodenal bleeding (GDH) of ulcerative etiology. The annual incidence of peptic ulcer disease (PUD) reaches 0.17%. The most common complication of ulcer is HD, the frequency of which, according to various authors, ranges from 20 to 100 or more cases per 100,000 population. The most important method for diagnosing and treating ulcerative bleeding (UC) is esophagoduodenoscopy. The recurrence rate of gastroduodenal UC varies and is classified according to Forrest. The effectiveness of treatment for HDC increases significantly when using a combination of endoscopic hemostasis or surgical treatment with the use of antisecretory drugs.

Keywords: Peptic ulcer, gastroduodenal bleeding, hemostasis.

ВВЕДЕНИЕ

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки - это кислотно-индуцированное поражение, обнаруживаемое в желудке и двенадцатиперстной кишке, характеризующиеся оголенной слизистой оболочкой с дефектом, распространяющимся в подслизистую оболочку или собственно мышечную оболочку [1]. Поражения, которые не достигают этой глубины, называются эрозиями. В Соединенных Штатах распространенность язвенной болезни в 1990 году составляла 10%, а примерная заболеваемость - около 500 000 новых случаев в год [2, 3]. В целом, однако, риск смертности и потребности в госпитализации из-за ЯБ во всем мире снижается. Это, скорее всего, вторично по отношению к снижению инфекций *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) из-за улучшения методов лечения и улучшения гигиены [4, 5]. Более частое использование рецептурных и безрецептурных препаратов, подавляющих кислоту, и повышенная

осторожность с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) могут частично объяснить эту тенденцию [5, 6]

Основными факторами риска развития ЯБ являются *H. pylori* и применение НПВП, однако не у всех людей, инфицированных *H. pylori* или принимающих НПВП, развивается ЯБ [1, 7]. Почти половина населения мира колонизирована микроорганизмом *H. Pylori* [8].

Факторы риска заражения включают низкий социально-экономический статус и антисанитарию или скученность. Распространенность *H. pylori* выше в развивающихся странах и более распространена в определенных этнических группах. В последние пять лет в США отмечается тенденция к снижению распространенности *H.pylori*, во всех возрастных группах. Тем не менее, существуют различия, основанные на этнической принадлежности с уровнем инфицирования, который составляет более 60% среди мексиканских американцев против 30% среди неиспаноязычных белых [9].

H. pylori вызывает воспалительную реакцию с нейтрофилами, лимфоцитами, плазматическими клетками и макрофагами в слое слизистой оболочки и вызывает дегенерацию и повреждение эпителиальных клеток. Гастрит обычно более выражен в антральном отделе, с небольшим воспалением в теле желудка. Все пациенты с пептической язвой должны пройти обследование на предмет инфицирования *H. pylori*. Из всех неинвазивных методов, тест мочевины и тесты на обнаружение антигена в кале являются наиболее выполнимыми и более точными, чем серологические тесты [10]. Несмотря на инвазивность, эндоскопия позволяет проводить биопсию и включает в себя различные методы тестирования, такие как гистологию, культуральное исследование или экспресс-тест на уреазу. На все методы, кроме серологического, влияют препараты, подавляющие кислоту, такие как ингибиторы протонной помпы, и они могут давать ложные отрицательные результаты.

НПВП широко используются при различных состояниях, для уменьшения боли и воспаления, однако у многих пациентов при этом развиваются желудочно-кишечные побочные эффекты. НПВП ответственны за более 90% всех язв, и примерно у 25% пациентов принимающих НПВП развивается язвенная болезнь [11]. Пациенты употребляющие аспирин также в два раза чаще склонны к появлению пептической язвы [12]. У других развивается умеренная степень местного повреждения, которое рассматривается как кровоизлияние и эрозия слизистой оболочки и упоминается в литературе как НПВП-гастропатия. Эти множественные небольшие эрозии обычно расположены в антральном отделе, но также могут быть и в теле желудка.

НПВП вызывают повреждение слизистой оболочки несколькими механизмами. Большинство НПВП являются слабыми кислотами и становятся протонированными и пересекают липидные мембраны для проникновения в эпителиальные клетки при воздействии кислого желудочного сока (рН 2). В эпителиальной клетке (рН 7,4) НПВП ионизирует и высвобождает свой протон H^+ и не может пересечь липидную мембрану и, таким образом, попадает в ловушку. Это приводит к разобщению окислительного фосфорилирования, что приводит к снижению производства митохондриальной энергии, снижению целостности клеток и увеличению проницаемости клеток. Это может привести к местному повреждению и быстрой гибели эпителиальных клеток, поверхностному кровоизлиянию и эрозиям [14].

Другим основным механизмом, посредством которого НПВП вызывают повреждение слизистой оболочки, является ингибирование циклооксигеназы-1 (ЦОГ-1), которая ответственна за синтез простагландина. Простагландины увеличивают секрецию бикарбоната в слизистой, увеличивают кровоток слизистой оболочки и подавляют пролиферацию клеток для поддержания барьера слизистой оболочки [5]. Аспирин ацетилирует циклооксигеназу и необратимо ингибирует фермент, тогда как НПВП ингибируют фермент обратимо в зависимости от концентрации. Предполагается, что среди этих патофизиологических реакций снижение кровотока является основным механизмом, ответственным за повреждение, вызванное НПВП [13].

Существуют две изоформы ЦОГ: ЦОГ-1 в основном отвечает за синтез простагландина в желудочно-кишечном тракте, тогда как ЦОГ-2 отвечает за синтез простагландина в местах воспаления. НПВП, такие как ибупрофен, напроксен, аспирин и индометацин, ингибируют как ЦОГ-1, так и ЦОГ-2 и классифицируются как неселективные. Специфичные для ЦОГ-2 НПВП, такие как целококсиб или рофекоксиб, ингибируют ЦОГ-2, не ингибируя ЦОГ-1, делая их потенциально более безопасными в желудочно-кишечном тракте. Эндоскопические исследования пациентов, принимающих ингибиторы ЦОГ-2, продемонстрировали более низкую частоту изъязвлений примерно на 3–5% по сравнению с традиционными НПВП, у которых частота составляет 20–40%. Однако было показано, что селективные НПВП ЦОГ-2 увеличивают риск сердечных заболеваний, и многие из них были сняты с рынка.

Те, кто подвержен наибольшему риску возникновения язв, вызванных НПВП, - это пациенты с язвенной болезнью или кровоизлиянием в анамнезе, те, кто одновременно употребляет стероиды или антикоагулянты, лица старше 65 лет и те, кто принимает высокие дозы или комбинации более чем одного НПВП (включая низкие дозы аспирина). Если эти пациенты нуждаются в нескольких препаратах, их следует начинать с лечения, чтобы предотвратить появление язв. Кроме того, использование лекарств, таких как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, кортикостероиды, антагонисты альдостерона или антикоагулянты, увеличивает риск кровотечения [16]. Пожилой возраст и большее число сопутствующих заболеваний также влияют на клиническое течение пациентов с Н. pylori и НПВП [15,17]. Взаимодействие Н. pylori и НПВП спорны, но текущие рекомендации рекомендуют тестировать и лечить Н. pylori, если человек хочет начать длительный прием НПВП, и тестирование может быть рассмотрено и у тех, кто принимает долго низкие дозы аспирина [5, 18].

Примерно пятая часть случаев ЯБ не связана с Н. pylori, НПВП или аспирином, но точность этого значения была поставлена под сомнение из-за ложноотрицательного тестирования Н. pylori или случайного (или заниженного) приема НПВП [19, 20]. Эта идиопатическая ЯБ может вызывать дисбаланс между факторами, которые способствуют целостности слизистой оболочки приводя к гиперсекреторному статусу. Другие этиологии ЯБ включают стрессовые язвы, вызывающие ишемию, медикаменты (стероиды, алендронат, хлорид калия и химиотерапевтические агенты), вирусные инфекции (CMV, HSV), метаболические нарушения, лучевая терапия, гистамин, эозинофильная инфильтрация и базофилия [5, 21].

Острое кровотечение в верхнем отделе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) остается важной клинической проблемой. Частота не варикозных острых кровотечений из

верхней части желудочно-кишечного тракта в Великобритании составляет приблизительно 85 на 100 000 в год [1]. Хотя удельная смертность, связанная с острым кровотечением из варикозно расширенных вен, выше [2], язвенное кровотечение (ЯК) остается наиболее частой причиной острого кровотечения из желудочно-кишечного тракта в целом и значительного кровотечения, требующего переливания крови [2, 3]. Несмотря на значительные успехи во многих аспектах лечения ЯБ, общая смертность остается значительной (приблизительно 10%), возраст и сопутствующая патология пациентов несколько компенсируют терапевтические успехи.

Есть много систем, которые были использованы для стратификации риска при кровотечениях из верхней части желудочно-кишечного тракта. Вероятно, двумя наиболее широко используемыми и изучаемыми являются баллы Рокколла (как до, так и после эндоскопии) и шкала Глазго- Блатчфорда (ШГБ) [12]. Хотя они всегда были предназначены для оценки несколько разных аспектов, продолжаются исследования, сравнивающие клиническую полезность этих исследований. Следует помнить, что баллы по ШГБ оценивают риск смертности, но никогда не предназначались непосредственно в качестве инструментов принятия решений (принимая во внимание, что оценка риска пациента явно косвенно влияет на принятие клинических решений). Таким образом, неудивительно, что шкала Рокколла неизменно эффективнее выявляет случаи с меньшим риском [13, 14]. Кроме того, недавняя международная проверка подтвердила, что оценка 0 или 1 по шкале Рокколла связана с очень низким риском вмешательства и что госпитализация и экстренная эндоскопия не требуются [15].

Балл AIMS65 был рекомендован как еще более простой балл, требующий оценки только по 5-балльной шкале для каждого из следующих факторов: альбумин менее 30 г / л, международное нормализованное соотношение ($> 1,5$), балл по шкале комы Глазго менее чем 14, систолическое артериальное давление менее 90 мм рт.ст. и возраст более 65 лет. Хотя AIMS65 может надежно прогнозировать смертность, он, по-видимому, менее точен, чем шкала Рокколла, при определении необходимости таких вмешательств, как переливание крови или поступление в отделение интенсивной терапии [15, 16].

Еще одна оценка, система оценок Progetto Nazionale Emorragia Digestiva (PNED), которая основывается на довольно сложной комплексной оценке с использованием возраста, наличия рака, почечной недостаточности, оценки Американского общества анестезиологов, цирроза печени, повторного кровотечения и неудачи эндоскопической терапии.

Сроки экстренной эндоскопии в остром верхнем ЖК кровотечении остаются спорными, хотя непосредственная эндоскопия (как можно раньше), представляется теоретически привлекательной, при этом не подтверждается доказательствами. Исследования показали, что очень ранняя эндоскопия не связана с лучшими результатами и в некоторых случаях связана с худшими результатами (хотя это могло быть артефактом дизайна наблюдательных исследований) [18, 19]. Совсем недавно было показано, что у пациентов с использованием шкалы Рокколла (опять же в наблюдательном исследовании) смертность была ниже [20]. Это говорит о том, что шкалу Рокколла можно использовать как для сортировки пациентов, не нуждающихся в госпитализации, так и для выявления тех, кому может быть полезна относительно ранняя эндоскопия.

Также сообщалось о дальнейших модификациях, исключая наиболее субъективные критерии и полагаясь лишь на гемодинамику и лабораторные показатели, исключая баллы по хроническим заболеваниям / основным сопутствующим заболеваниям, мелене и обмороку. Интересно, что сокращенный балл работал так же хорошо при прогнозировании необходимости клинического вмешательства [21]. Хотя необходимы дальнейшие исследования, это может оказаться полезным изменением в клинической практике.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Известен тот факт, что хирургическое лечение кровоточащих гастродуоденальных язв у пожилых пациентов, зачастую, сопровождается значительными трудностями. У данной категории больных предпочтительны отсроченные и плановые операции по сравнению с экстренными оперативными вмешательствами. Среди наиболее частых причин, способствующих неблагоприятному исходу лечения у пожилых больных, оперативное вмешательство в стационаре (20,4% общего числа больных), тактические и технические ошибки хирургов (11,8%) [25]. Большое значение имеет прогнозирование рецидива гастродуоденального кровотечения после эндоскопического гемостаза, при высокой вероятности рецидива стратегией выбора в настоящее время считают активную хирургическую тактику [15]. Выбор метода операции зависит от многих факторов, но одним из главных является локализация язвенного поражения. При кровоточащих желудочных язвах адекватным вмешательством считается резекция желудка. При кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки (а также пре- и пилорического отдела желудка) наиболее адекватным вмешательством является гемостатическая операция на самой язве в сочетании со стволовой ваготомией и дренирующим желудок вмешательством [14]. Важно отметить, что при выполнении хирургического вмешательства по поводу язвенного ГДК рекомендуется агрессивный подход, так как рецидив кровотечения чаще бывает после вмешательств ограниченного объема и может стать фатальным [24]. В то же время, по данным А. Черноусова и Т.Т. Штабинская (2020), результаты хирургического лечения больных с осложнёнными гастродуоденальными язвами во многом зависят от объема сделанной операции. В целях объективного подхода к выбору адекватного хирургического вмешательства авторы разработали шкалу индексной оценки тяжести состояния больных. В зависимости от этого объем операций по поводу язвенного кровотечения варьировал от типичной резекции желудка или иссечения язвы двенадцатиперстной кишки с ваготомией и пилоропластикой до клиновидной резекции желудка, а в наиболее тяжёлых случаях – с иссечением или простым ушиванием язвы. В результате такого подхода удалось снизить послеоперационную летальность с 8,7% до 5,4% [26].

Литература.

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. 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.
3. 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.

4. 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.
5. Shonazarovich S. I. et al. ЎТ ТОШ КАСАЛЛИГИ САБАБЛИ ЎТКАЗИЛГАН ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ САФРОЛИ ПЕРИТОНИТНИ ДАВОЛАШДА МИНИИНВАЗИВ УСУЛЛАРИНИНГ КЛИНИК САМАРАДОРЛИГИ //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 6.
6. Shonazarovich S. I. et al. ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРНИ КОРРЕКЦИЯСИДА ДИАПЕВТИК ВА РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАР АРАЛАШУВЛАРНИ ҚЎЛЛАШ //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – Т. 7. – №. 6.
7. 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.
8. Thompson B. J., Sherman R. A. Comprehensive Review of Biliary Peritonitis //Topics in companion animal medicine. – 2021. – Т. 44. – С. 100532.
9. Абдуллаев С. А. и др. КЛАССИФИКАЦИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА //Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4. – №. 4. – С. 18-18.
10. 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.
11. Ачилов М. Т. и др. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мирizzi //Re-health journal. – 2020. – №. 2-2 (6). – С. 111-113.
12. Ачилов М. Т. и др. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ БИЛИАРНОГО ИЛЕУСА //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2021. – Т. 6. – №. 1.
13. Ачилов М. Т. и др. ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛ РЕЗЕКЦИЯ ОПЕРАЦИЯСИНИНГ ТУРЛАРИ ВА АСОРАТЛАРИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 11. – С. 110-118.
14. Ачилов М. Т. и др. Панкреатодуоденальная резекция-методика физиологической реконструкции //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 6 (60). – С. 38-42.
15. Ачилов М. Т. и др. Ручной колоанальный или аппаратный колоректальный анастомоз //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 6 (60). – С. 43-44.
16. 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.
17. 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.
18. Кадыров Р. и др. Сочетанный эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 1 (99). – С. 47-49.
19. 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.

20. Камолидинов С. А. и др. Лапароскопическая диагностика и лечение спаечной кишечной непроходимости //World science: problems and innovations. – 2020. – С. 270-275.
21. Курбанов Н. А. и др. Differentiated surgical tactics for Mirizzi syndrome in patients with cholelithiasis //Шпитальна хірургія. Журнал імені ЛЯ Ковальчука. – №. 1. – С. 56-61.
22. 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.
23. Курбонов Н. А., Исматуллаев Ф. Х. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ СИНДРОМЕ МИРИЗЗИ //EUROPEAN RESEARCH: INNOVATION IN SCIENCE, EDUCATION AND TECHNOLOGY. – 2022. – С. 95-101.
24. Курбонов Н. А., Карабаев Н. А., Тагаев К. Р. ОЖОГОВЫЙ ШОК У ДЕТЕЙ //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 48-48.
25. 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.
26. 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.
27. Нарзуллаев С. И. и др. Синдром внутрибрюшной гипертензии при сочетанных абдоминальных травмах //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 211-220.
28. Облакулов З. Т. и др. Видеолапароскопическое лечение острой спаечной кишечной непроходимости //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 1 (55). – С. 70-73.
29. Рузиев П. Н. и др. Опыт консервативного лечения повреждения селезенки при закрытой травме живота //Скорая медицинская помощь-2022. – 2022. – С. 109-110.
30. 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.
31. Сабиров Б. и др. Лечебно-диагностическая видеолапароскопия в экстренной хирургии //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 1 (82). – С. 70-72.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. Шоназаров И. Ш. и др. МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИБРЮШНЫХ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ //Вестник экстренной медицины. – 2023. – Т. 16. – №. 1. – С. 26-29.

36. 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.
37. 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.
38. Шоназаров И. Ш. Пути оптимизации диагностики, лечения и прогноза острой спаечной тонкокишечной непроходимости : дис. – Ташкент, 2008.
39. Шоназаров И. Ш., Адизов Ф. Э. У. ОПТИМИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ ЛЕЧЕНИЙ ОСТРОЙ ТОНКОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 3. – С. 227-235.
40. Шоназаров И. Ш., Ачилов М. Т. НОВЫЕ МЕТОДЫ И ДИАГНОСТИКИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 11. – С. 148-153.
41. Юлдашев Ш. С. и др. Болада ёт жисм таъсирида кизилунгач перфорациям //Вестник экстренной медицины. – 2016. – №. 4. – С. 69-71.
42. 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.