

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Рахмонов Фирдавс Саломатович

Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, Самарканд, Узбекистан

Шоназаров Искандар Шоназарович

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд,
Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.13359714>

Аннотация: Проанализированы результаты лечения больных язвенными гастродуоденальными кровотечениями в хирургической отделении Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за 20-летний период. С 2004 г. по настоящее время в лечении 522 больных использована активная индивидуализированная тактика. При язве двенадцатиперстной кишки наряду со стандартными методами органосохраняющих вмешательств применялись способы медикаментозно-термической ваготомии в сочетании с экстрарадуоденизацией язвы при пенетрации последней в головку поджелудочной железы. При язве желудка приоритетными были экономные резекции органа либо способы выведения язвы желудка за пределы желудочно-кишечного тракта (экстрагастрация язвы) с сохранением ангио- и нейроархитектоники желудка. В предоперационной подготовке применялись сандостатин и гистодил, в послеоперационном периоде — иммуномодулятор имунофан.

Ключевые слова: Ключевые слова: язве двенадцатиперстной кишки, язве желудка, экстрагастрация, экстрадуоденизация, индивидуализированная тактика, органосохраняющих операции, ваготомия.

SURGICAL TREATMENT OF GASTRODUODENAL ULCEROUS BLEEDING

Abstract: The results of treatment of patients with ulcerative gastroduodenal bleeding in the surgical department of the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care over a 20-year period were analyzed. From 2004 to the present, active individualized tactics have been used in the treatment of 522 patients. For duodenal ulcers, along with standard methods of organ-preserving interventions, methods of medical-thermal vagotomy were used in combination with extraradiodenisation of the ulcer when it penetrated into the head of the pancreas. In case of gastric ulcer, priority was given to economical organ resections or methods of removing gastric ulcers outside the gastrointestinal tract (ulcer extragastration) while preserving the angio- and neuroarchitecture of the stomach. Sandostatin and Histodil were used in the preoperative preparation, and the immunomodulator Imunofan was used in the postoperative period.

Keywords: duodenal ulcer, gastric ulcer, extragastration, extraduodenization, individualized tactics, organ-preserving surgery, vagotomy.

ВВЕДЕНИЕ

Одной из актуальных проблем неотложной абдоминальной хирургии являются диагностика и лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК). Особый интерес представляют вопросы выбора тактики лечения больных с язвенными кровотечениями, определение объема и длительности предоперационной подготовки,

сроков проведения и характера оперативного вмешательства, а также профилактики и лечения осложнений послеоперационного периода.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен анализ результатов лечения 522 больных с ЯГДК в хирургической отделении Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи за 20-летний. Больных мужского пола было 381 (72,9%), женского 141 (27,1%). Средний возраст больных составил 52+3,1 года. В 1-е сутки от начала заболевания в клинику поступили 133 (25,4%) больных, на 2-е сутки — 139 (26,6%), на 3-й сутки - 111 (21,2%) и через 4 - 5 сут — 139 (26,8%) больных. Язвенной болезнью до развития клинической картины кровотечения страдал 463 (88,7%) пациент, кровотечение послужило первым проявлением язвенной болезни у 59 (11,3%) больных. Средняя продолжительность анамнеза язвенной болезни составила 10,73+3,1 года. Легкая степень кровопотери отмечена у 287 (55,1%), средняя — у 132 (25,3%) и тяжелая — у 103 (19,6%) больных.

В работу включены данные о срочных и экстренных операциях, выполненных в рамках той или иной тактики лечения, так как категория отсроченных и ранних плановых оперативных вмешательств относится в большей степени к плановой хирургии язвенной болезни. За указанный период в клинике использовали различные концепции лечения больных с ЯГДК.

Так, ранее у пациентов применяли активно-выжидательную тактику, основанную на комплексном консервативном лечении с выполнением экстренных хирургических операций при продолжающемся или рецидивном кровотечении. Среди хирургических методик использовали резекцию желудка и прошивание язвы. Все операции проводили при продолжающемся кровотечении, которое не удавалось остановить эндоскопическим методом (летальность 29,1%), либо при рецидивной геморрагии, когда выполнялись так называемые "операции отчаяния", сопровождающиеся наибольшим количеством летальных исходов (35,2%). Естественно, результаты этих операций не могли не сказаться на общем уровне летальности, составившем 14,5%. Наиболее часто (75 — 87,5%) летальным исходом завершались оперативные вмешательства, ограниченные прошиванием язвы. Это обстоятельство связано с тем, что такую операцию выполняли у наиболее тяжело больных, рецидив кровотечения после прошивания язвы наблюдали у 75% из них. По нашему мнению, это объясняется некрозом тканей под швами с отхождением последних и возобновлением геморрагии. Нами отмечена высокая летальность при резекции 2/3, желудка (30,6% при желудочной и 37,1% при дуоденальной язве), что обусловлено большим объемом оперативного вмешательства на высоте кровотечения, а также значительными техническими трудностями, возникающими при мобилизации и обработке культи двенадцатиперстной кишки при больших калезных язвах, пенетрирующих в головку поджелудочной железы. Осложненное течение послеоперационного периода имело место у 87 (46,5%) больных. Столь высокий уровень осложнений был связан, по-видимому, с крайне неблагоприятным фоном, на котором выполнялись оперативные вмешательства (продолжающееся или рецидивное кровотечение). Основной причиной смерти 22 больных с осложненным течением послеоперационного периода явился перитонит в результате несостоятельности культи двенадцатиперстной кишки или желудочно-кишечного соустья. Острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне выраженной постгеморрагической анемии послужила

причиной смерти 12,6% больных. Аналогичный уровень летальности отмечен при рецидиве кровотечения в ближайшем послеоперационном периоде. В итоге тяжелые послеоперационные осложнения привели к смерти (73,4%) больных.

Неудовлетворительные результаты лечения при активно-выжидательной тактике у больных с ЯГДК послужили причиной отказа от нее в пользу активной хирургической тактики, применявшейся в лечении больных. Активная хирургическая тактика основана на прогнозе рецидива кровотечения и выполнении срочных оперативных вмешательств в течение 24 — 48 ч при высоком риске возобновления геморрагии. Прогностическим алгоритмом у этих пациентов являлись критерии, определенные И.И. Затевахиным и А.А. Щеголевым. Авторы выделяют абсолютные критерии угрозы рецидива кровотечения (наличие "гигантских" язв и снижение *Hb* ниже 50 г/л) и относительные критерии (степень интенсивности кровопотери, эндоскопическая характеристика кровотечения и его источника). У больных с язвой желудка выполняли резекционные операции либо прошивание язвы, при дуоденальной язве — органосохраняющие оперативные вмешательства (двусторонняя стволовая поддиафрагмальная ваготомия с той или иной дренирующей операцией). В этой группе были оперированы (36,6%) больных, в том числе (73,4%) в срочном порядке, (6,2%) в экстренном — при продолжающемся кровотечении, (20,4%) при его рецидиве.

Выполнение срочных оперативных вмешательств у больных с высоким риском рецидива кровотечения сопровождалось значительным снижением послеоперационной (с 34,2 до 15,0%) и общей летальности, которая составила 10,4%. Вместе с тем отмечены заметное повышение хирургической активности в группе в целом (до 36,6%), а также довольно высокий показатель операций при рецидиве кровотечения, достигающий 20,4%. Неудовлетворительными были результаты после гастротомии и прошивания кровоточащей язвы — летальность 50%, а при клиновидном иссечении язвы она составила 14,3%. Высокой оставалась летальность после резекции 2/3, желудка, составившая при локализации язвы в желудке 13,3% и при локализации в двенадцатиперстной кишке 16,7%. Наиболее частой причиной смерти больных после изолированного прошивания кровоточащей язвы в послеоперационном периоде явилось рецидивное кровотечение. Обращает на себя внимание высокая частота развития послеоперационного гастростаза (9 наблюдений), что было вызвано широким применением стволовой ваготомии в сочетании с дренирующими желудок операциями, для которой данное осложнение является патогномичным, и частым использованием клиновидного иссечения язвы желудка, когда, как правило, нарушается вагусная иннервация антрального отдела желудка.

Применение активной хирургической тактики позволило снизить частоту послеоперационных осложнений с 46,5% при активно-выжидательной тактике до 30,5% при активной хирургической, количество летальных исходов в группе оперированных больных с 34,2 до 15,0%, общую летальность с 14,5 до 10,4%.

С 2004 по настоящее время в лечении 522 больных использовали активную индивидуализированную тактику, основанную на прогнозировании вероятности рецидива кровотечения, времени развития повторной геморрагии и объема кровопотери при помощи компьютерной программы, построенной по принципам математического моделирования феномена ЯГДК. В программе заложены возможности определения риска в тактико-техническом отношении того или иного оперативного вмешательства и прогнозирования развития различных послеоперационных осложнений. Прогнозирование риска

кровотечения дало нам возможность детализировать показания к срочной операции, срок и объем ее выполнения. За счет комбинации H₂-блокаторов и сандостатина, позволяющих продлить "безрецидивный период", модифицировали предоперационную подготовку лиц с крайне высокой вероятностью развития рецидива кровотечения, когда отведенное время было недостаточным для коррекции анемии и декомпенсированных сопутствующих заболеваний. Определенные изменения коснулись технических аспектов оперативных вмешательств. Так, при язве двенадцатиперстной кишки наряду со стандартными методами органосохраняющих вмешательств мы использовали способ медикаментозно-термической ваготомии, основанный на комбинированной деструкции ветвей блуждающих нервов, идущих к кислотопродуцирующей зоне желудка, за счет создания в малом сальнике инфильтрата из гиперинной спиртоновокаиновой смеси с последующей локальной электрокоагуляцией данной зоны. При пенетрации кровоточащей дуоденальной язвы в головку поджелудочной железы применяли методику экстрадуоденизации язвы в сочетании с ваготомией. Экстрадуоденизация язвы является способом местного гемостаза с одновременным выведением язвенного кратера за пределы желудочно-кишечного тракта, тампонируванием язвы задней стенкой пилороантрального отдела желудка и формированием гастродуоденоанастомоза. При язве желудка приоритетной была экономная резекция органа либо экстрагастрация язвы, которая представляет собой метод выведения пенетрирующей и кровоточащей язвы за просвет желудка с восстановлением его целостности и оставлением язвенного кратера после проведения местного гемостаза зоны пенетрации, с сохранением нейро- и ангиоархитектоники желудка. В послеоперационном периоде проводили профилактику осложнений при помощи иммуномодулятора имунофана. Хирургическое лечение проведено у 144 (27,6%) больных, в том числе в срочном порядке оперировано 120 (83,3%), экстренно, при продолжающемся кровотечении — 11 (7,6%), при его рецидиве — 13 (9,0%).

Применение компьютерного прогнозирования позволило нам снизить число "операций отчаяния" у больных в группе активной хирургической тактики с 20,4 до 9,0%. Возможность прогнозирования времени рецидива кровотечения позволила в ряде наблюдений либо сократить, либо продлить предоперационную подготовку. Особый интерес представляют больные с прогнозируемым "ранним" рецидивом кровотечения, тяжесть состояния которых не позволяла провести адекватную подготовку к срочной операции в стандартные сроки. У 24 таких больных с целью пролонгирования безрецидивного периода использовали экспериментально обоснованную методику подготовки к операции, включающую комбинацию сандостатина и гистодила. Причиной перенесенного кровотечения у 7 больных послужила язвенная болезнь желудка, у 17 — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Высокий риск рецидива кровотечения имел место у всех пациентов и определялся наличием кровопотери средней или тяжелой степени, большого язвенного дефекта (диаметром свыше 3 см и глубиной 5 мм или более) с одним или несколькими тромбированными сосудами в дне язвенного кратера. На основании данных компьютерного прогнозирования у этих больных предполагался рецидив кровотечения в период от 3 до 8 ч, однако тяжесть их состояния, обусловленная выраженной анемией и декомпенсацией сопутствующих заболеваний, была такова, что за указанные сроки коррекция таких нарушений была невозможна. В течение 12 — 24 ч больным проводили предоперационную подготовку с использованием сандостатина и гистодила, рецидива кровотечения не отмечено. Всем пациентам после стабилизации их

состояния выполнены срочные оперативные вмешательства, объем и характер которых определялись в зависимости от локализации язвы, возраста, сопутствующих заболеваний, анатомических особенностей. Летальных исходов у этих больных не отмечено.

Медикаментозно-термическая СПВ в сочетании с пилороили дуоденопластикой произведена в 40 наблюдениях. Отмечено одно нагноение раны. Экстрадуоденизация язвы двенадцатиперстной кишки в сочетании в медикаментозно-термической СПВ выполнена у 29, со стволовой ваготомией — у 9 больных. Один летальный исход был связан с развитием послеоперационной пневмонии и сердечно-сосудистой недостаточности. Экстрагастрация при крово- точащей язве желудка выполнена 32 больным, проявлений гастростаза, несостоятельности швов не отмечено. Умерли 2 больных. Причиной смерти больной пожилого возраста послужила острая сердечно-сосудистая недостаточность на фоне тяжелой кровопотери, в другом наблюдении летальный исход наступил в связи с пиопневмотораксом, развившимся из-за разрыва легочной буллы и присоединения вторичной инфекции. Использование медикаментозно- термической СПВ в сочетании с экстрадуоденизацией язвы, пилоро- или дуоденопластикой при язве двенадцатиперстной кишки, применение экстрагастрации или экономной резекции желудка при локализации язвы в желудке привели к снижению послеоперационной летальности до 8,3% (см. таблицу).

Определение иммунных нарушений у каждого конкретного больного и их адекватная коррекция при помощи иммунофана позволили существенно снизить частоту и тяжесть послеоперационных осложнений. Так, при использовании активной хирургической тактики с обычным послеоперационным ведением осложнения возникли у 69 (30,5%) из 226 пациентов. При активной индивидуализированной тактике применение иммунокоррекции иммунофаном сопровождалось осложненным течением послеоперационного периода лишь у 20 (13,9%) больных.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, применение при активно-индивидуализированной лечебной тактике у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями компьютерного прогнозирования приводит к большей детализации показаний к срочному оперативному лечению, определению оптимальных сроков и объема выполнения операции, что способствует значительному уменьшению числа операций при рецидиве кровотечения.

В случае прогнозирования "раннего" рецидива кровотечения предоперационная подготовка с применением сандостатина и гистодила позволяет продлить "безрецидивный период", что дает возможность провести адекватную предоперационную подготовку и выполнить срочное оперативное вмешательство в более благоприятных для больного условиях.

Использование малотравматичных хирургических вмешательств, таких как медикаментозно-термическая СПВ, экстрадуоденизация и экстрагастрация язвы экономная резекция желудка, способствует снижению послеоперационной летальности

Применение в послеоперационном периоде адекватной иммунокоррекции при помощи иммуномодулятора иммунофана позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений от 8,3% до 13,9%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдуллаев, С. А., Исмоилов, О. И., Мизамов, Ф. О., & Шоназаров, И. Ш. (2003). Диагностика и хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений. In Всерос. конференция хирургов: Материалы конференции (p. 94).
2. Ачилов, М. Т., Нарзуллаев, С. И., Шоназаров, И. Ш., & Жабборов, З. И. (2020). Панкреатодуоденальная резекция-методика физиологической реконструкции. Достижения науки и образования, (6 (60)), 38-42.
3. Ачилов, М. Т., Нарзуллаев, С. И., Шоназаров, И. Ш., & Жабборов, З. И. (2020). Ручной колоанальный или аппаратный колоректальный анастомоз. Достижения науки и образования, (6 (60)), 43-44.
4. Ачилов, М. Т., & Шоназаров, И. Ш. (2023). Панкреатодуоденал резекция операциясининг турлари ва асоратлари. Research Focus, 2(11), 110-118.
5. Братусь В.Б. Возможности улучшения результатовлечения больных с острыми язвенными кровотечениями. Хирургия 1992; 9-10:65-67
6. Брискин Б.С, Савченко З.И., Хачатрян Н.Н., Евстифеева О.В. Иммунокорригирующая терапия в профилактике осложнений в абдоминальной хирургии. Оказание специализированной помощи при неотложных состояниях. Челябинск 1995; 41.
7. Береснев С.А., Тищенко А.М., Кузнецова Е.Е. Хирургическая тактика при кровоточащих язвах гастродуоденальной локализации. Сборник научных трудов. Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. Отв. редактор Дуденко Г.И. Харьков 1998.
 - a. Горбунов В.Н., Наумов Б.А., Гордеев С.А. Показания к операции и выбор ее метода при кровоточащих гастродуоденальных язвах. Хирургия 1991; 6: 164 - 169.
 - b. Гринберг А.А. Стратегия и тактика в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений. Актуальные вопросы практической медицины (Сборник научных трудов). М 1998; 32 — 36.
 - c. Затевахин И.И., Щеголев А.А. Современные подходы к лечению язвенных гастродуоденальных кровотечений. М: Медицинская помощь 1995; 30-32 .
 - d. Калиш Ю.А., Горкин А.Э. Кровоточащие постбульбарные язвы. Хирургия 1994;9:46-49.
8. Камолидинов, С. А., Шоназаров, И. Ш., Ахмедов, Ш. Х., & Келеш, Э. И. (2020). Лапароскопическая диагностика и лечение спаечной кишечной непроходимости. In World science: problems and innovations (pp. 270-275).
9. Каримов, Сардор Суванкулович, and Искандар Шоназарович Шоназаров. "Вентрал Чурралар Герниопластикасининг Асоратлари." *Miasto Przyszłości* 46 (2024): 1066-1070.
10. Катаев А.Ю., Герасимов А. Н. Математическая модель прогнозирования риска рецидива кровотечения у больных с пептическими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. Актуальные вопросы хирургии. М 1999; 10— 14.
11. Курбаниязов, З. Б., Шоназаров, И. Ш., Хамидов, О. А., & Нурмурзаев, З. Н. У. (2022). Эффективность приоритетного использования миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении осложненных форм острого холецистита. *Вестник экстренной медицины*
12. Луцевич Э.В., Белов И.Н. Желудочно-кишечные кровотечения. Телемост: ММСИ — Йильский университет (США). Лекция. Проблемы неотложной хирургии (Сборник научных трудов). М 1998; 6: 41 -44 .

13. Наумов Б.А., Киселев С.В., Котаев А.Ю., Лукьянов А.В. Хирургическое лечение гигантских язв пилорического канала и препилорического отдела желудка, осложненных кровотечением или перфорацией. Актуальные вопросы хирургии (Сборник научных трудов). М 1999; 26-29.
14. Наумов Б.А., Коротаев М.Г. Хирургическое лечение больных с пептическими язвами при сочетании с желудочно-пищеводной рефлюксной болезнью. Актуальные вопросы хирургии (Сборник научных трудов). М 1999; 23 — 26.
15. Облакулов, З. Т., Нарзуллаев, С. И., Мизамов, Ф. О., Шоназаров, И. Ш., Муродуллаев, С. О. У., & Тухтаев, Б. Х. (2020). Видеолапароскопическое лечение острой спаечной кишечной непроходимости. Достижения науки и образования, (1 (55)), 70-73.
16. Облакулов, З. Т., Нарзуллаев, С. И., Мизамов, Ф. О., Шоназаров, И. Ш., Муродуллаев, С. О. У., & Тухтаев, Б. Х. (2020). Видеолапароскопическое лечение острой спаечной кишечной непроходимости. Достижения науки и образования, (1 (55)), 70-73.
17. Облокулов, З. Т., & Шоназаров, И. Ш. (2024). Тешилган Гастродуоденал Яраларни Хирургик Даволашнинг Ҳозирги Ҳолати. *Miasto Przyszłości*, 46, 1053-1060.
18. Облокулов, З. Т., Шоназаров, И. Ш., & Шоназаров, С. И. (2024). СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ (Обзор литературы). *Research Focus*, 3(1), 290-299.
19. Рахмонов, Ф. С., & Шоназаров, И. Ш. (2024). Гастродуоденал Ярали Қон Кетиш Хирургиясида Замонавий Ёндашувлар. *Miasto Przyszłości*, 46, 1071-1076.
20. Тухтаев, Б. Х., Нарзуллаев, С. И., Мизамов, Ф. О., Шоназаров, И. Ш., Кадыров, Р. Н., & Облакулов, З. Т. (2020). Тактика лечения пищеводно-желудочных кровотечений у больных с синдромом портальной гипертензии. Достижения науки и образования, (1 (55)), 79-82.
21. Шоназаров, И. Ш., & Адизов, Ф. Э. У. (2023). Оптимизация современных лечений острой тонкой кишечной непроходимости. *Research Focus*, 2(3), 227-235.
22. Шоназаров, И. Ш., & Адизов, Ф. Э. (2024). Новые методы и диагностика лечения острой кишечной непроходимости лапароскопическим путем. *Journal the Coryphaeus of Science*, 6(1), 56-61.
23. Шоназаров, И. Ш., Ахмедов, Р. Ф., & Камолидинов, С. А. (2021). ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ. Достижения науки и образования, (8 (80)), 66-70.
24. Шоназаров, И. Ш., & Ачилов, М. Т. (2023). Новые методы и диагностики лапароскопического лечения кишечной непроходимости. *Research Focus*, 2(11), 148-153.
25. Шоназаров, И. Ш., Камолидинов, С. А., & Ахмедов, Р. Ф. (2021). Хирургическое лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости лапароскопическим методом. Вопросы науки и образования, (31 (156)), 69-78.
26. Шоназаров, И. Ш., Курбаниязов, З. Б., Мизамов, Ф. О., & Хамидов, О. А. (2023). МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИБРЮШНЫХ ЖЕЛЧЕИСТЕЧЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ. *Вестник экстренной медицины*, 16(1), 26-29.
27. Шоназаров, И. Ш., Мизамов, Ф. О., & Хурсанов, Ё. Э. (2023). Диапеитические и рентгенэндобилиарные вмешательства в коррекции осложнений после холецистэктомии. *Research Focus*, 2(1), 44-51.

28. 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.
29. Шоназаров, И. Ш., Муродуллаев С.О. (2024). ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА (Обзор литературы). World scientific research journal, 23(2), 25-30.
30. Шоназаров, И. Ш., & Муродуллаев, С. О. (2024). Оптимизация результаты исследования качества жизни больных после перенесенного инфицированного панкреонекроза. Sustainability of education, socioeconomic science theory, 2(14), 178-180.
31. Шоназаров, И. Ш., Муродуллаев С.О. (2024). Ўткир панкреатит диагностикаси масалалари. Miasto Przyszłości, 46, 1061-1065.
32. Щеголев А.А. Обоснование принципов хирургического лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений: Дис д-ра мед. наук. М 1993; 78 - 79.
33. Akhmedov, S. K., Shonazarov, I. S., Kamolidinov, S. A., & Kelesh, E. I. (2020). Значение раннего энтерального питания у больных с синдромом интраабдоминальной гипертензии при тяжелом остром панкреатите. In Инновационное развитие: потенциал науки и современного образования (pp. 274-276).
34. Kurbaniyazov, Z. B., Shonazarov, I. S., Khamidov, O. A., & Nurmurzaev, Z. N. (2022). Эффективность приоритетного использования миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении осложненных форм острого холецистита. The Bulletin of Emergency Medicine, 15(6).
35. Shonazarovich, Shonazarov Iskandar. "Acute Adhesive Obstruction at The Present Stage: Possibilities of Laparoscopy in Diagnosis and Treatment (Literature Review)." Texas Journal of Medical Science 6 (2022): 40-46.
36. Shonazarovich, Shonazarov Iskandar, and Adizov Faridun Ergashqul Ugli. "DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION WITH USING LAPAROSCOPIC METHOD." Research Focus 2.3 (2023): 175-183.
37. Shonazarov, Iskandar Shonazarovich, and Shukhrat Khayrullougli Akhmedov. "Features of early enteral nutrition in patients with intraabdominal hypertension syndrome in severe acute pancreatitis." ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal 12.7 (2022): 170-174.
38. Shonazarov, Iskandar Shonazarovich, and Sunnatillokhon Azamatkhon Ugli Kamolidinov. "Our experience of laparoscopic treatment of acute adhesive intestinal obstruction." ACADEMICIA: An International Multidisciplinary Research Journal 12.7 (2022): 193-196.
39. Shonazarovich, S. I., Inoyatovich, N. S. A., Temirovich, A. M., & Shukurullaevich, A. D. (2023). CLINICAL EFFICACY OF DIAPEUTIC AND X-RAY SURGICAL INTERVENTIONS IN COMPLEX SURGICAL TREATMENT OF ACUTE PURULENT CHOLANGITIS. Journal of Survey in Fisheries Sciences, 10(2S), 3900-3908.
40. Shonazarovich, S. I., Ugli, M. S. O., Abdurakhmanovich, K. O., Bobojonovich, K. Z., & Temirovich, A. M. (2022). Холецистэктомиядан кейинги асоратларни коррекциясида диапевтик ва рентгенэндобилиар аралашувларни қўллаш. JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE, 7(6).
41. Shonazarovich, S. I., Ugli, M. S. O., Abdurakhmanovich, K. O., Bobojonovich, K. Z., & Temirovich, A. M. (2022). Ўт тош касаллиги сабабли ўтказилган операциядан кейинги сафроли перитонитни даволашда миниинвазив усулларнинг клиник самарадорлиги. JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE, 7(6).

42. Shonazarov, I., Murodullaev, S., Kamoliddinov, S., Akhmedov, A., & Djalolov, D. (2020). Diagnosis and treatment of adhesive small bowel obstruction with using laparoscopic method. *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, 7(3), 3192-3198.
43. Temirovich, A. M., Shonazarovich, S. I., Keldibaevich, A. G., Ismailovich, J. Z., Ugli, T. J. K., & Yashibayevich, S. Z. (2021). Prevention and treatment of intraabdominal hypertension in patients with peritonitis. *Вестник науки и образования*, (3-2 (106)), 75-79.
44. Wang K., Lin H.J., Chua R.T., Peng C.L., Lee S.D., Lee C.H. Pheptic ulcer bleeding: an experience of 329 patients. *Chung Hua I Hsueh Chih Taipei* 1995;55: 1:25-30.
45. Xoliev Obidjon Odil ugli, Shonazarov Iskandar Shonazarovich, and Murodullayev Sardorbek Olimjon ugli. "The significance of laparoscopy in the prognosis and treatment of acute pancreatitis." *The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research* 6.03 (2024): 28-32.