

БИТИШМА КАСАЛЛИГИ ВА УНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ҚИЛИШ МУАММОЛАРИ

Абдуллаев С.А.

Самарқанд Давлат тиббиёт университети. Самарқанд ш.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7680674>

Аннотация: Тадқиқотнинг мақсади ўткир битишмани ичак тутилишида оптимал хирургик даволаш ва битишма касаллигини профилактика қилиш усулларини такомиллаштиришдир. Кузатувда 76 та бемор бўлиб улар икки гуруҳга бўлиб урганildi. Биринчи гуруҳ беморлар анъанавий усулда ва иккинчи гуруҳга такомиллашган хирургик ва профилактика усуллари қўлланилган. Кузатувдаги беморларнинг 63% да адгезиолизис, 20% ичаклар резекцияси, 17% илео ва еюностома(иккитасида) шакллантирилган. Таккослаш гуруҳи беморларида яъни такомиллаштирилган хирургик ва битишмаларнинг профилактика усуллари қўлланилиши операциядан кейинги асоратларни икки мартагача камайтиради.

Калит сўзлар: битишма касаллиги, ўткир битишмани ичак тутилиши, ичаклар резекцияси, хирургик даволаш.

СПАЕЧНАЯ БОЛЕЗНЬ И ПРОБЛЕМЫ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ

Аннотация: Целью исследования является определить оптимальный хирургический способа лечения острой кишечной непроходимости и профилактика спаечной болезни. Обследовано 76 больных острой спаечной кишечной непроходимостью. Больные разделены на две группы. Первая группа больных оперированный по традиционному способу хирургического лечения и профилактики спаечной болезни. Вторая группа больных, которые оперированы и произведено профилактика спаечной болезни специальной смесью в состав которого входит мезогел. Все больные по показанием оперированы: адгезиолизис произведено 63% больным, резекция кишечника 20%, формированы илеостомы у 17%, (у двух) больным еюностомы. Во второй группе больных два раза меньше отмечалось после операционные осложнение чем первой группе больных.

Ключевые слова: спаечная болезнь, острая спаечная кишечная непроходимость, резекция кишечника, хирургическое лечение.

ADHESIVE DISEASE AND PROBLEMS OF ITS PREVENTION

Abstract: The aim of the study is to determine the optimal surgical method for the treatment of acute intestinal obstruction and the prevention of adhesive disease. 76 patients with acute adhesive intestinal obstruction were examined. The patients are divided into two groups. The first group of patients was operated according to the traditional method of surgical treatment and prevention of adhesive disease. The second group of patients who were operated on and prevented adhesive disease with a special mixture, which included mesogel. All patients were operated according to the indication: adhesiolysis was performed in 63% of patients, bowel resection in 20%, ileostomy was formed in 17%, (in two) patients with jejunostomy. In the second group of patients, there were two times less postoperative complications than in the first group of patients.

Key words: adhesive disease, acute adhesive intestinal obstruction, bowel resection, surgical treatment.

КИРИШ

Битишма касаллиги абдоминал хирургиянинг оғир ва хал қилинмаган муаммоларидан хисобланади. Охирги юз йилдан кўпроқ вақт ичида хирургик битишма касаллигини профилактика қилишнинг оптимал усуллари топиш билан илмий изланишлар олиб борилмоқда. Битишма касаллиги ва унинг асорати тўғрисида биринчи маълумот XIX асрнинг охирларида пайдо бўлган. Томас Брейт 1872 йилда тухумдоннинг ўсма шиши билан операциядан кейин беморда ўткир ичак тутилиши битишмалар фонид ривожланиши билан биринчи операция қилган. Халқаро битишмаларни урганиш жамиятининг кузатувлари бўйича қорин бўшлиғидаги операциядан кейинги битишмаларнинг ҳосил бўлиши абдоминал хирургиянинг энг кўп асоратларидан хисобланади. Битишма касаллиги билан ҳар йили хирургик бўлимларда 1% қорин бўшлиғида операция қилинган беморлар даволанади. Шулардан 50% да ўткир битишмали ичак тутилиши ривожланади, операциядан кейинги ўлим эса 10-15% ни ташкил қилади. Қорин бўшлиғида бир нечта қилинган операциялардан кейин айрим адабиёт маълумотларига асосан 93-100% ҳолатларда битишма ҳосил бўлади.

Битишмаларнинг пайдо бўлиши мураккаб патогенезли полиэтиологик ҳолат хисобланади. Операциядан кейинги битишмаларнинг олдини олишнинг ишончли усуллари ҳозирда мавжуд эмас. Юқорида келтирилган тамоиллар битишмалар келиб чиқишининг олдини олиш йулларини урганиш ва уни даволашни такомиллаш бўйича илмий изланишлар утказиш лозимлигини тақоза этади.

Биз ўз тадқиқотимизда шу келтирилган профилактик ҳолатларга эътибор қилдик.

ИШНИНГ МАКСАДИ

Битишма касаллигини профилактика қилиш ва унинг ичак тутилиши асоратини хирургик даволаш усуллари такомиллаш.

ИШНИНГ МАТЕРИАЛИ ВА ДИАГНОСТИК УСУЛЛАРИ

Илмий ишнинг материали бўлиб 2010-2021 йиллардаги Самарқанд шаҳар тиббиёт бирлашмаси ва Самарқанд Давлат тиббиёт университетининг 1-кўп тармоқли клиник базасидаги хирургия бўлимида 2020-2022 йилда даволанган даволанган 76 та битишма касаллигига учраган беморларни текшириш ва хирургик даволаш натижаларига асосланган.

Беморларнинг жинси бўйича тақсимланишига кўра, уларнинг кўпчилиги аёл жинси бўлган-46(60,5%), эркеклар эса-30(39,5%).

Беморларнинг ёшига қараб тақсимланишига кўра 17 ёшдан 70 ёшгача бўлиб, улардан 73,2%(55)ини меҳнатга лаёқатли аҳолии ташкил қилган, бў эса муаммонинг ижтимоий аҳамияти тўғрисида далолат беради. Усмир ёшдагилар(15-21 ёшлилар) 25,1% ни, етук ёшлилар(21-60 ёшгача) 48,5% ва қариялар (60 ёшдан юқори) 26,4% ни ташкил қилдилар. Улар орасида шаҳар аҳолиси-49 та(64,5%) ни, кишлоқ жойларда яшовчилар-27 та(35,5%) ни ташкил қилдилар.

Қорин бўшлиғининг битишма касаллигининг ривожланишида утказилган операциялар асосий факторлар хисобланади.

Кузатилган беморларда қорин бўшлиғида ва кичик чанок аъзоларида турли оператив аралашувлар утказилган ва қорин бўшлиғида битишмалар ҳосил бўлишининг сабабчиларидир. Шундай бирламчи сабаблардан ўткир деструктив аппендицит 7, қорин бўшлиғи аъзоларининг жароҳатлари 11, ошқозон ва ун икки бармоқли ичак ярасининг перфорацияси 19, деструктив холецистит 28, гинекологик касалликлар билан 7 ва ўткир ичак тутиллиши билан 4 беморлар операция бўлганлар.

Ўткир битишмали ичак тутилиши билан тушган 76 беморнинг 61% да 1 марта, 24,6% да 2 марта, 13,2% да 3 марта ва 11,2% да 4 марта операция қилинганлар. Охирги қилинган операцияларда ўткир ичак тутилиши хуружи бошлангунча утган муддат 1 йилгача-31,4%, 1 йилдан 3 йилгача 37%, 3 йилдан 10 йилгача 21,4% ва 11 йилдан кўпроқ утгандан кейин 10,2% беморларда кузатилган.

Стационарга тушган беморларда ўткир битишмали ичак тутилишининг диагностикаси касалликнинг умумклиник манзарасига, анамнезига, лаборатория текширувлар, рентгенологик(ошқозон-ичак тизимини контрастли рентгенография ва ирригография қилиш), ультратовуш ва эндоскопик, КТ ва Мскт текширув усуллари маълумотларига асосланади. Барча беморлар стационарга тушгандан сунг диагностик алгоритм бўйича ва текширув босқичларида умум қабул қилинган клиник текширув усуллари қўлланилди. Бунда объектив кўрик пайтида периферик ва марказий гемодинамик курсаткичларни аниклаш, ЭКГ, кон ва сийдикнинг умумий ва биохимик тахлилари утказилди. Ўткир битишмали ичак тутилиши билан беморларни клиник функционал ҳолатини баҳолаш учун оксил, мочевино, креатинин, колдик азот, кондаги канд микдори, билирубин ва унинг фракциялари, кон ферментлари(АлТ, АсТ) микдори, кон плазмасидаги электролитлар-К ва Na микдорини аниклаш бу касалликнинг динамикасини аниклашда ялғилланиш фаоллигининг тести сифатида ишлатилади. Курсатма булганда махсус текширувлар кенг қўлланилади(УТТ, ЭГДФС, КТ, Мскт).

Қорин бўшлиғи манзаравий рентгеноскопияси беморларда ўткир битишмали ичак тутилишини аниклашда муҳим аҳамиятга эга. Касалликнинг манзараси ноаниқ булганда суюқ барий аралашмасидан 200 мл ичирилади ва ошқозон ичак тизими бўйича контраст модданинг ҳаракатланиши куздан кечирилади. Текширувнинг бу тўғрисида қуйидаги рентгенологик белгилар диагностик аҳамиятга эга; ошқозоннинг кенгаши унда суюқлик йиғилиши билан, тусик жойидан юқорида ингичка ичак сиртмоклрининг дилатацияси ва суюқлик ва газ йиғилиши билан кундаланг жойлашган ва шишган Креклинг каватчаларининг контрастлашиши аникланади. Айрим ҳолларда кўп сонли деформациялар битишмаларга гумон қилингнда ингичка ичак қисмларидан иборат конгломерат қурилиши ва Клойбер косачалари аникланади. Бу текширишнинг камчилиги ичакларнинг проксимал қисмида барий эритмаси эвакуациясининг секинлашиши натижасида ичак сиртмоклари бир-бирига қисилиб нотўғри информация бериши мумкин. Бундай ҳолатларда ошқозон – ичак тизимини зонд орқали контрастлаш маъқул. Зонд бурун орқали ун икки бармоқли ичакка утказилади ва 10-12°C совутилган 15% ли барий эритмаси Трейц боғламидан пастга 250 мл юборилади. Контраст модда транзитини динамик тарзда рентгенологик кузатувда 2 соат давомида ичак тутилиши жойини аниклаш мумкин. Ичак тусиги аниқлангандан кейин зонд фаол аспирацияга уланади ва киритилган контраст мода ичак суюқликлари билан токсик махсулот суриб олинади.

Ўткир битишмали ичак тутилишининг ривожланишида ичак найи бўйлаб эвакуациянинг бузилишига, ичак секрецияси кучайиши билан маҳаллий трофик бузилишларга ҳам олиб келади, тусик жой устидан ичакдан сурилиш анча камаяди, бу эса ичак махсулоти стазига ва оғир интоксикация ривожланишига сабаб булади. Шунинг учун эндоинтоксикация билан қурашганда, операция пайтида ҳам, операциядан кейинги даврда ҳам ошқозон-ичак трактида туриб қолган махсулотни эвакуация қилиш муҳим аҳамиятга эга.

Бунинг учун барча назорат гурухи беморларига ичак тутилиши манбаи йок қилинган сунг, оператив аралашув пайти такомиллаштирилган зонд билан ингичка ичакни трансназал тотал интубатсияси утказилади (шиналаштириш). Бир қисм беморларда назоинтестенал ва трансректал интубатсия қилинади

Ўткир битишмли иак тутилишининг эрта диагностикаси 65та (85.5%) беморда аниқланган (бемор стационарга тушгндн унг 3 соат ичида), 11тасида 14.5%, касалликнинг клиник манзарасининг билинмаслиги ва атипик кечими сабабли (6-8 соатдан сунг кеч аниқланган). Беморлар касалликнинг куйидаги боскичларида статсионарларга келиб тушганлар: 1- боскичда 28 (36.8%), 2 - боскичда 33та (43.4%) ва 3 - боскичда 15та (19.8%) В.С.Савельев (1996) буйича.

ИШНИНГ МУХОКАМАСИ ВА НАТИЖАЛАРИ

Битишмалар ичак сиртмоқлари орасида ёки париетал қорин парда билан ҳосил бўлиши мумкин. Ичак еригининг епилиб қолиши уларнинг бурилиб қолиши «икки ўқли» ичак сиртмоқларида ҳосил булишидир. Энг хавфли битишмалар - бу ипсимон битишмалар ҳисобланади ва улар кўпинча ички қисилиб қолиши ташқил қилиши натижасида странгулятсия ичак тутилишига олиб келади. Биз текширган беморларни 2 гуруҳга: 1-гуруҳ назорат гурухи 25та бемор (33%) ташқил қилди, уларга анъанавий умумқабул қилинган даволаш утказилди 2-асосий гуруҳга 51та (67%) бемор булиб , такомиллашган хирургик усуллар ва битишмлрни профилактика қилиш учун таркибида мезогел булган аралашма қорин бўшлиғиг юбрилди. Такомиллшган даволаш комплексига куйидагиларни кириттик.

- Битишма пайдо булишинг олдини олиш мақсадида биз куйидагича аралашма тавсия қилдик: 100мл 0.25% новакаин эритмаси +0.8% митилурцил +125мг гидрокартизон +20 000ЕД фибронилизин, камицин 3 гр, мезогел 400 мл аралашмаси билан операция охирида қорин бўшлиғига куйилган найлар 4-5соатга беркитилиб куйилади.

- Иелостома оркали ингичка ичак интубатсияси

- Операция пайтида трансректал йугон ичаклар илеоцекал бурчакгача интубатсияси, илеостома куйилмаган ҳолларда Меллори-Эботта зонди ингичка ичакнинг проксимал қисмигача интубацияси қилинди.

Иккала гуруҳ беморларининг жинси, ёши касалликнинг оғирлик даражаси, утказилган операцияларнинг характери ўзаро таққослашга мос келар эди. Биринчи назорат гуруҳидаги 25 ўткир битишмали ичак тутилиши билан беморларга даволаш ишлари куйидагича ўтказилди: Энг аввало ўткир ичак тутилишини бартараф қилиш ва бузилган гомеостазни коррекция қилиш, кондаги гидро ион балансини коррекция қилиш, сув ва электролит ҳолатини тиклаш, детоксикацион терапия, ошказон ичак тизимини назогастрал зонд билан декомпрессия қилиш, паранефрал ва перидурал новакаинли блокада тозаловчи ҳукна қилинди. Бу даволаш тадбирларининг критерияси булиб ўткир ичак тутилишининг бартараф булиши ҳисобланади.

Зудлик билан операция қилишга курсатма булиб, консерватив даволашнинг самара бермаслиги ҳамда ўткир перитонитнинг ривожланиш белгилари ҳисобланади. Бундай шароитда 2,5 соат операциядан олдинги тайёргарлик ўтказилди. Юқоридаги келтирилган комплекс даволаш тадбирлари билан бирга операция пайтида ўткир битишмали ичак тутилиши сабаблари бартараф қилинади, ичак -Ўзакларига новакаинли блокада, трансназал ингичка ичакни тулик интубацияси, актив ҳолда ичаклар суюқлиги суриб олинган ҳолда декомпрессияси, перитонитнинг оғир тарқалган боскичлари кузатилган беморларда трансректал декомпрессив йугон ичак интубацияси ва қорин бўшлиғини Дренажлаш

қилинди. Операциягача Клиник белгиларни киёслаганимизда деярли 94% беморларда операция пайтида топилган патологик ўзгаришларга мос келди. Бизнинг кузатувимизда 2та 60- 65ёшли беморда операциядан олдин перитонитнинг жуда ривожланган белгилари аникланди ва операция пайтида эса ингичка ичак некрози аникланди. Шунни такидлаш лозимки, қорин бўшлиғида кўп ҳар хил битишмалар булган беморларда ўткир, битишмал ичак тутилиши белгиларининг атипик кечиши аникланди (14.5%). Шундай ҳолатларда қушимча текшириш усуллари ишлатилди. Бундай ҳолатларда кўпроқ аник ахбарот олиш учун зонд орқали контраст моддалар юборилиб ўткир битишмал ичак тутилиши ташхиси қўйиш мумкин. Бундай усул 2 та беморда ишлатилди. Бундан ташқари назорат гуруҳидаги беморларда ультра товуш билан текшириш ишлатилди. Шулардан 11 тасида ўткир битишмал ичак тутилишига хос жуда аник булмаган белгилар топилди. Ваҳоланки ана шу белгилар ҳам ичак тутилиши Ҳолатини тўғри баҳолашга ёрдам берди. Ультра товуш текширувида ингичка ичакнинг кенгайиши, улар деворининг калинлашиши, ичак ички суюқлигининг орқа ва олдинга силжиши ўткир битишмал ичак тутилишининг аник белгилари ҳисобланади. Ичак тутилишининг муддати канча ўзок давом этса, сув-электролит баланси, модда алмашинуви чуқурроқ юзага чиқади ва кўп аъзоли етишмовчиликка олиб келади. Шунинг учун ҳам ўткир битишмал ичак тутилишида яхши натижа олиш учун эрта ташхис қўйишни ташқил қилиш зарур. Қилинган таҳлиллар ичак тутилишининг уч даври (В.С.Савельев 1996 йил буйича) назорат гуруҳи беморларида ягона касалликнинг босқичма-босқич ривожланиши эканлигини курсатди. Биринчи даврда беморларда яхши анамнези ўрганиш, умумий кўрик, рентген Ва УТТ текширишлар ўтказилса етарли. Касалликнинг иккинчи ва учинчи босқичларида ҳамма текширишлар билан бирга энтерография қилиниб, ўткир ичак тутилиши сатҳини аниклаш мақсадга мувофиқ ҳисобланади. Назорат гуруҳидаги беморларни анъанавий даволаш маълум босқич орқали олиб борилди. Қорин бўшлиғини тафтиш қилиш, ўткир ичак тутилиши сабабини аниклаш ва бартараф қилиш, қорин бўшлиғидаги суюқликни эвакуация қилиш, ичак ўзакларини новакаинли блокада қилиш, ичакларни интубация қилиш яъни операциядан кейинги даврда декомпрессия қилиш мақсадли ҳисобланади. Кўпроқ ишлатилган оператив усулларида: висцеролиз(адгезиолиз) 63,7% беморларда қилинди. Ингичка ичак резекцияси "учма-уч" ва "ёнма-ён" энтеро-энтероанастомоз қуйиш 19,4%, илеостомашакллантириш 16.9% ва еюностомашакллантириш 2та беморда қилинди.

Тарқалган перитонит белгилари беморларда интраоперацион лаваж ва обдовлаш ҳамда битишмаларни профилактика қилиш тадбирлари ўтказилди. Асосий гуруҳдаги беморларга операциядан кейинги даврда гемостазни коррекция қилиш, детоксикацион терапия ўтказиш, ошқазон-ичак тизими фаолиятини стимуляция қилиш ва актив ичакларни декомпрессия қилиш тадбирлари ўтказилди.

Кузатишлардан маълум булдики эндотоксикознинг оғирлиги 3-даражаси ўткир битишмал ичак тутилиши билан беморларда доимий буладиган ҳол булиб, бирдан иккинчи босқичга ўтиш организмнинг компенсатор имкониятларига ва адекват ўтказилган даволаш тадбирларига боғлиқ булди. Ичак тизимидаги транзит ҳолатни тиклашнинг етишмовчилиги натижасида компенсатор ҳолатнинг кучсизлиги организмдаги гемодинамик бузулишларни ва ҳаётий муҳим аъзоларнинг фаолиятини тиклаб булмайдиган даражага олиб келди.

Ана шу ҳолатларнинг олдини олиш учун ўткир битишмал ичак тутилишини эрта ташхислаб оператив даволашни ўз вақтида ўтказилгандагина эндотоксикознинг биринчи

даражаси бошка оғир даражаларига утишдан сақлаш мумкин. Шунинг учун эндотоксикознинг оғирлик даражасини ўз вақтида аниқлайдиган сезгир ва махсус тестларни ишлаб чиқиш катта амалий аҳамиятга эга. Ана шундай тестлардан бири лейкоцитларнинг интоксикация индекси ҳисобланади. Назорат гуруҳида ўтказилган текширишлар курсатдики, қорин бўшлиғида бўлган деструктив ўзгаришлар айниқса бу ҳолат қорин пардага ҳам уткан бўлса яъни перитонит кузатилганда лейкоцитларнинг интоксикацион индекси курсаткичлари динамик ҳолда кутарилган.

Ўткир битишмали ичак тутилиши билан перитонит кузатилган беморларда лейкоцитларнинг интоксикацион индекси курсаткичлари соғлом кишиларга нисбатан 2-2,5 марта ошган.

Асосий гуруҳ беморларида упка артерияси тромбоэмболияси билан (1та бемор) ейилган перитонит, ўткир буйрак ва жигар етишмовчилиги билан 3та беморда ўлим ҳолати кузатилди. Ўлим тафсилоти асосан зудлик билан қилинган операциялардан кейин юрак-қон томирлари йулдош касаллиги билан содир бўлди. Кечиктирилган операциялардан кейин ўлим тафсилоти кузатилмади, аммо операциядан кейинги яраларни йиринглаш амоматлари пайдо бўлди. Олинган маълумотлардан маълумки ханўзгача операциядан с кейинги ўлим суръатининг юқорилиги курсатадики ўткир битишмали, ичак тутилишининг профилактикаси борасида илмий изланишлар қилиш ва амалиётга ўткир битишмали ичак тутилишини яхши профилактика қиладиган янги усулларни татбиқ қилиш зарур.

Хозирги вақтда клиницистлар томонидан битишмаларнинг ҳосил бўлишини профилактика қилишнинг асосий 6 механизм орқали таъсир қилиш мумкинлиги аниқланган: Қорин парда жарохатини камайтириш, яллиғланишга қарши организмнинг биринчи жавоб реакцисини камайтириш, фибриннинг ҳосил бўлишини бартараф қилиш, фибринолизни фаоллаштириш, коллоген тулланишига ва фибринолитик ҳолатларни бартараф қилиш ва битишмаларнинг ҳосил бўлишини бартараф қиладиган барьерлар ишлатиш. Ана шу ҳолатларни ҳисобга олган ҳолда биз ўз амалиётимизда битишмаларни профилактика қиладиган янги даволаш усулини таклиф қилдик

Ана шундан сўрилувчи барьер хусусиятга эга бўлган модда "мезотель" (карбоксиметилцеллюлозанинг натрий тўзи сувли гели)ни ишлатдик. Асосий гуруҳ беморларига лапаротомия ярасини тикишдан олдин қорин бўшлиғига битишмага қарши аралашма мезотель билан бирга юборилади. Мезогельнинг ҳажми беморнинг оғирлигига асосан 2,5мл/кг ҳисобида олинди. Операциядан кейинги даврда 2-3 кун дренаж най орқали мезогель юбориш давом эттирилди, қуйилган назогастрал орқали махсус антиоксидант антигипоксантилар деворларидаги микроциркуляцияни яхшилаш учун юборилди. Трансректал интубацион най орқали эндоген интоксикацияни пасайтириш учун энтеросорбентлар юборилади. Асосий гуруҳ беморларида операциядан кейинги асоратлар 51 та бемордан 10 тасида аниқланди. Ўткир битишмали ичак тутилиши билан биз таклиф қилган такомиллашган даволаш ва профилактика усулларида кейин ўлим икки марта камайди.

ХУЛОСА

Шундай қилиб битишмали ўткир ичак тутилиши билан беморларни ўз вақтида ташхислаб, сифатли операция қилинганда ва қорин бўшлиғида битишмалар ҳосил бўлишини комплекс профилактикасида мезогельнинг ишлатилиши беморлардаги операциядан кейинги асоратлари ва ўлим тафсилотини пасайтиришда оптимал усул ҳисобланади.

Адабиётлар

1. С.А. Абдуллаев, С.Т. Хужабаев, М.М. Дусяяров, И.М. Рустамов. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 399-404.
2. Abdullaev S., Akhmedov A. T. A., Djalolov D. Problems of surgical tactics for the treatment of diabetic foot syndrome //International Journal of Advanced Science and Technology. – 2020. – Т. 29. – №. 5. – С. 1836-1838.
3. Abdullaev S. et al. Features of Complex Surgical and Infusion Treatment of Sepsis in Diabetes Mellitus //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 2283-2288.
4. Abdullaevich A. S. et al. Problems of Sepsis Diagnostic and Treatment in Diabetes Mellitus //American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2020. – Т. 10. – №. 3. – С. 175-178.
5. 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.
6. Абдуллаев С. А., Джалолов Д. А. Особенности течения болезни Фурнье при сахарном диабете //Наука в современном мире: приоритеты развития. – 2020. – №. 1. – С. 9-11.
7. 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.
8. Абдуллаев С. А. и др. КЛАССИФИКАЦИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА //Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4. – №. 4. – С. 18-18.
9. Абакумов М. М. и др. Разрывы диафрагмы при сочетанных повреждениях груди и живота //Вестн. хир. – 1991. – №. 5-6. – С. 64-68.
10. Abdullaev S. A. et al. SURGICAL TACTICS FOR THE TREATMENT OF SEPSIS IN DIABETES MELLITUS //IN SCIENCE AND INNOVATION IN THE 21ST CENTURY: CURRENT ISSUES, DISCOVERIES AND ACHIEVEMENTS. – 2019. – С. 190-194.
11. Абдуллаев С. и др. Состояние перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы у обожженных //Журнал вестник врача. – 2012. – Т. 1. – №. 03. – С. 12-13.
12. Шеркулов К.У., Рустамов И.М., Усмонкулов М.К. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГАНГРЕНОЗНО НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАРАПРОКТИТОМ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 483-486.
13. Abakumov M. M. et al. Diaphragmatic ruptures in combined injuries to the chest and abdomen //Vestnik Khirurgii Imeni II Grekova. – 1991. – Т. 146. – №. 5. – С. 64-68.
14. I.M. Rustamov, J.A. Karabayev. MODERN APPROACH TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE GANGRENOUS-NECROTIC PARAPROCTITIS //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 469-472.
15. Murodulla R. et al. A RARE CASE OF KERATOAKANTOMA //Thematics Journal of Education. – 2022. – Т. 7. – №. 3.
16. РУСТАМОВ М. И. и др. Современная тактика лечения острого парапроктита //Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 2.
17. Ismailov S. I. et al. Predictors of postoperative complications in patients with ventral hernia //Khirurgiia. – 2022. – №. 1. – С. 56-60.

18. Dusiyarov M.M., Eshonxodjaev J.D., Xujabaev S.T., Sherkulov K.U., & Rustamov I.M. (2021). Estimation of the efficiency of antisense coating on the model of lung wound in experiment. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 1(4), 1-6. <https://doi.org/10.47494/cajmn.v1i4.57>.
19. Rustamov M.I., Rustamov I.M., Shodmonov A.A. Optimising surgical management of patients with acute paraproctitis //Frontline Medical Sciences and Pharmaceutical Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 02. – С. 36-42.
20. Рустамов М.И., Давлатов С.С., Сайдуллаев З.Я., & Рустамов И.М. Хирургическое лечение больных гангреной фурье //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 69-71.
21. Дусяйров М.М., Рустамов И.М., Муртазаев Х.Ш., Шербекова Ф.У. Выбор оптимального метода лечения эпителиально-копчикового хода //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 358-358.
22. Дусяйров М.М., Рахматова Л.Т., Рустамов И.М. Результаты хирургического лечения сложных свищей прямой кишки //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 358-359.
23. Рустамов И.М., Кан С.А., Рустамов М.И., Шербеков У.А., Дусяйров, М. М. Анализ результатов хирургического лечения больных гангреной фурье //Современные технологии: актуальные вопросы, достижения и инновации. – 2017. – С. 83-86.
24. Abdullaev S. A. et al. PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF SEPSIS IN DIABETES MELLITUS //DOCTOR'S BULLETIN. – Т. 6.