

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИОРИТЕТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ
ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

И.Ш. Шоназаров,

Ф.О.Мизамов,

Ё.Э.Хурсанов

<https://doi.org/10.5281/zenodo7548644>

Аннотация: Представлены результаты лечения 82 больных с желчным перитонитом как осложнение острого деструктивного холецистита. Желчный перитонит, как осложнения острого деструктивного холецистита наблюдался у 7,1% больных. Отмечено превалирование пропотной формы перитонита, наблюдавшийся в 67,1%, желчный перитонит вследствие перфорации стенки желчного пузыря наблюдался у 32,9% больных. Приоритетное использование миниинвазивных хирургических вмешательств (диапневтические, эндоскопические и лапароскопические методы) в лечении местного желчного перитонита, как осложнения острого холецистита успешно осуществлено у 67,3% больных основной группы.

Ключевые слова: Острый холецистит, желчный перитонит, хирургическое лечение.

**ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТНИНГ МУРАККАБ ШАКЛЛАРИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ
БИЛАН ДАВОЛАШДА МИНИМАЛ ИНВАЗИВ АРАЛАШУВЛАРДАН УСТУВОР
ФЙДАЛАНИШ САМАРАДОРЛИГИ**

Аннотация: Ўткир холецистит асорати сабабли сафроли перитонит билан асоратланган 82 нафар беморни даволаш натижалари келтирилган. Ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида сафроли перитонит 7,1% беморларда кузатилган. Перфоратив шаклдаги перитонитнинг кўпроқ кузатилиши қайд этилган, 67,1% ҳолатларда, беморларнинг 32,9% да ўт пуфаги деворининг тешилиши натижасида сафроли перитонитлар ривожланиши кузатилган. Ўткир холециститнинг асорати сифатида ривожланган маҳаллий сафроли перитонитни даволашда миниинвазив жарроҳлик аралашувлардан (диапневтик ва лапароскопик усуллар) устувор фойдаланиш асосий гуруҳдаги беморларнинг 67,3 % да муваффақиятли амалга оширилди.

Калит сўзлар: Ўт-тош касаллиги, сафроли перитонит, хирургик даволаш

**EFFICIENCY OF THE PRIORITY USE OF MINIMALLY INVASIVE
INTERVENTIONS IN THE SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS
OF ACUTE CHOLECYSTITIS**

Abstract: The results of treatment of 82 patients with biliary peritonitis as a complication of acute destructive cholecystitis are presented. Biliary peritonitis as a complication of acute destructive cholecystitis was observed in 7.1% of patients. Prevalence of the perforative form of peritonitis was noted, which was observed in 67.1%, bile peritonitis due to perforation of the gallbladder wall was observed in 32.9% of patients. The priority use of minimally invasive surgical interventions (diapneumatic, endoscopic and laparoscopic methods) in the treatment of local bile peritonitis as a complication of acute cholecystitis was successfully carried out in 67.3% of patients in the main group.

Keywords: Acute cholecystitis, bile peritonitis, surgical treatment.

ВВЕДЕНИЕ

Желчный перитонит является тяжелым осложнением острого холецистита. Вместе с тем, несмотря на всю серьезность данной проблемы, желчному перитониту уделяется недостаточно внимания, хотя летальность при этом осложнении достигает по данным разных авторов от 6,2 до 24%. (2,5,11,16)

Среди причин, приводящих к развитию желчного перитонита основными являются деструктивные формы воспаления желчного пузыря. При этом особенностью желчного перитонита, в отличие от бактериального перитонита, является стертость клинической картины, что нередко приводит к запоздалой диагностике. В зависимости от стерильности желчи чаще всего развивается холеперитонеом и это довольно часто наблюдается при пропотевании желчи через стенку желчного пузыря без ее перфорации.

Для лечения желчного перитонита обычно применяется лапаротомия или релапаротомия, которая является сама по себе весьма травматичным вмешательством, при которой послеоперационная летальность достигает

9,1–22,5% (1,4,8,9,14). Исход оперативных вмешательств во многом зависит от выбора и последовательности используемых методов хирургической коррекции (7,13,15). Дальнейшие перспективы улучшения результатов хирургического лечения больных желчным перитонитом в настоящее время зависят от применения щадящих миниинвазивных оперативных вмешательств – пункционно дренирующих и эндоскопических, выполнения операций до развития системной воспалительной реакции организма и абдоминального сепсиса (3,6,10,12,17).

Таким образом, хирургическое лечение желчного перитонита представляет собой сложную тактико-техническую задачу, решению которой и посвящено наше исследование.

Цель исследования: Улучшение результатов лечения больных осложненными формами острого холецистита путем оптимизации диагностики и лечебной тактики с преимущественным дифференцированным применением миниинвазивных методов хирургической коррекции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Представлены результаты лечения 82 больных с желчным перитонитом как осложнение острого деструктивного холецистита, что составило 7,1% из числа всех 5849 оперированных больных с холелитиазом. Среди больных с перитонитом было 24 (29,7%) мужчин и 58 (70,3%) женщин, гендерное соотношение составило 1:2,5. Это же соотношение среди всех оперированных больных с желчнокаменной болезнью составило 1:6, что подтверждает литературные данные о более сложном течении холелитиаза у лиц мужского пола. Превалировали пациенты в возрасте 60-74 лет – 35,2% и 45-59 лет – 28,2%, 8,3% пациентов были в возрасте старше 75 лет. Средний возраст больных составил 55,2±1,3 лет. Сопутствующие заболевания имелись у 62,6% больных. Холангит, как осложнение основного патологического процесса, был выявлен у 51,1% больных. Хроническая сопутствующая патология двух систем отмечена у 41% больных, трех и более у 26 %.

С учетом современных тенденций в развитии хирургии, для решения задач исследования, направленных на разработку новой лечебно-диагностической тактики при ЖП, больные были распределены на две группы.

В I группу (гр. сравнения) вошли 33 пациента с перитонитом как осложнения острого деструктивного холецистита, оперированные в период 2001-2010 гг., в комплексном лечении которых использовались стандартные общепринятые подходы. Во вторую группу

(основную гр.) – 49, оперированные в период 2011-2020 гг., у которых алгоритм проведения лечебно-диагностических мероприятий строился на принципах FTS - программы ускоренного выздоровления (ПУВ) и в качестве приоритетных методов оперативного лечения применялись миниинвазивные хирургические вмешательства.

По механизму истечения желчи в брюшную полость как осложнения острого деструктивного холецистита мы наблюдали две разновидности форм желчного перитонита: прободной и пропотной. Прободной желчный перитонит встречался у 27 (32,9%) больных (12-гр. сравнения, 15 – осн. гр.), который проявлялся картиной острой катастрофы в брюшной полости на фоне деструкции и перфорации стенки желчного пузыря. Пропотной желчный перитонит развивался на фоне деструктивного холецистита без перфорации стенки желчного пузыря и поскольку происходило постепенное пропотевание желчи в свободную брюшную полость, перитонит протекал с малозаметными симптомами. Только при значительном накоплении желчи в брюшной полости проявлялись характерные для перитонита признаки, что послужило причиной доставки их в хирургический стационар. По нашим наблюдениям пропотной перитонит имел место у 55 (67,1%) пациента (21-гр. сравн., 34-осн.гр.). Таким образом в наших наблюдениях отмечается значительное превалирование (более чем в 2 раза) пропотного желчного перитонита.

Среди 82 больных с деструктивным холециститом, осложненным желчным перитонитом, по характеру патологического процесса пропотной наблюдался у 55 (67,1%) больного, из них разлитой – у 9 (16,4%) и отграниченный – у 46 (83,6%). Прободной желчный перитонит был у 27 (32,9%) больных, из них разлитой – у 10 (37,1%) и отграниченный – у 17 (62,9%).

У пациента с прободным и пропотным желчным перитонитом при поступлении в стационар острое начало заболевания отмечено у 27 (32,9%) и постепенное нарастание – у 55 (67,1%). Более тяжелая форма – разлитой желчный перитонит наблюдался 23,2%, т.е. у ¼ больных.

В первые сутки заболевания поступило 31 (37,8%) больных, во вторые сутки – 22 (26,8%), на третьи – 18 (21,9%), от четырех до семи суток – 6 (7,3%) и свыше семи суток – 5 (6,1%). Таким образом можно отметить значительный процент поздней госпитализации пациентов, что объясняется поздней обращаемостью их за медицинской помощью в результате неадекватной оценки своего состояния.

При госпитализации относительно удовлетворительное общее состояние отмечено у 17 (20,7%) больных, средней тяжести – у 31 (37,8%), тяжелое – у 24 (29,3%) и крайне тяжелое – у 10 (12,2%) больных.

Исходя из критериев диагностики сепсиса, синдром системной воспалительной реакции (SIRS) наблюдался у 114 (87 %) пациентов, 10 из них находились в септическом состоянии.

Из 82 пациентов, поступивших в стационар с желчным перитонитом, 31 (37,8 %) оперированы в течение первых 6 часов. В течение от 6 до 24 часов, т.е. 1-х суток оперировано 43 (52,4%) пациентов. Позже суток от момента поступления в клинику операция проведена 8 (9,8%) больным.

У больных группы сравнения в зависимости от объема проведенные операции были разделены на 3 вида: – холецистэктомия, санация и дренирование подпеченочного пространства выполнено 19; – холецистэктомия, санация и дренирование брюшной полости выполнено 9; – холецистэктомия, холедохолитотомия, санация и дренирование

подпеченочного пространства выполнено 5 больным. Во всех случаях использовался широкий верхне - срединный доступ.

В основной группе больных проведены следующие виды операций: микрохолецистостомия и пункции билом под УЗИ наведением 11; ЛХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства выполнено 9; ЛХЭ, санация и дренирование брюшной полости (правый боковой канал и малый таз) 4.; ЛХЭ, санация и дренирование подпеченочного пространства, ЭПСТ 3; ХЭ из минилапаротомного доступа и холедохолитотомия, дренирование холедоха и санация и дренирование подпеченочного пространства 6; ХЭ, санация и дренирование брюшной полости из открытого широкого лапаротомного доступа 16 больным.

В основной исследуемой группе у 11 пациентов с острым деструктивным холециститом и отграниченным скоплением желчи в подпеченочном пространстве с исходно тяжелым общим состоянием произведена декомпрессия желчного пузыря посредством чрескожно-чреспеченочной микрохолецистостомии (ЧЧМХС) и пункция биломы под УЗИ наведением. После выполнения микрохолецистостомии этим больным выполняли пункции билом под контролем УЗИ с целью эвакуации отграниченного скопления жидкости в брюшной полости.

Лапароскопическая холецистэктомия завершена санацией и дренированием подпеченочного пространства 9 больным при остром деструктивном холецистите и местном перитоните. При разлитом желчном перитоните ЛХЭ дополнена санацией брюшной полости с обязательным дополнительным дренированием правого бокового канала и полости малого таза 4 больным. 3 больным при сочетании с холедохолитиазом после ЛХЭ выполнено ЭПСТ, 6 пациентам ХЭ и холедохолитотомия произведены из открытого минидоступа. Вместе с тем, 16 больным при разлитом желчно-гнойном перитоните ХЭ и санация брюшной полости выполнено из широкого лапаротомного доступа.

Таким образом, согласно принципам миниинвазивных вмешательств в основной исследуемой группе прооперированы 33 пациента (67,3%) с острым деструктивным холециститом осложненным различными формами желчного перитонита.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У больных группы сравнения с желчным перитонитом как осложнения острого деструктивного холецистита (33 пациента) все оперативные вмешательства (100%) проведены из широкого лапаротомного доступа.

Различные гнойно-септические осложнения после операций по поводу острого деструктивного холецистита и желчного перитонита наблюдались у 11 больных группы сравнения, что составило 33,3%. При этом у 2 (6,1%) вновь сформировались биломы в подпеченочной области, которые дренированы реканализацией контрапертур. У 2 (6,1%) больных наблюдалось длительное желчеистечение от 2 до 4 недель из дренажных трубок установленных в подпеченочном пространстве, 4 (12,1%) пациентам проведены повторные операции релапаротомии с повторными санациями брюшной полости по поводу продолжающегося перитонита, 1-вскрытия и дренирования подпеченочных и поддиафрагмальных абсцессов. Также, 1 пациентка повторно оперирована по поводу холемического внутрибрюшного кровотечения. У 9 (27,3%) больных наблюдалось нагноение послеоперационной раны.

Наиболее грозным осложнением желчного перитонита в исследуемой группе

больных был абдоминальный сепсис, что явилось причиной летальных исходов у 2 больных, летальность составило 6,1%.

В основной группе больных (49 пациентов) с желчным перитонитом как осложнения острого деструктивного холецистита согласно принципам FTS использованы миниинвазивные вмешательства у 33 пациентов (67,3%).

Им проведены следующие операции с использованием видеоэндоскопической технологии 16 больным (32,6%): – ЛХЭ и дренирование подпеченочного пространства 9 при остром деструктивном холецистите осложненном местным желчным перитонитом; – ЛХЭ и дренирование брюшной полости (правый боковой канал и малый таз) 4 при остром деструктивном холецистите осложненном разлитым желчным перитонитом; ЛХЭ и дренирование подпеченочного пространства, ЭПСТ 3 при сочетании острого деструктивного холецистита с холедохолитиазом. У этих больных ЭПСТ проведено 2-этапом. 11 (22,4%) больным использованы диапевтические технологии – микрохолецистостомия и пункции билком с УЗИ навигацией.

В основной исследуемой группе послеоперационные осложнения развились у 8 больных, что составило 16,3%. При этом, биломы подпеченочной области сформировались повторно у 2 (4,1%) пациентов, которые успешно санированы пункциями под контролем УЗИ. У 1 пациента наблюдалось холемическое кровотечение из печени с области чрезпеченочной пункции желчного пузыря. Наружное желчеистечение наблюдалось также у 1 пациента, при релапароскопии выявлено несостоятельность культи пузырного протока, которая повторно клипирована. Дуоденальное кровотечение отмечено у 1 больной после ЭПСТ, кровотечение остановлено консервативными мероприятиями. У 1 больного сформировался поддиафрагмальный абсцесс санированный повторными 3 пункциями под контролем УЗИ. При продолжающемся перитоните проведена релапаротомия 1 больной, нагноение послеоперационной раны наблюдалось у 5 больных.

При этом, в основной группе также умерло 2 из оперированных 49 больных, летальность составило 4,1%. Причиной неблагоприятного исхода явились острый панкреатит как осложнение трансдуоденального эндоскопического вмешательства у 1 пациентки и продолжающийся перитонит в 1 наблюдении.

ВЫВОДЫ:

1. Желчный перитонит, как осложнения острого деструктивного холецистита наблюдался у 7,1% больных. Отмечено превалирование пропотной формы перитонита, наблюдавшийся в 67,1%, желчный перитонит вследствие перфорации стенки желчного пузыря наблюдался у 32,9% больных.

2. Приоритетное использование миниинвазивных хирургических вмешательств (диапевтические и лапароскопические методы) в лечении местного желчного перитонита, как осложнения острого холецистита успешно осуществлено у 67,3% больных основной группы. Выполнение ХЭ и санации брюшной полости из широкого лапаротомного доступа была необходимой в 32,7% случаев при разлитом желчно-гнойном перитоните.

3. Оптимизация тактики хирургического лечения больных желчным перитонитом, основанной на принципах дифференцированного приоритетного использования миниинвазивных хирургических вмешательств, позволило улучшить результаты лечения основной группы больных, где гнойно-септические осложнения составили 16,5%, летальность 4,1%, тогда как в группе сравнения – 33,3% и 6,1% соответственно.

Литература.

1. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. «Свежие» повреждения желчных протоков. Хирургия. 2010; 10: 5-10.
2. Гумерова Г. Н. и др. Билиарный перитонит-как осложнение хронического калькулезного холецистита //Столица Науки. – 2020. – №. 5. – С. 25-31.
3. Назиров, Ф.Г., Туракулов, У.Н., Акбаров, М.М., Саатов, Р.Р. Использование малоинвазивных методов коррекции ятрогенных повреждений внепеченочных желчных протоков и наружных желчных свищей //Эндоскопическая хирургия. – 2018. – Т. 24. – №. 5. – С. 7-9.
4. Budipramana V. S., Meilita M. Obstructive-type jaundice without bile duct dilatation in generalized peritonitis is a specific sign of spontaneous gall bladder perforation //Case Reports in Medicine. – 2020. – Т. 2020.
5. Feng X, Dong J. Surgical management for bile duct injury. Biosci Trends. 2017; 11(4): 399-405.
6. Kim T. H., Bae H. J., Hong S. G. A Rare Fatal Bile Peritonitis after Malposition of Endoscopic Ultrasound-Guided 5-Fr Naso-Gallbladder Drainage //Clinical Endoscopy. – 2020. – Т. 53. – №. 1. – С. 97.
7. Kummeling A. Hepatic and biliary tract surgery //Complications in Small Animal Surgery. – 2016. – С. 441-445.
8. 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.
9. Абдуллаев С. А. и др. КЛАССИФИКАЦИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА //Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4. – №. 4. – С. 18-18.
10. Юлдашев Ш. С. и др. Болада ёт жисм таъсирида кизилунгач перфорациям //Вестник экстренной медицины. – 2016. – №. 4. – С. 69-71.
11. 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.
12. 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.
13. Ачилов М.Т. и др. Панкреатодуоденальная резекция-методика физиологической реконструкции //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 6 (60). – С. 38-42.
14. Ачилов М. Т. и др. Ручной колоанальный или аппаратный колоректальный анастомоз //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 6 (60). – С. 43-44.
15. Ачилов М. Т. и др. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi //Re-health journal. – 2020. – №. 2-2 (6). – С. 111-113.
16. 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.
17. 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.

18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. Камолидинов С. А. и др. Лапароскопическая диагностика и лечение спаечной кишечной непроходимости //World science: problems and innovations. – 2020. – С. 270-275.
23. Облакулов З. Т. и др. Видеолапароскопическое лечение острой спаечной кишечной непроходимости //Достижения науки и образования. – 2020. – №.1(55). – С.70-73.
24. Шоназаров И. Ш. Пути оптимизации диагностики, лечения и прогноза острой спаечной тонкокишечной непроходимости : дис. – Ташкент, 2008.
25. Ачилов М. Т. и др. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ БИЛИАРНОГО ИЛЕУСА //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2021. – Т. 6. – №. 1.
26. Thompson B. J., Sherman R. A. Comprehensive Review of Biliary Peritonitis //Topics in companion animal medicine. – 2021. – Т. 44. – С. 100532.
27. 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.
28. 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.
29. АВАЗОВ А. А. и др. KUYISHLARDA ERTA XIRURGIK DAVOLASH USULLARI //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
30. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus–2022.–№.Special issue 1–С.35-42.
31. Саттаров Ш. Х., Рузibaев С. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ПУТИ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 144-150.
32. Эльмуратов А., Хурсанов Ё. Э. У. ПОСТКОЛОНИАЛЬНАЯ/ДЕКОЛОНИАЛЬНАЯ КРИТИКА И ТЕОРИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОТНОШЕНИЙ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 198-208.
33. 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.
34. 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.

35. Саттаров Ш. Х., Рузибаев С. А., Хурсанов Ё. Э. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСТОМИИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 238-242.
36. Авазов А.А., Хурсанов Ё.Э., Шакиров Б.М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus.–2022.–№.Special issue 1.– С.35-42.
37. ХУРСАНОВ Я. Э. и др. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ //ЖУРНАЛ БИМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 5.
38. 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.
39. Джаббаров Ш.Р., Хурсанов Ё.Э. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 152-161.
40. Хамроев Г. А., Хурсанов Ё. Э. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ МАССИВНОМ РАЗМОЗЖЕНИИ ЯИЧКА //Research Focus. – 2022.– Т. 1.– № 3.–С.185-194.
41. 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.
42. Элмуратов 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.
43. Курбонов Н. А., Ахмедов Р. Ф. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEEP BURNING PATIENTS //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
44. 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.
45. Шакиров Б., Авазов А., Хурсанов Ё. COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTENSIVE DEEP BURNS LOWER LIMBS //EurasianUnionScientists. – 2022. – С. 24-26.
46. Мустафакулов И. Б., Карабаев Х. К., Джураева З. А. AMNIOTIC MEMBRANE-AS AN EFFECTIVE BIOLOGICAL WOUND COVERING //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – №. SPECIAL 1.
47. Ахмедов Р. Ф. и др. Диагностическая значимость уровня прокальцитонина при ожоговой болезни //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 11-12.
48. Ахмедов Р. Ф. и др. Наш опыт лечения ожогового сепсиса //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 10-11.
49. 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.