

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КЕЙИНГИ АСОРАТЛАРНИ КОРРЕКЦИЯСИДА ДИАПЕВТИК ВА РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАР АРАЛАШУВЛАРНИ ҚЎЛЛАШ

И. Ш. Шоназаров, М. Т. Ачилов, О. А. Хамидов, З. Б. Курбаниязов

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Таянч сўзлар: ўт тош касаллиги, холецистэктомия, операциядан кейинги сафроли перитонит.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, послеоперационный желчный перитонит.

Key words: cholelithiasis, cholecystectomy, postoperative biliary peritonitis.

Ўт йўлларидаги операциялардан сўнг қорин бўшлиғига ўт оқиши натижасида пайдо бўлган сафроли перитонитли 49 беморни текшириш ва даволаш натижалари тақдим этилди. Операциядан кейинги сафроли перитонитнинг частотаси 0,8 % ни ташкил этди ва 57,2 % ҳолларда "кичик" шикастланиш (ўт халта йўлининг чўлтоғи етишмовчилиги, Люшка йўллари шикастланиши, гепатикохоледохдан дренажнинг дислокацияси) ва 42,8 % ҳолларда операция давомида асосий ўт йўлининг шикастланиши. Ультратовуш назорати остида пункцион усулларни қўллаш, трансдуоденал эндоскопик аралашувлар ва лапароскопия ўт йўлларида "кичик" жароҳатлари туфайли операциядан кейинги сафроли перитонитли асосий гуруҳ беморларининг 93,3 % да релапаротомиядан воз кечиш имконини берди. Биринчи 48 соат ичида асосий ўт йўлининг шикастланиши аниқланганда энг яхши натижалар Ру бўйича юқори прецизион гепатикоюноанастомоз (ГЕА) ўрнатишда олинди.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИАПЕВТИЧЕСКИХ И РЕНТГЕНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

И. Ш. Шоназаров, М. Т. Ачилов, О. А. Хамидов, З. Б. Курбаниязов

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Представлены результаты обследования и лечения 49 больных с желчным перитонитом, развившимся вследствие желчеистечения в брюшную полость после операций на желчевыводящих протоках. Частота послеоперационного желчного перитонита составила 0,8 % и в 57,2 % случаев причиной явились «малые» повреждения (несостоятельность культи пузырного протока, поврежденные ходы Люшка, дислокация дренажа из гепатикохоледохса), а в 42,8 % интраоперационные повреждения магистрального желчного протока. Применение пункционных методов под УЗ наведением, трансдуоденальных эндоскопических вмешательств и лапароскопии позволило избежать релапаротомии у 93,3 % больных основной группы послеоперационным желчным перитонитом вследствие «малых» повреждений желчных протоков. При выявлении повреждений магистрального желчного протока в первые 48 часов лучшие результаты получены при наложении высокого прецизионного гепатикоюноанастомоза (ГЕА) по Ру.

USE OF DIAPEUTIC AND X-RAY ENDOBILIARY INTERVENTIONS IN THE CORRECTION OF COMPLICATIONS AFTER COLECYSTECTOMY

I. Sh. Shonazarov, M. T. Achilov, O. A. Khamidov, Z. B. Kurbaniyazov

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

The results of the examination and treatment of 49 patients with bile peritonitis, which developed as a result of bile leakage into the abdominal cavity after operations on the bile ducts, are presented. The frequency of postoperative bile peritonitis was 0.8 % and in 57.2 % of cases the cause was "small" damage (incompetence of the cystic duct stump, damaged Luschka passages, dislocation of the drainage from the hepaticocholedochus), and in 42.8 % of cases intraoperative damage to the main bile duct. The use of ultrasound-guided puncture methods, transduodenal endoscopic interventions and laparoscopy made it possible to avoid relaparotomy in 93.3 % of patients of the main group with postoperative bile peritonitis due to "small" injuries of the bile ducts. When detecting damage to the main bile duct in the first 48 hours. The best results are obtained with the application of high precision Roux-en-Y hepatic-jejunoanastomosis (GEA).

Сафроли перитонитнинг ривожланишига олиб келадиган сабаблар орасида асосийлари ўт йўлларида операциялардан сўнг қўшимча ўт йўлларида қорин бўшлиғига ўтнинг оқиб чиқиши, холецистэктомиядан кейин пуфак йўли чўлтоғининг етишмовчилиги, холедохотомиядан кейин ўрнатилган дренажнинг дислокацияси, умумий жигар йўлининг операция вақтида жароҳатланиши [2,5,7].

Операциядан кейинги перитонитнинг ривожланишининг асосий сабаби - ўтнинг эркин қорин бўшлиғига чиқиши. Адабиётга кўра, сафроли перитонитнинг частотаси сезиларли даражада фарқ қилади: сурункали холециститда 0,4 % дан 4 % гача, ўткир холециститда 10 % га этади.

ХЭ дан кейин ўт чиқшининг клиник кўриниши куйидаги омилларга боғлиқ: - ўт оқиш тезлиги; ўт оқиши манбасини чегаралаш даражаси; - ўт инфекциясининг даражаси; - дренажнинг мавжудлиги ёки йўқлиги. Ўт оқиши клиник кўринишлари оқиш содир бўлган

жойга боғлиқ. Агар ўт, дренаж ёки троакар киритиш нуқталари орқали ташқарига чиқса, у ҳолда билиар окма пайдо бўлиши мумкин; агар ичкарида бўлса, унда билома, билиар асцит, сафроли перитонитнинг ривожланиши мумкин [3,6].

Қорин бўшлиғига ўт оқишини эрта ташҳислашнинг мураккаблиги кечиккан қайта жарроҳлик аралашувига ва натижада даволанишнинг ноҳўя натижасига олиб келади. Бошқа томондан, ташҳиснинг қийинлиги, шунингдек, беморларнинг 0,6-17 %да релапаротомиянинг асосиз бажарилишини тушунтиради. Операциядан кейинги даврда ўтказилган интенсив терапия, антибиотиклардан фойдаланиш ва замонавий оғриқсизлантириш усуллари ривожланаётган асоратнинг кўринишини сезиларли даражада ўзгартиради, ўткир ҳодисаларни яширади, қорин бўшлиғидаги фалокат белгиларини йўқотади. Шунинг учун асоратларнинг классик кўриниши камдан-кам ҳолларда ва кўпинча кеч ривожланади, релапаротомия юқори ўлим билан бирга келади. Шунинг учун, муаммонинг энг кичик шубҳаларида, фаол, мақсадли динамик кузатишни бошлаб берувчи бир қатор тадқиқотларни ўтказиш керак. [1,4,8].

Сафроли перитонитни даволаш шубҳасиз мураккаб вазифа бўлиб, турли соҳалардаги мутахассисларнинг саъй-ҳаракатларини талаб қилганлиги сабабли, жарроҳлик аралашувларнинг натижаси кўп жиҳатдан турли усулларни танлаш ва қўллашнинг оқилона кетма-кетлигига боғлиқ. Шу муносабат билан, жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашнинг кейинги истиқболлари маълум даражада кам инвазияли жарроҳлик аралашувлардан, тизимли яллиғланиш реакцияси ва абдоминал сепсис ривожланишидан олдин операцияларни эртароқ бажаришга боғлиқ.

Тадқиқотнинг мақсади: Операциядан кейинги сафроли перитонит бўлган беморларда ташҳислаш ва жарроҳлик коррекциясининг миниинвазив усулларини қўллаган ҳолда даволаш натижаларини яхшилаш.

Материал ва методлар. Ўт йўлларидаги операциялардан сўнг қорин бўшлиғига ўт оқиши натижасида пайдо бўлган сафроли перитонитли 49 беморни текшириш ва даволаш натижалари тақдим этилди.

Операциядан кейинги 9 та ҳолатда ўт пуфагидаги қўшимча (аберрант) ўт йўллари (Люшка йўллари), 14 ҳолатда - клипсалар ёки лигатураларнинг сирпаниши натижасида пуфак йўли чўлтоғининг етишмовчилиги, 5 беморда гепатикохоledохга ўрнатилган дренажнинг дислокацияси, 21 беморда – умумий ўт йўлларидаги ятроген шикастланиши натижасида перитонит ривожланган.

Жарроҳлик ривожланишининг ҳозирги тенденцияларини ҳисобга олган ҳолда, сафроли перитонитни даволаш ва диагностикасининг янги тактикасини ишлаб чиқиш муаммоларини ҳал қилишга қаратилган тадқиқотда беморлар икки гуруҳга бўлинди. I гуруҳ (таққослаш гуруҳи) 2001-2010 йилларда ўт йўлларида операциядан сўнг ривожланган перитонит билан асоратланган 22 (2048 беморнинг 1,1 %) беморларни ўз ичига олди, комплекс даволашда стандарт умумий қабул қилинган ёндашувлар қўлланилган. Иккинчи гуруҳга (асосий гуруҳ) - 27 (3801 беморнинг 0,7 %) нафар 2011-2020 йилларда операция қилинган беморлар кирди, уларда диагностика ва даволаш тадбирларини ўтказиш алгоритми FTS - тезлаштирилган тикланиш дастури (ТТД) тамойилларига асосланган ва жарроҳлик даволашнинг устувор усуллари сифатида миниинвазив жарроҳлик аралашувлар қўлланилган.

Қорин бўшлиғига ўт оқиши ва ультратовуш текширувига кўра 100 мл гача бўлган маҳаллий сафроли перитонит бўлган таққослаш гуруҳидаги (6 бемор) 3 беморга жигар ости соҳасидаги контрапертурани реканализация қилиш амалга оширилди. 3 нафар беморга релапаротомия қилинди: 1 та ҳолатда ўт оқиши манбаи гепатикохоledохдан дренажнинг дислокацияси бўлиб, у қайта фиксацияланди. Яна 2 ҳолатда, ўт оқиши манбаи ўт пуфаги йўли чўлтоғининг етишмовчилиги бўлиб, у қайта боғланди. Жигар ости соҳа санацияси ва дренажлаш ўтказилди.

Қорин бўшлиғига ўт оқиши ва 500 мл гача бўлган, ультратовуш текшируви натижаларига кўра жигар ости соҳа ва ўнг ён канални эгаллаган маҳаллий сафроли перитонитда таққослаш гуруҳидаги (6 бемор) 2 беморда ўт пуфаги йўли чўлтоғининг етишмовчилиги сабабли ўт пуфаги йўлини такрорий боғлаш учун релапаротомия ўтказилди. 2 беморда ўт пуфаги йўли чўлтоғининг етишмовчилигига хоledохолитиаз ва

билиар гипертензия сабаб бўлган, уларга холедохолитотомия ва холедохни дренажлаш билан релапаротомия ўтказилган. ГХ дан дренажни ўз-ўзидан тушиши бўлган 2 беморда ҳам умумий ўт йўлини такрорий дренажлаш билан релапаротомия ўтказилди. Операциялар қорин бўшлиғини санацияси ва жигар ости соҳа, ўнг ёнбош канални ва кичик чанок бўшлиғини дренажлаш билан якунланди.

Умумий ўт йўллариининг шикастланиши таққослаш гуруҳидаги 10 беморда диффуз сафроли перитонитнинг ривожланишига сабаб бўлди. Уларда 5 та ҳолатда тикловчи операциялар ўтказилди, шундан гепатикохоледохнинг қирғоғи зарарланиши бўлган 2 беморда нуқсон Т-симон шаклидаги дренажда тикилди. Гепатикохоледохнинг тўлиқ кесилиши бўлган 3 беморда билио-билиар анастомоз амалга оширилди. 5 нафар беморга реконструктив операция ўтказилди: 2 нафар беморда гепатикодуоденоанастомоз (ГДА), 3 нафар беморга биринчи босқичда перитонит туфайли умумий жигар ўт йўлининг проксимал чўлтоғининг ташқи дренажи ўтказилди, кейин 3 ойдан сўнг жигар орқали каркас дренажида (ТЖКД) гепатикоеюноанастомоз (ГЕА) шаклланди.

Тадқиқотнинг асосий гуруҳида (7 бемор) ўт пуфаги ётоғидаги аберрант ўт йўллардан сафро оқиши натижасида ҳосил бўлган билома 3 беморда эхографик назорати остида эвакуация қилинди. Яна 2 беморга Люшка йўллариининг клипсалаш билан релапароскопия ўтказилди. 1 беморда ўт оқиши сабаби клипсанинг силжиши туфайли ўт пуфаги йўли чўлтоғининг етишмовчилигига сабаб бўлиб, унга релапароскопияда клипса қайта ўрнатилди. Шунингдек, бир ҳолатда ташқи сафро оқиши ва холедохостомия дренажининг тушиши туфайли жигар ости бўшлиғига ўт йиғилишида ЭПСТ ли РПХГ ва назобилиар дренажлаш ўт оқишини тўхтатишнинг якуний усули бўлган.

Ультратовуш текширувига кўра сафро оқиши ҳажми 500 мл гача бўлган маҳаллий сафроли перитонит ҳолатида асосий гуруҳда (9 бемор) холедохолитиаз ва ўт йўллариининг гипертензияси туфайли ўт пуфаги йўли чўлтоғининг етишмовчилиги бўлган (7 бемор) 2 беморда РПХГ, ЭПСТ ва назобилиар дренажлаш ва етишмовчилик бўлган чўлтоқни релапароскопия қайта клипсалаш ўтказилди. Яна 5 нафар беморда операциядан кейинги сафроли перитонитнинг сабаби сифатида қорин бўшлиғи санацияси ва ўт пуфак йўлини қайта клипсалаш амалга оширилди. Диффуз сафроли перитонити билан оғриган 1 беморга релапаротомия, умумий ўт йўлини дренажлаш ва қорин бўшлиғини санация қилиш билан холедохолитотомия ўтказилди. Яна 1 беморда чекланган сафроли перитонитнинг сабаби аберрант йўллардан, билома такрорий пункциялар билан эвакуация қилинди.

Магистрал ўт йўллариининг шикастланиши натижасида диффуз сафроли перитонит асосий гуруҳдаги 11 беморда кузатилди. Улардан 4 нафари шикастланган жигар ўт йўлининг проксимал чўлтоғига ўрнатилган дренаж найи билан бошқа шифохоналардан ўтказилган. Улардан 3 тасида ГЕА ТЖКД билан Ру бўйича ўрнатилди, 1 та кузатувда юқори прецизион ГЕА каркасли дренажсиз амалга оширилди. Бизнинг кузатувларимизда, операциядан кейинги биринчи кунда аниқланган ГХ нинг тўлиқ кесилиши бўлган 2 беморда Ру бўйича юқори ГЕА шаклланди. Сафро перитонитли 1 беморда биринчи босқичида қорин бўшлиғини санация қилиш ва жигар ўт йўлини дренажлаш бўлди. Реконструктив жарроҳлик 3 ойдан кейин амалга оширилди - ТЖКД билан ГЕА шаклланди. 3 нафар беморга реконструктив операциялар ўтказилди. ГХ кесилган 1 беморга БАА қўйилди. ГХ диаметрининг $\frac{1}{2}$ қисмидан кўп бўлмаган қирғоғи жароҳатланган 3 беморда 2 ҳолатда ўт йўли девориттикилди; бир ҳолатда РПГХ дан кейин ГХга стент ўрнатилган.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Холецистэктомиядан кейинги асорат сифатида ривожланган операциядан кейинги сафроли перитонит билан оғриган беморларни даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, сафро оқиши натижасида жигар остида суюқлик миқдори 100 млгача бўлган маҳаллий сафроли перитонит ривожланган таққослаш гуруҳидаги барча 6 бемор такрорий жарроҳлик аралашувини ўтказди - 3 беморда жигар ости соҳасини дренажлаш билан контрапертура реканализация қилинди, 3 беморда релапаротомия амалга оширилди. Асосий гуруҳда қарама-қарши натижаларга эришилди, бу ерда махсус эндоскопик ва диапевтик усуллар қайта жарроҳлик операциясини олдини олиш имконини берди - барча 7 беморда релапаротомиядан воз кечилди: - 3 беморда ультратовуш назорати остида билома пункцияси, яна 3 беморда релапароскопияда қорин бўшлиғига ўт оқишини бартараф этиш ва жигар ости соҳасининг

санацияси амалга оширилди, бир ҳолатда холедоҳдан дренажнинг дислокацияси ва ўт оқиши ЭПСТ ва назобилиар дренаж билан коррекцияланди.

Таққослаш гуруҳида (6 бемор) ҳажми 500 мл гача бўлган сафроли перитонитнинг ривожланишида ўт чиқишини коррекцияси 100% ҳолатда такрорий жарроҳлик аралашуви - релапаротомия орқали амалга оширилди: - 2 беморда қорин бўшлиғи санацияси ва ўт пуфаги йўли чўлтоғининг етишмовчилиги боғлаш билан яқунланди; - 2 беморда қорин бўшлиғининг санацияси холедоҳолитотомия билан ва яна 2 беморда гепатикохоледоҳни такрорий дренажлаш билан яқунланди. Эндоскопик трансдуоденал аралашувлар - ЭПСТ ва назобилиар дренажлаш ёрдамида асосий гуруҳдаги беморларни (9 бемор) даволаш ва диагностика тактикасини такомиллаштириш 2 беморда қорин бўшлиғига ўт оқишини тўхтатишга имкон берди. Релапароскопия 6 та ҳолатда ўт оқиши сабабини бартараф этишга имкон берди - ўт пуфаги ётоғидаги аберрант ўт йўлини клипсалаш амалга оширилди ва фақат 1 беморда релапаротомия ва қорин бўшлиғини санацияси, резидуал холедоҳолитиаз туфайли холедоҳолитотомия ўтказиш талаб қилинди.

Шундай қилиб, қорин бўшлиғига ўт оқишини коррекциялашнинг миниинвазив усуллари жорий этиш, трансдуоденал эндоскопик аралашувлар, ультратовуш назорати остида қорин бўшлиғининг пункциялари, лапароскопия, ўт йўлларининг "кичик" жароҳатлари бўлган беморларнинг 93,3% да такрорий лапаротомиядан воз кечиш имконини берди. Релапаротомия фақат 1 беморда амалга оширилди.

Магистрал ўт йўллари шикастланиши 48 соат ичида аниқланганда, диффуз сафроли перитонит ривожланмаган ҳолда Ру бўйича юқори ГЕА шаклланиши ўз самарадорлигини исботлади. Барча 3 беморда операциядан кейинги ва кечки даврларда яхши натижаларга эришилди. ТЖКД ёрдамида ГЕАни шакллантириш (асосий гуруҳнинг 2 беморида ва таққослаш гуруҳининг 2 беморида амалга оширилди) ХЭ дан кейинги, 48 соатдан ўтиб аниқланган сафроли перитонитда ўт йўллари деворидаги инфилтратив ўзгаришлар шароитида билиодигестив анастамозни қўллашнинг мақсадга мувофиқ эканлиги кўрсатилди. Юқоридаги ҳолатларда ГЕА ҳосил қилинадиган алмаштириладиган жигар орқали дренаж жуда муҳимдир. Бироқ, асосий гуруҳнинг 2 беморида ва таққослаш гуруҳнинг 6 беморида ГХ шикастланиши туфайли сафроли перитонитида биринчи босқичда умумий жигар ўт йўлининг проксимал чўлтоғи дренажланган. 3 ойдан кейин реконструктив операциялар ўтказилди. БАА (таққослаш гуруҳидаги 5та беморда ва асосий гуруҳда 1 та беморда қўлланилди) ва ГДА (таққослаш гуруҳидаги 3 беморда) барча ҳолатларда ГХ ва БДА стриктуралари билан яқунланди. Уларда қайта реконструктив операциялар ўтказилди. Ўт йўли диаметрининг $\frac{1}{2}$ дан кам қисмини қоплайдиган ГХ нуқсонини тикишга фақат прецизион техникадан фойдаланганда кўрсатма бўлади.

Таққослаш гуруҳида ХЭ дан кейин ўт оқиши ва операциядан кейинги сафроли перитонит юзасидан такрорий аралашувлардан сўнг йирингли-септик асоратлар 8 беморда (36,4 %) кузатилди: - сафроли перитонит давом этиши (2 бемор); - жигар ости ва диафрагма ости абсцесси шаклланиши (2 бемор); - операциядан кейинги яранинг йиринглаши (4 бемор). Шулардан 1 нафар бемор (4,5 %) вафот этган. Ўлим сабаби абдоминал сепсис фонидида ўткир буйрак-жигар етишмовчилиги бўлди.

Асосий гуруҳда, ХЭ дан кейин ривожланган ўт оқиши ва сафроли перитонитни жарроҳлик йўли билан коррекциялашдан сўнг, 3 беморда (11,1 %) асоратлар кузатилди. 2та ҳолатда йирингли-септик асоратлар, 1та ҳолатда эндоскопик папиллосфинктеротомиядан сўнг ўткир панкреатит ривожланди. Асосий гуруҳда ўлим кузатилмади.

Шундай қилиб, сафроли перитонитли беморларни жарроҳлик даволаш натижаларининг қиёсий таҳлили миниинвазив диапевтик пункцион усуллар, трансдуоденал эндоскопик аралашувлар ва лапароскопиядан фойдаланиш самарадорлигини кўрсатди.

Хулоса.

1. Операциядан кейинги сафроли перитонитининг частотаси 0,8 %ни ташкил этди ва 57,2% ҳолларда "кичик" шикастланиш (ўт халта йўлининг чўлтоғи етишмовчилиги, Люшка йўллари шикастланиши, гепатикохоледоҳдан дренажнинг дислокацияси) ва 42,8 % ҳолларда операция давомида асосий ўт йўлининг шикастланиши.

2. Ультратовуш назорати остида пункцион усулларни қўллаш, трансдуоденал эндоскопик аралашувлар ва лапароскопия ўт йўллариининг "кичик" жароҳатлари туфайли

операциядан кейинги сафроли перитонитли асосий гуруҳ беморларининг 93,3 % да релапаротомиядан воз кечиш имконини берди. Биринчи 48 соат ичида асосий ўт йўлининг шикастланиши аниқланганда энг яхши натижалар Ру бўйича юқори прецизион ГЕА ўрнатишда олинди.

3. Миниинвазив жарроҳлик аралашувларни танлаб қўллаш тамойиллари асосида операциядан кейинги сафроли перитонитлар билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш тактикасини оптималлаштириш асосий гуруҳда даволаш натижаларини яхшилаш имконини берди, йирингли-септик асоратлари 11,1 % ни, таққослаш гуруҳида мос равишда 36,4 % ва ўлим 5,5 % ни ташкил этди.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Абдуллаев С. А. и др. Диагностика и хирургическое лечение гастродуоденальных кровотечений // Всероссийская конференция хирургов: Материалы конференции. – 2003. – С. 94.
2. Абдуллаев С. А. и др. Классификация сочетанной травмы груди и живота // Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4. – №. 4. – С. 18-18.
3. 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.
4. Авазов А. А. и др. Kuyishlarda erta xirurgik davolash usullari // журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
5. Авазов А. А. и др. Аллопластическая герниопластика при ущемленных вентральных грыжах // Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2014. – С. 536-537.
6. Авазов А. А. и др. Патогенез, клиника, принципы лечения ожогового шока // Вестник науки и образования. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 99-102.
7. Авазов А. А., Джумагелдиев Ш. Ш., Исламов Н. К. Диагностика различных форм острого панкреатита // Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2014. – С. 535-536.
8. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. Қўлнинг чуқур куйишини даволаш тактикаси // Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
9. И. А. Арзиев Сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных с синдромом желчеистечения после холецистэктомии // Вестник врача, № 4, 2019. С.25-29.
10. Ачилов М. Т. и др. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi // Re-health journal. – 2020. – №. 2-2 (6). – С. 111-113.
11. Ачилов М. Т. и др. Диагностические особенности и методы хирургической тактики билиарного илеуса // журнал биомедицины и практики. – 2021. – Т. 6. – №. 1.
12. Ачилов М. Т. и др. Панкреатодуоденальная резекция-методика физиологической реконструкции // Достижения науки и образования. – 2020. – №. 6 (60). – С. 38-42.
13. Ачилов М. Т. и др. Ручной колоанальный или аппаратный колоректальный анастомоз // Достижения науки и образования. – 2020. – №. 6 (60). – С. 43-44.
14. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. «Свежие» повреждения желчных протоков. Хирургия. 2010; 10: 5-10.
15. Гумерова Г. Н. и др. Билиарный перитонит-как осложнение хронического калькулезного холецистита // Столица Науки. – 2020. – №. 5. – С. 25-30.
16. Даминов Ф. А. и др. Особенности лечебного питания для ранней профилактики желудочнокишечных осложнений у обожженных // Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 21-21.
17. Даминов Ф. А. и др. Синдром кишечной недостаточности и его коррекция у тяжелообожженных // Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 20-21.
18. Камолидинов С. А. и др. Лапароскопическая диагностика и лечение спаечной кишечной непроходимости // World science: problems and innovations. – 2020. – С. 270-275.
19. Карабаев Х. К. и др. Изучение частоты и вида сердечнососудистой патологии у обожженных // Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 28-29.
20. 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.
21. Облакулов З. Т. и др. Видеолапароскопическое лечение острой спаечной кишечной непроходимости // Достижения науки и образования. – 2020. – №. 1 (55). – С. 70-73.
22. Рузиев С. и др. Возможности Применения Миниинвазивных Технологий В Лечение Тяжелого Острого Панкреатита // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 61-64.
23. 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.
24. 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.
25. Усанов Ж. Р. У. и др. Возможности диагностики и лечения острого тяжелого панкреатита //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 103-106.
 26. Б. З. Хамдамов, С. С. Давлатов, Ф. Н. Хайдаров, И. Б. Хамдамов Оптимизация хирургического лечения острого калькулёзного холецистита, осложнённого гнойным холангитом // Вестник врача, № 3 (100), 2021. С.116-119. DOI: 10.38095/2181-466X-20211003-116-119
 27. Шакиров Б., Авазов А., Хурсанов Ё. Comprehensive treatment of patients with extensive deep burns lower limbs //EurasianUnionScientists. – 2022. – С. 24-26.
 28. 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.
 29. Шоназаров И. Ш. Пути оптимизации диагностики, лечения и прогноза острой спаечной тонкокишечной непроходимости. – 2008.
 30. Шоназаров И. Ш., Ахмедов Р. Ф., Камолидинов С. А. Особенности развития интраабдоминальной гипертензии у пациентов с тяжелым острым панкреатитом //Достижения науки и образования. – 2021. – №. 8 (80). – С. 66-70.
 31. Шоназаров И. Ш., Камолидинов С. А., Ахмедов Р. Ф. Хирургическое лечение острой спаечной тонкокишечной непроходимости лапароскопическим методом //Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 31 (156). – С. 69-78.
 32. Юлдашев Ш. С. и др. Болада ёт жисм таъсирида кизилунгач перфорациям //Вестник экстренной медицины. – 2016. – №. 4. – С. 69-71.
 33. 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.
 34. Abdurakhmanovich A. A., Akhtamkhon E., Alisherovich U. K. Pathogenesis, Clinic and Principles of Treatment of Burn Shock //Eurasian Research Bulletin. – 2022. – Т. 9. – С. 20-25.
 35. 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.
 36. Abduraxmanovich A. A. et al. Possibilities of applying minimally invasive technologies in treatment of severe acute pancreatitis //central asian journal of medical and natural sciences. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 246-249.
 37. Avazov A. A. Strategic issues in the construction of nuclear power plants //Conference Zone. – 2022. – С. 202-203.
 38. Avazov A. Classification of factors influencing the effectiveness of personnel activities in industrial enterprises // International Finance and Accounting. – 2019. – Т. 2019. – №. 5. – С. 17.
 39. 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.
 40. Erkinovich K. Y. Methods of early surgical treatment of burns //Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies (CARJIS). – 2022. – Т. 2. – №. SpecialIssue 4. – С. 184-188.
 41. Feng X, Dong J. Surgical management for bile duct injury. Biosci Trends. 2017; 11(4): 399-405.
 42. Gulamov O. M. et al. Modern methods of diagnosis and treatment of barrett esophagus //Doctor’s herald. – 2020. – Т. 2. – С. 94.
 43. 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.
 44. Kummeling A. Hepatic and biliary tract surgery //Complications in Small Animal Surgery. – 2016. – С. 441-445.
 45. Mukhammadiev M. et al. Indicators of organ deficiency development in acute pancreatitis //InterConf. – 2021. – С. 738-753.
 46. Ruziboev S. A. et al. Results Of Treatment Of Acute Diffuse Purulent Peritonitis Using Laparostomy //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 2. – №. 11. – С. 66-71.
 47. Ruziboev S. et al. Treatment of acute adhesive intestinal obstruction with mini-invasive methods //InterConf. – 2021. – С. 768-773.
 48. Shakirov B. M., Avazov A. A., Umedov X. A. Peculiarities of hand burn treatment in the conditions of moist medium //ISJ Theoretical & Applied Science, 04 (108). – 2022. – С. 289-291.
 49. 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.
 50. 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.
 51. 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.
 52. Thompson B. J., Sherman R. A. Comprehensive Review of Biliary Peritonitis //Topics in companion animal medicine. – 2021. – Т. 44. – С. 100532.