

**АСОРАТЛАНГАН ЎТКИР ХОЛЕЦИСТИТНИ ХИРУРГИК ДАВОЛАШДА
МИНИИНВАЗИВ УСУЛЛАРНИ ҚўЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ****И. Ш. Шоназаров, С. И. Нарзуллаев, М. Т. Ачилов, П. Н. Рузиев**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Таянч сўзлар: ўт-тош касаллиги, сафроли перитонит, хирургик даволаш.**Ключевые слова:** острый холецистит, желчный перитонит, хирургическое лечение.**Key words:** acute cholecystitis, bile peritonitis, surgical treatment.

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

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ
ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА****И. Ш. Шоназаров, С. И. Нарзуллаев, М. Т. Ачилов, П. Н. Рузиев**

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

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 мининвазивных хирургических вмешательств (диапевтические, эндоскопические и лапароскопические методы) в лечении местного желчного перитонита, как осложнения острого холецистита успешно осуществлено у 67,3 % больных основной группы.

**EFFICIENCY OF USING MINIMALLY INVASIVE METHODS IN THE SURGICAL TREATMENT OF
COMPLICATED ACUTE CHOLECYSTITIS****I. Sh. Shonazarov, S. I. Narzullaev, M. T. Achilov, P. N. Ruziev**

Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan

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 (diaplectic, 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.

Сафроли перитонит ўткир холециститнинг оғир асорати ҳисобланади. Шу билан бирга, «...ушбу муаммонинг жиддийлигига қарамай, гарчи бу асоратда ўлим даражаси турли муаллифларнинг фикрига кўра, 6,2 дан 24 %гача етсада, сафроли перитонитига кам эътибор қаратилади...» [2,5,11,16].

Сафроли перитонитни даволаш учун одатда лапаротомия ёки релапаротомия қўлланилади, бу ўз-ўзидан жуда шикастли аралашув бўлиб, операциядан кейинги ўлим 9,1-22,5 % га етади [1,4,8,9,14]. Жарроҳлик аралашувининг натижаси кўп жиҳатдан қўлланиладиган жарроҳлик коррекция усуллари танлаш ва кетма-кетлигига боғлиқ [7,13,15].

Шу билан бирга, сафроли перитонитнинг бактериал перитонитдан фарқли ўлароқ, ўзига хос хусусияти, клиник кўринишнинг заифлиги бўлиб, бу кўпинча ташҳисни кечикишига олиб келади. Ўтнинг стериллигига қараб, «...кўпинча холеперитонеома ривожланади ва бу кўпинча ўтнинг ўт пуфаги девори тешилишсиз сизиб чиқиши натижасида кузатилади...».

Сафроли перитонитли беморларни жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилашнинг кейинги истиқболлари ҳозирги вақтда тежамкор минимал инвазив жарроҳлик аралашувлардан фойдаланишга боғлиқ - пункцияли дренажлаш ва эндоскопик, организмнинг тизимли яллиғланиш реакцияси ва қорин бўшлиғи сепсиси ривожланишидан олдинги операциялар [3,6,10,12,17].

Тадқиқотнинг мақсади. Ўткир холецистит асорати сифатида сафроли перитонит

бўлган беморларда ташхислаш ва жарроҳлик коррекциясининг миниинвазив усулларини қўллаган ҳолда даволаш натижаларини яхшилаш.

Материал ва методлар. Ўткир холецистит асорати сабабли сафроли перитонит билан асоратланган 82 нафар беморни даволаш натижалари келтирилган бўлиб, улар холелитиаз билан оғриган барча операция қилинган 5849 беморларнинг 7,1 %ни ташкил қилади.

Перитонит билан оғриган беморлар орасида 24 (29,7 %) эркаклар ва 58 (70,3 %) аёллар бўлиб, жинслар нисбати 1: 2,5ни ташкил этди. Ўт тош касаллиги билан оғриган барча операция қилинган беморларда бу нисбат 1: 6ни ташкил этди, ушбу эркаклардаги холелитиазнинг мураккаб кечиши ҳақидаги адабиёт маълумотларини тасдиқлайди. 60-74 ёшдаги беморлар - 35,2 % ва 45-59 ёшлилар - 28,2 % нафар бемор. Беморларнинг 8,3 % 75 ёшдан ошган, беморларнинг ўртача ёши $55,2 \pm 1,3$ ёшни ташкил қилди. 62,6 % беморда йўлдош касалликлар аниқланди. Холангит асосий патологик жараённинг асорати сифатида 51,1 % аниқланди. Беморларнинг 41 %да иккита тизимнинг, 26 %да учта ёки ундан кўп тизимларнинг сурункали йўлдош патологияси қайд этилди.

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 операция қилинган ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида перитонит билан оғриган 33 беморни ўз ичига олди, комплекс даволашда стандарт умумий қабул қилинган ёндашувлар қўлланилган. Иккинчи гуруҳ (асосий гуруҳ) 2011-2020 йилларда операция қилинган 49 беморни ўз ичига олди, уларда даволаш ва диагностика тадбирларини ўтказиш алгоритми FTS - тезлаштирилган тикланиш дастури (ТТД) тамойилларига асосланди ва жарроҳлик даволашнинг устувор усуллари сифатида миниинвазив жарроҳлик аралашувлар ишлатилди.

Ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида қорин бўшлиғига ўт оқиши механизмига кўра, биз сафроли перитонитнинг икки хил шаклини кузатдик: ўт пуфаги деворининг перфорацияси сабабли ва тешилишсиз сафронинг сизиб чиқиши сабабли. Ўт пуфагининг перфорацияси сабали ривожланган сафроли перитонит 27 (32,9 %) беморларда (12-таққослаш гуруҳида, 15 - асосий гуруҳда) кузатилди, бу ўт пуфаги деворининг деструкцияси ва тешилиши фонида қорин бўшлиғида ўткир фалокат сифатида намоён бўлди. Ўт пуфаги деворининг тешилишсиз деструктив холецистит фонида ўтнинг сизиб чиқиши сабабли ривожланган сафроли перитонит ўтнинг эркин қорин бўшлиғига аста-секин оқиши натижасида перитонит сезиларсиз белгилар билан кечган. Фақатгина қорин бўшлиғида кўп миқдорда ўт тўпланишида перитонитга хос белгилар пайдо бўлди, бу эса уларни жарроҳлик шифохонасига кеч мурожаат қилишига сабаб бўлди. Кузатишларимизга кўра сизиб чиқиши натижасида сафроли перитонит 55 (67,1 %) беморда (21 - таққослаш гуруҳида, 34 - асосий гуруҳда) кузатилди. Шундай қилиб, бизнинг кузатишларимизда сизиб чиқиши натижасида сафроли перитонитнинг сезиларли даражада устунлиги (2 мартадан ортиқ) кузатилди.

Сафроли перитонит билан асоратланган деструктив холециститли 82 бемор орасида патологик жараённинг табиатига кўра 55 (67,1 %) беморда сизиб чиқиши натижасида ривожланган перитонит билан беморларнинг, 9 тасида (16,4 %) тарқалган ва 46 тасида (83,6 %) чегараланган формаси кузатилди. Перфоратив сафроли перитонит 27 (32,9 %) беморларда кузатилди, улардан тарқалган - 10 (37,1 %) ва чекланган - 17 (62,9 %)та беморда.

Сафроли перитонит билан касалланган беморларда касалхонага ётқизилганида касалликнинг ўткир бошланиши 27 (32,9 %) ва аста-секин ортиб бориши 55 (67,1 %) беморда қайд этилган. Оғир шакли - диффуз сафроли перитонит 23,2 % беморда кузатилди, яъни беморларнинг $\frac{1}{4}$ қисмида.

Касалликнинг биринчи кунида 31 (37,8 %), иккинчи куни - 22 (26,8 %), учинчи куни - 18 (21,9%), тўрт кундан етти кунгача - 6 (7,3 %) ва етти кундан кейин -5 (6,1 %) бемор касалхонага мурожаат қилган. Шундай қилиб, беморларни кеч касалхонага ётқизишнинг сезиларли улушини қайд этиш мумкин, бу уларнинг ўз аҳволини етарли даражада баҳоламаслик натижасида тиббий ёрдамга кеч мурожаат қилишлари билан изоҳланади.

Касалхонага ётқизилганда 17 (20,7 %) беморда умумий ҳолат нисбатан қониқарли, 31 тасида (37,8 %) ўртача оғир, 24 тасида (29,3 %) оғир ва 10 тасида (12,2 %) ўта оғир аҳвол қайд этилган.

Сепсис диагностикаси мезонларига асосланиб, 114 (87 %) беморда тизимли яллиғла-нишли жавоб синдроми (SIRS) кузатилди, улардан 10 таси септик ҳолатда эди.

Сафроли перитонит билан касалхонага ётқизилган 82 нафар беморнинг 31 нафари (37,8 %) дастлабки 6 соат ичида операция қилинган. 6 дан 24 соатгача, яъни биринчи кунда 43 (52,4 %) бемор операция қилинди. Клиникага ётқизилган пайтдан бошлаб бир суткадан кейин операция 8 (9,8 %) беморда амалга оширилди.

Таққослаш гуруҳидаги беморларда ҳажмига қараб бажарилган операциялар 3 турга бўлинди: - 19 та беморда ХЭ, жигар ости бўшлиғини санацияси ва дренажлаш; - 9 та беморда ХЭ, қорин бўшлиғини санацияси ва дренажлаш 9; - 5 нафар беморда ХЭ, холедохолитотомия, жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш ўтказилди. Барча ҳолатларда кенг юқори-ўрта лапаротомиядан фойдаланилган.

Беморларнинг асосий гуруҳида қуйидаги операциялар турлари амалга оширилди: - ультратовуш текшируви остида микрохолецистостомия ва билома пункцияси - 11 беморда; ЛХЭ, жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш - 9 беморда; - ЛХЭ, қорин бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш (ўнг ён канал ва кичик чанок бўшлиғи) - 4 беморда; - ЛХЭ, жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш, ЭПСТ - 3 беморда; - минилапаротом кесим орқали ХЭ ва холедохолитотомия, умумий ўт йўлларининг дренажи ва жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш - 6 беморда; - лапаротомия, ХЭ, қорин бўшлиғини санацияси ва дренажлаш - 16 беморда.

Асосий тадқиқот гуруҳида ўткир деструктив холецистит билан оғриган ва жигар ости бўшлиғида сафро тўпланиши билан оғриган умумий аҳволи оғир бўлган 11 нафар беморга, ўт пуфагини тери-жигар орқали микрохолецистостомия (ТЖМХС) ёрдамида декомпрессия қилинди ва ультратовуш назорати остида биломалар пункцияси амалга оширилди. Микрохолецистостомиядан сўнг, бу беморлар қорин бўшлиғида суюкликнинг чекланган тўпланишини эвакуация қилиш учун биломалар ультратовуш назорати остида пункция қилинди.

Ўткир деструктив холецистит ва маҳаллий перитонит билан оғриган 9 нафар беморда лапароскопик холецистэктомия, жигар ости бўшлиғининг санацияси ва дренажлаш билан яқунланди. 4 беморда диффуз сафроли перитонитда ЛХЭ, қорин бўшлиғини санация қилиш ҳамда ўнг ёнбош канал ва кичик чанок бўшлиғини қўшимча дренажлаш билан тўлдирилди. Холедохолитиаз бирга келган 3 беморда ЛХЭ дан сўнг ЭПСТ ўтказилди, 6 беморда ХЭ ва холедохолитотомия очиқ минилапаротомия орқали ўтказилди. Шу билан бирга, диффуз сафроли-йирингли перитонит билан оғриган 16 беморда кенг лапаротомия кириш орқали ХЭ ва қорин бўшлиғини санацияси амалга оширилди.

Шундай қилиб, асосий тадқиқот гуруҳида миниинвазив аралашувлар тамойилларига кўра, сафроли перитонитнинг турли шакллари билан асоратланган ўткир деструктив холециститли 33 бемор (67,3 %) операция қилинди.

Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Таққослаш гуруҳидаги 11 нафар беморда ўткир деструктив холецистит сабабли сафро перитонит бўйича операциялардан сўнг турли йирингли-септик асоратлар кузатилди, бу 33,3 %ни ташкил этди. Шу билан бирга, 2 беморда (6,1 %) биломалар жигар ости соҳасида яна ҳосил бўлиб, улар контрапертуралар реканализацияси орқали дренажланган. 2 беморда (6,1 %) жигар ости бўшлиққа ўрнатилган дренаж найлардан 2 ҳафтадан 4 ҳафтагача узоқ вақт давомида ўт оқиши кузатилди, 4 (12,1 %) беморда давом этаётган перитонит туфайли қорин бўшлиғини такрорий санацияси билан такрорий релапаротомия операциялари ўтказилди, 1 беморда жигар ости ва диафрагма ости абсцесслари очилди ва дренажланди. Шунингдек, 1 нафар беморга қорин бўшлиғига холемик қон кетиши сабабли бўйича қайта операция қилинди. 9 (27,3 %) беморда операциядан кейинги яранинг йиринглаши кузатилди.

Беморларнинг тадқиқот гуруҳида билиар перитонитнинг энг оғир асоратлари абдоминал сепсиси бўлиб, 2 беморнинг ўлимига сабаб бўлди, ўлим даражаси 6,1 %ни ташкил этди.

Ўткир деструктив холециститнинг асорати сифатида сафроли перитонит билан беморларнинг асосий гуруҳида (49 бемор) FTS тамойилларига кўра, 33 беморда (67,3 %) минимал инвазив аралашувлар қўлланилган.

Улардан 16 нафар беморда (32,6 %) видеоэндоскопик технологиядан фойдаланган ҳолда қуйидаги операциялар амалга оширилди: маҳаллий сафроли перитонит билан асоратланган ўткир деструктив холецистит билан оғриган 9 нафар беморда ЛХЭ ва жигар ости

бўшлиқни дренажлаш; – диффуз сафро перитонит билан асоратланган ўткир деструктив холецистит бўлган 4 беморда ЛХЭ ва қорин бўшлиғини дренажлаш (ўнг ёнбош канал ва кичик чанок бўшлиғи); ўткир деструктив холецистит холедохолитиаз билан бирга келганда 3 беморда ЛХЭ ва жигар ости бўшлиқни дренажлаш, ЭПСТ . Ушбу беморларда ЭПСТ 2 босқичда ўтказилди. 11 (22,4 %) беморда диапевтик технологиялардан фойдаланилган - микрохолецистостомия ва ультратовуш назорати остида биломалар пункцияси амалга оширилди.

Тадқиқотнинг асосий гуруҳида 8 беморда операциядан кейинги асоратлар 16,3 %ни ташкил этди. Шу билан бирга, 2 (4,1 %) беморда жигар ости соҳасининг биломалари қайта шаклланган ультратовуш назорати остида пункция билан муваффақиятли санация қилинган. Бир беморда ўт пуфагининг трансгепатик пункцияси ҳудудидан жигардан ходемик қон кетиш кузатилди. 1 нафар беморда ташқи сафро оқиши кузатилган, реллапароскопияда пуфак ўт йўли чўлтоғининг етишмовчилиги аниқланди ва қайта клипсланди. 1 беморда ЭПСД дан сўнг ўн икки бармоқ ичакдан қон кетиши қайд этилди, қон кетиш консерватив чоралар билан тўхтатилди. 1 беморда диафрагма абсцесси ультратовуш назорати остида 3 марта такрорий пункция орқали санация қилинган. Давом этаётган перитонит билан 1 беморда реллапаротомия ўтказилди, 5 беморда операциядан кейинги яраининг йиринглаши кузатилди.

Шу билан бирга, асосий гуруҳда операция қилинган 49 бемордан 2 нафари вафот этган, ўлим даражаси 4,1 %ни ташкил этган. Летал натижанинг сабаби 1 беморда трансдуоденал эндоскопик аралашувнинг асорати сифатида ўткир панкреатит ва 1 беморда давом этаётган перитонит бўлди.

Хулоса. 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 (диапевтик ва лапароскопик усуллар) устувор фойдаланиш асосий гуруҳдаги беморларнинг 67,3 %да муваффақиятли амалга оширилди. Диффуз сафро-йирингли перитонитнинг 32,7 % ҳолатларида кенг лапаротом кесма орқали ХЭ ва қорин бўшлиғини санация қилиш зарур бўлди.

Миниинвазив жарроҳлик аралашувларни танлаб қўллаш тамойиллари асосида сафроли перитонит билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш тактикасини оптималлаштириш асосий гуруҳда даволаш натижаларини яхшилаш имконини берди, йирингли-септик асоратлари 16,5 %ни, ўлим даражаси 4,1 %ни ташкил этган бўлса, таққослаш гуруҳида мос равишда 33,3 % ва 6,1 %ни ташкил этди.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Абдуллаев С. А. и др. Диагностика и хирургическое лечение гастроудоденальных кровотечений //Всерос. 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. 18-21.
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. – №. Specialissue 1. – С. 35-42.
9. И. А. Арзиев Сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных с синдромом желче-

- истечения 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. Врание Е. Е., Ашевский В. В. Лечение желчных перитонитов // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2017. – Т. 7. – №. 5. – С. 767-767.
 15. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. «Свежие» повреждения желчных протоков. Хирургия. 2010; 10: 5-10.
 16. Гумерова Г. Н. и др. Билиарный перитонит-как осложнение хронического калькулезного холецистита // Столица Науки. – 2020. – №. 5. – С. 25-31.
 17. 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.
 18. Даминов Ф. А. и др. Синдром кишечной недостаточности и его коррекция у тяжелообожженных // Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 20-21.
 19. Камолидинов С. А. и др. Лапароскопическая диагностика и лечение спаечной кишечной непроходимости // World science: problems and innovations. – 2020. – С. 270-275.
 20. Карабаев Х. К. и др. Изучение частоты и вида сердечнососудистой патологии у обожженных // Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 28-29.
 21. Курбонов К. М., Махмадов Ф. И., Даминова Н. М. Улучшение непосредственных результатов билиарного сепсиса при послеоперационном желчном перитоните // Успенские чтения. – 2015. – С. 115-115.
 22. 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.
 23. Облакулов З. Т. и др. Видеолапароскопическое лечение острой спаечной кишечной непроходимости // Достижения науки и образования. – 2020. – №. 1 (55). – С. 70-73.
 24. Рузиев С. и др. Возможности Применения Мининвазивных Технологий В Лечении Тяжелого Острого Панкреатита // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 61-64.
 25. 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.
 26. Савельев В.С. Критерии выбора эффективной тактики хирургического лечения распространенного перитонита / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонов, П.В. Подачин, Н.А. Сергеева // Анналы хирургии, №2, 2013. - с.48-54.
 27. 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.
 28. Усанов Ж. Р. У. и др. Возможности диагностики и лечения острого тяжелого панкреатита // Вестник науки и образования. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 103-106.
 29. 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
 30. Хаджибаев А. М. и др. Опыт хирургического лечения эхинококкоза печени и сердца в условиях экстренного стационара // Вестник экстренной медицины. – 2018. – №. 1.
 31. Шакиров Б., Авазов А., Хурсанов Ё. Comprehensive Treatment Of Patients With Extensive Deep Burns Lower Limbs // Eurasian Union Scientists. – 2022. – С. 24-26.
 32. 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.
 33. Шоназаров И. Ш. Пути оптимизации диагностики, лечения и прогноза острой спаечной тонкокишечной непроходимости. – 2008.
 34. 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.
 35. 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.
 36. Юлдашев Ш. С. и др. Болада ёт жисм таъсирида қизилунгач перфорациям // Вестник экстренной медицины. – 2016. – №. 4. – С. 69-71.
 37. 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.
 38. 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.

39. 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.
40. 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.
41. Avazov A. A. Strategic Issues In The Construction Of Nuclear Power Plants //Conference Zone. – 2022. – С. 202-203.
42. Avazov A. Classification Of Factors Influencing The Effectiveness Of Personnel Activities In Industrial Enterprises //International Finance and Accounting. – 2019. – Т. 2019. – №. 5. – С. 17.
43. 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.
44. 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.
45. Faridi S. H. et al. Challenges in the diagnosis and management of spontaneous bile duct perforation: A case report and review of literature //Journal of Indian Association of Pediatric Surgeons. – 2015. – Т. 20. – №. 3. – С. 143.
46. Feng X, Dong J. Surgical management for bile duct injury. Biosci Trends. 2017; 11(4): 399-405.
47. Gulamov O. M. et al. Modern methods of diagnosis and treatment of barrett esophagus //Doctor's herald. – 2020. – Т. 2. – С. 94.
48. 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.
49. Kotecha K., Kaushal D., Low W., Townend P., Das A., Apostolou C., Merrett N. Modified Longmire procedure: a novel approach to bile duct injury repair. ANZ J Surg 2019;89(11):E554-E555.
50. Kummeling A. Hepatic and biliary tract surgery //Complications in Small Animal Surgery. – 2016. – С. 441-445.
51. Lock J. F., Eckmann C., Germer C. T. Characteristics of postoperative peritonitis //Der Chirurg; Zeitschrift für alle Gebiete der operativen Medizin. – 2016. – Т. 87. – №. 1. – С. 20-25.
52. Mukhammadiev M. et al. Indicators of organ deficiency development in acute pancreatitis //InterConf. – 2021. – С. 738-753.
53. Otto W, Sierdziński J, Smaga J, Dudek K, Zieniewicz K. Long-term effects and quality of life following definitive bile duct reconstruction. Medicine (Baltimore). 2018; 97(41): e12684. doi: 10.1097/MD.00000000000012684.
54. Rainio M, Lindström O, Udd M, et al. Endoscopic Therapy of Biliary Injury After Cholecystectomy. Dig Dis Sci. 2018; 63(2): 474-480.
55. 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.
56. Ruziboev S. et al. Treatment of acute adhesive intestinal obstruction with mini-invasive methods //InterConf. – 2021. – С. 768-773.
57. 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.
58. 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.
59. 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.
60. 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.
61. Thompson B. J., Sherman R. A. Comprehensive Review of Biliary Peritonitis //Topics in companion animal medicine. – 2021. – Т. 44. – С. 100532.