

СОВРЕМЕННЫЕ И НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО И ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Нормаматов Б.П.

Сатторов А.Х.

Хурсанов Ё.Э

- Самаркандский Государственный медицинский университет,
Республика Узбекистан, г. Самарканд

-Самаркандский филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан, г.
Самарканд

Панкреатит – заболевание, характеризующееся развитием воспаления в ткани поджелудочной железы. По характеру течения панкреатит разделяют на острый и хронический. Острый панкреатит занимает третье место среди заболеваний брюшной полости острого течения, требующих лечения в хирургическом стационаре. Первое и второе место занимают острые аппендицит и холецистит. Согласно данным мировой статистики, в год острым панкреатитом заболевает от 200 до 800 человек из миллиона. Это заболевание чаще встречается у мужчин. Возраст больных колеблется в широких пределах и зависит от причин развития панкреатита. Острый панкреатит на фоне злоупотребления алкоголем возникает в среднем в возрасте около 38 лет, а при панкреатите, ассоциированном с желчекаменной болезнью, средний возраст пациентов – 68 лет. [34,37,40]

Острый панкреатит — воспаление поджелудочной железы с изменением структуры её тканей. Для острого панкреатита характерны резкие и внезапные боли слева в подреберье или опоясывающие боли, потеря аппетита и затруднённое пищеварение. Диагностируется с помощью лабораторных, ультразвуковых и томографических исследований. В лечении панкреатита применяются антисекреторные, ферментные, обезболивающие и инфузионные препараты. В особых случаях выполняется хирургическое удаление мёртвых тканей поджелудочной железы (некрэктомия) или создание отверстия в сальниковой сумке (оментобурсостомия), удаление кист при их наличии.

Причины острого панкреатита

К острому панкреатиту приводят провоцирующие факторы, под влиянием которых воспаляется поджелудочная железа. К этим факторам относятся:



• Патология поджелудочной железы или желчевыводящих путей. В четверти случаев панкреатит является сопутствующим заболеванием желчнокаменной болезни. Также к панкреатиту приводят рак поджелудочной железы и травмы живота.

• Злоупотребление алкоголем. Самый распространённый фактор: около половины случаев острого панкреатита являются следствием злоупотребления алкоголем. Дополнительным фактором риска является употребление суррогатных спиртных напитков.

• Ятрогенный фактор. В 5% случаев к острому панкреатиту приводят врачебные действия, как хирургические (например, в результате ошибок при абдоминальных операциях), так и медикаментозные (при подборе неадекватного лечения).

В группу риска включено носительство следующих заболеваний:

- сахарный диабет;
- вирусный гепатит В и С;
- глистные инвазии.

В некоторых случаях причину невозможно установить, отчего предполагается наследственный фактор развития заболевания.

Хронический панкреатит - заболевания поджелудочной железы различной этиологии (чаще всего воспалительной природы) с волнообразными прогрессирующими деструктивными изменениями, атрофией панкреоцитов и замещением их соединительной (фиброзной) тканью; изменениями в протоковой системе железы, образованием кист и конкрементов, с различной степенью нарушения экзокринной и эндокринной функций. Может протекать с минимальными клиническими проявлениями или под маской других болезней органов брюшной полости (хронический холецистит, дискинезия желчных путей, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы). Доля хронического панкреатита составляет 5- 9% среди всех заболеваний желудочно-кишечного тракта. За последние 30 лет отмечена общая тенденция к увеличению заболеваемости более чем в 2 раза. В настоящее время заболеваемость в развитых странах составляет 8-10 на 100 тыс. населения в год. В России отмечен более интенсивный рост заболеваемости. У детей 9-25 случаев, у взрослых — 27-50 случаев на 100 тыс. населения.

Профилактика:

- употребление «здоровой и разнообразной» пищи;



- баланс количества принимаемой пищи с физической активностью;
- поддержание нормального веса тела;
- выбор рациона с большим количеством зерновых продуктов, овощей и фруктов;
- выбор пищи с низким содержанием жира, насыщенных жиров и холестерина, с умеренным содержанием сахара и поваренной соли;
- исключение алкогольных напитков, отказ от курения.


Основные причины развития хронического панкреатита:

- заболевания желчевыводящих путей;
- обструктивные нарушения (патология сфинктера Одди; сдавление протоков опухолью; посттравматические рубцовые изменения головки поджелудочной железы, врожденные нарушения (*pancreas divisum*)).
- злоупотребление алкоголем;
- сахарный диабет, гиперпаратиреоз, гиперхолестеринемия, гемохроматоз;
- результат инфекционных заболеваний;
- токсическое воздействие (в т.ч. лекарственные препараты);
- аутоиммунный;
- наследственный фактор;
- идиопатический вариант.

Клиническая картина хронических панкреатитов полиморфна в связи с разнообразием причин этого заболевания и частым вовлечением в патологический процесс соседних органов. Ведущие синдромы: болевой абдоминальный синдром; синдромы экзо- и эндокринной панкреатической недостаточности. Выделяют три периода течения заболевания.

Начальный период (длительность течения до 10 лет), характеризуется чередованием периодов обострения и ремиссии, появления и стихания болей разной интенсивности и локализации. Диспепсия носит сопутствующий, второстепенный характер. Второй период — стадия внешнесекреторной недостаточности (длительность течения более 10 лет). Боли уступают своё место диспептическому синдрому (желудочному и кишечному). Болевой синдром становится не выраженным или отсутствует. Симптомы желудочной диспепсии (тошнота, рвота, расстройства аппетита) связаны с проявлениями дуоденостаза, гастроэзофагеального рефлюкса, а симптомокомплекс кишечной диспепсии возникает на фоне синдрома мальдигестии (нарушения переваривания пищи), появляется нарушением работы кишечника.





Вследствие развившегося синдрома мальабсорбции (нарушения всасываемости), прогрессирует трофическая недостаточность (потеря веса). Период осложнённого варианта течения (развитие осложнений возможно на любом этапе заболевания). Происходит изменение привычного течения болезни: меняется интенсивность болей, боль может стать постоянной, или иррадиирующей, может локализоваться в области спины и т.п.; у 50% больных имеет высокую интенсивность, сохраняется длительное время, усиливается на фоне приёма пищи. У 15% больных боли отсутствуют. Выделяют несколько типичных вариантов болевого синдрома:

- язвopodobного характера;
- по типу левосторонней почечной колики;
- синдрома правого подреберья (в 30-40% протекает с холестаазом);
- распространённого болевого синдрома (без чёткой локализации).

Осложнения хронического панкреатита: нарушения оттока жёлчи; портальная гипертензия; инфекционные (холангит, абсцедирование); воспалительные изменения (абсцесс, киста, парапанкреатит, эрозивный эзофагит, гастродуоденальные кровотечения, пневмония, выпотной плеврит, паранефрит, острая почечная недостаточность); эндокринные нарушения (панкреатогенный сахарный диабет, гипогликемические состояния).


ДИАГНОСТИКА

Лабораторная диагностика хронического панкреатита основана на определении активности ферментов поджелудочной железы в крови и моче, диагностике экзо- и эндокринной недостаточности. Проводится комплексное биохимическое и общеклиническое исследование крови, расширенное копрологическое исследование.

Инструментальная диагностика: УЗИ, КТ

МРТ и МР холангиопанкреатография (МРХПГ) - МРТ рассматривают в качестве альтернативы КТ исследованию при проведении дифференциальной диагностики хронического панкреатита и рака, при диагностике кист и псевдокист, врожденных аномалий развития железы, включая pancreas divisum. Чувствительность МРТ в диагностике хр. панкреатита 92,2%. МРХПГ способна заменить в качестве первичного метода диагностики прямые методы контрастирования (ЭРХПГ) с их высоким риском осложнений. В виду своей неинвазивности может быть методом диагностического выбора, особенно при непереносимости йодсодержащих препаратов и при тяжелом состоянии больного. Данные, получаемые при МРХПГ, существенно






превышают информативность других неинвазивных методик, в том числе УЗИ, КТ и стандартной МРТ. При МРХПГ выполняют и стандартную МРТ брюшной полости, при которой можно определить состояние паренхимы железы и структуру соседних органов, что приобретает особое значение при подозрении на трансформацию в рак.

Эндоскопия позволяет диагностировать патологию большого дуоденального соска; выявить заболевания желудка и 12-перстной кишки. Рентгенодиагностика - кальцификация поджелудочной железы, выявляемая при обзорной рентгенографии органов брюшной полости, считается наиболее достоверным рентгенологическим симптомом, характерным для хронического панкреатита. Кроме того, целесообразно проведение рентгеноскопии органов грудной клетки (левосторонний (реже двусторонний) экссудативный плеврит или ателектаз нижней доли левого лёгкого).

Прогноз. Десятилетняя выживаемость больных алкогольным хроническим панкреатитом составляет 80% при условии прекращения приема алкоголя, и снижается более чем в 2 раза, если пациент продолжает употреблять алкоголь.

Быстрый рост заболеваемости острым панкреатитом в Узбекистан наметился с середины XX века, а до того времени в отечественной литературе было описано не более тысячи наблюдений этого заболевания. В настоящее время по данным разных авторов острый панкреатит составляет от 10 до 25 % от общего числа больных хирургического профиля и занимает третье место в структуре острых хирургических заболеваний после острого аппендицита и острого холецистита [1, 2, 3]. Такой стремительный рост заболеваемости острым панкреатитом, веро ятно, можно объяснить особенностями режима питания, возрастающим злоупотреблением алкоголем и его суррогатами, распространенностью желчнокаменной болезни, а с другой стороны, значительным улучшением клинколабораторной и инструментальной диагностики заболевания [4]. Увеличивается и число деструктивных форм заболевания, которые составляют 20-44 % среди больных острым панкреатитом [5]. При этом у 40-70 % больных происходит инфицирование некротических очагов [1, 2]. Летальность при деструктивных формах острого панкреатита варьирует от 7 до 50 % (в среднем 20-30 %) в зависимости от тяжести процесса [1, 2, 6, 7]. При инфицированном панкреонекрозе смертность достигает 85 %, при фульминантном течении





заболевания – 100 % [1, 8]. Ранние токсемические и поздние септические осложнения деструктивного панкреатита по-прежнему остаются основной причиной смерти больных [2, 3]. Высокая смертность при инфицированном панкреонекрозе непосредственно связана с полиорганной недостаточностью, которая следует за нарушениями гемодинамики. За 2008-2009 года в хирургическом отделении 1 РКБ г. Самарканда находилось на лечении с острым деструктивным панкреатитом 60 пациентов. Из них 46 мужчин (76,7 %) и 14 женщин (23,3 %). Средний возраст больных составил $43,7 \pm 13,2$ лет (он варьировал от 19 до 69 лет). По этиологии структура заболевания выглядит следующим образом: травматический панкреатит – 3 (5 %), алкогольный – 29 (48,3 %), билиарный – 13 (21,7 %), алиментарный – 13 (21,7 %), идиопатический – 2 (3,3 %). Асептический панкреонекроз наблюдался у 19 больных (31,7 %), инфицированный – у 41 (68,3 %). Диагноз острого панкреатита нами устанавливался на основе соответствующей клинической картины, положительных специфических лабораторных тестов (α -амилаза крови, липаза, диастаза мочи, тест «Actim Pancreatitis») и инструментальных методов диагностики (УЗИ и компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства, диагностическая лапароскопия). Для определения инфицирования некрозов поджелудочной железы и системной воспалительной реакции оценивали уровень прокальцитонина, С-реактивного белка. Исследовались иммунограммы крови в динамике для определения вторичного иммунодефицита.

Методь. Степень тяжести панкреатита определяли с помощью выше перечисленных лабораторных и инструментальных методов исследования, использовали систему Ranson. При необходимости оперативного лечения выполнялись лапароскопические, малоинвазивные операции, при инфицированном панкреонекрозе – метод «программированных» релапаротомий и релапаротомий «по требованию». В интенсивной консервативной терапии обязательно присутствовал сандостатин, для подавления внешней секреции поджелудочной железы. А при вторичном иммунодефиците использовался ронколейкин.

Результате исследования. Распределение пациентов по степени тяжести в системе Ranson выглядит следующим образом: средняя степень тяжести (3-4 признака по Ranson) – 25 человек (41,6 %); тяжелое течение (5-6 признаков) – 19 человек (31,7 %); крайне тяжелое течение (>6 признаков) – 16 человек (26,7 %). В исследуемой группе больных острым панкреатитом среднее количество операций – 5, смертность составила 26,7 %. Причиной



смертельных исходов при остром деструктивном панкреатите во всех рассмотренных случаях явилась полиорганный недостаточность, связанная с развитием септического состояния в стадии инфицированного панкреонекроза.

Выводы. По нашим данным, острым деструктивным панкреатитом стали чаще заболевать пациенты молодого и трудоспособного возраста, и даже беременные или недавно родившие женщины, что придает проблеме социально-экономическую значимость. Только при своевременном поставленном диагнозе острого деструктивного панкреатита, эффективной интенсивной терапии, ранней диагностике инфицирования некрозов поджелудочной железы и определении показаний к операциям можно добиться благоприятных результатов при лечении данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

51. 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.

52. Alisherovich U. K. et al. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF MULTI-STAGE SURGICAL TACTICS IN SEVERE LIVER DAMAGE //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 312-318.

53. Alisherovich U. K., Rashidovich S. H., Ugli K. Y. E. OUR EXPERIENCE IN CONSERVATIVE TREATMENT OF SPLEEN INJURY IN CLOSED ABDOMINAL TRAUMA //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 319-325.

54. Avazov A. A. et al. The Possibility of Using the BISAP Scale for Predicting the Development of Severe Acute Pancreatitis //Turkish Online Journal of Qualitative Inquiry. – 2021. – Т. 12. – №. 10.

55. Elmuradov G. O. K. et al. QORIN BO 'SHLIG 'I YOPIQ JAROHATLARIDA SONOGRAFIYA VA VIDEOELAPAROSKOPIYANI QO'LLASH //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 173-180.

56. Elmuradov G. O. K. et al. QORIN BO 'SHLIG 'I YOPIQ JAROHATLARIDA SONOGRAFIYA VA VIDEOELAPAROSKOPIYANI QO'LLASH //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 173-180.

57. 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.



58. 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.
59. Kamoliddin K., Muxammad A., Nilufar H. RAQAMLI TEXNOLOGIYALARNI INSON HAYOTIDAGI O'RNI //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 594-600.
60. Khursanov Y. E. Amniotic membrane as an effective biological wound covering //UZBEK MEDICAL JOURNAL№ CI-1. – 2021. – С. 30-36.
61. Mustafakulov I. B. et al. The role of intra-abdominal pressure in injuries of the ab-dominal organs with associated injuries //International Journal of Surgery and Transplantation Research. – 2022. – Т. 2. – №. 1. – С. 1-3.
62. Shakirov B. M. et al. The role of intra-abdominal pressure in injuries of the ab-dominal organs with associated injuries Int J Sur & Tra Res. 2: 1. – 2022.
63. Temirovich A. M. et al. CRF AND CKD: MODERN APPROACHES TO TERMINOLOGY, CLASSIFICATION, DIAGNOSIS AND TREATMENT //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 79-90.
64. Voxid F., Xolbek X., Kamoliddin X. SORTING THE OBJECT BASED ON NEURAL NETWORKS COMPUTER VISION ALGORITHM OF THE SYSTEM AND SOFTWARE //IJTIMOIY FANLARDA INNOVASIYA ONLAYN ILMIY JURNALI. – 2023. – Т. 3. – №. 1. – С. 67-69.
65. АВАЗОВ А. А. и др. КУЙИШЛАРДА ЕРТА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
66. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ НЕКРОЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ С РАННИМИ ОЖОГАМИ //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 2. – С. 19-22.
67. 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.
68. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
69. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.



70. Ахмедов Р. Ф. и др. Диагностическая значимость уровня прокальцитонина при ожоговой болезни //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 11-12.

71. Ахмедов Р. Ф. и др. Наш опыт лечения ожогового сепсиса //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 10-11.

72. Ахмедов Ю., Кадыров Р. Сочетанный эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях //Журнал вестник врача. – 2017. – Т. 1. – №. 1. – С. 11-14.

73. Ачиллов М. Т. и др. ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 62-69.

74. Даминов Ф. А., Карабаев Х. К., Хурсанов Ё. Э. ПРИНЦИПЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖГОВЫХ РАН У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ (Обзор литературы) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 133-142.

75. 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.

76. 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.

77. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 152-161.

78. Кадыров Р. и др. Сочетанный эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 1 (99). – С. 47-49.

79. Курбонов Н. А., Ахмедов Р. Ф. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEEP BURNING PATIENTS //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.

80. Курбонов Н. А., Карабаев Х. К., Нормаматов Б. П. ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 47-47.

81. Мустафакулов И. Б., Карабаев Х. К., Джурраева З. А. AMNIOTIC MEMBRANE-AS AN EFFECTIVE BIOLOGICAL WOUND COVERING //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – №. SPECIAL 1.



82. 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.

83. Мустафакулов И. и др. Интраабдоминальная гипертензия при сочетанных повреждениях органов брюшной полости //Журнал вестник врача. – 2019. – Т. 1. – №. 3. – С. 69-74.

84. Нормаматов Б. П. и др. ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА И ХОЛЕМИЧЕСКОГО ЭНДОТОКСИКОЗА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Sciences of Europe. – 2022. – №. 97. – С. 55-61.

85. Нормаматов Б. П., Сайдуллаев З. Я. ГИБРИДНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ СОРБЦИОННОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Вопросы науки и образования. – 2022. – №. 6 (162). – С. 76-83.

86. Нормаматов Б. П., Хамдамов И. Б. ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 4 (84). – С. 96-101.

87. Нормаматов Б. П., Хамдамов И. Б. ХОЛЕМИЧЕСКАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ И ПЕЧЕНОЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ХОЛАНГИТАХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 4 (84). – С. 101-106.

88. 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.

89. Саттаров Ш. Х., Рузобаев С. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ПУТИ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 144-150.

90. Саттаров Ш. Х., Рузобаев С. А., Хурсанов Ё. Э. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСТОМИИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 238-242.

91. Тухтаев Ж. К., Хурсанов Ё. Э. У. ДИФFUЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 20-31.

92. Хаджибаев А. и др. Инновационные технологии и тактические подходы в лечении повреждений органов брюшной полости //Журнал вестник врача. – 2019. – Т. 1. – №. 3. – С. 108-111.



93. Хамроев Г. А., Хурсанов Ё. Э. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ МАССИВНОМ РАЗМОЗЖЕНИИ ЯИЧКА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 185-194.

94. Хурсанов Ё. Э. У., Жуманов Х. А. У., Эргашев А. Ф. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ОЖОГАМИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 332-340.

95. ХУРСАНОВ Я. Э. и др. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 5.

96. Шакиров Б., Авазов А., Хурсанов Ё. COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTENSIVE DEEP BURNS LOWER LIMBS //EurasianUnionScientists. – 2022. – С. 24-26.

97. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. ДИАПЕВТИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 44-51. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. ДИАПЕВТИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 44-51.

98. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИОРИТЕТНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 36-43.

99. Элмурадов 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.

100. Эльмурадов А., Хурсанов Ё. Э. У. ПОСТКОЛОНИАЛЬНАЯ/ДЕКОЛОНИАЛЬНАЯ КРИТИКА И ТЕОРИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОТНОШЕНИЙ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 198-208.

