

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Нормамаатов Б.П.

Сатторов А.Х.

Хурсанов Ё.Э

-Самаркандский филиал РНЦЭМП, Республика Узбекистан, г.

Самарканд

- Самаркандский Государственный медицинский университет,

Республика Узбекистан, г. Самарканд

Мириizzi является одним из наименее изученных понятий в хирургии желчных протоков. Это связано с редкостью данной патологии. Это заболевание встречается, по данным литературы, от 0,5 до 5% среди всех больных, оперированных по поводу желчнокаменной болезни [6, 12, 13, 17]. В связи с прогрессом хирургии желчевыводящих путей, ростом заболеваемости желчнокаменной болезнью в последние годы возрос интерес к этой проблеме. Однако до сих пор нет единого мнения о диагностике и тактике хирургического лечения [1, 2, 7, 15]. Часто Мириizzi диагностируют только во время операции, что увеличивает процент конвемиириizzi доступа и риск травмы общего желчного протока [9, 18]. Основными клиническими проявлениями Мириizzi являются боли в правом подреберье, желтуха и лихорадка вследствие сопутствующего холангита [4, 8, 12]. Практически трудно выделить клинические симптомы, отличающие этот синдром от других, возникающих при механической желтухе. Дифференциальную диагностику проводят с такими заболеваниями и состояниями, как холедохолитиаз, рак общего желчного протока, рак желчного пузыря, рак поджелудочной железы, псевдотуморозный панкреатит, сдавление общего желчного протока метастазами в лимфатические узлы, склерозирующий холангит и др. [3, 18]. Диагностика Мириizzi развивается параллельно с прогрессом технического оснащения медицины. Если у истоков описания синдрома стояла только интраоперационная холангиография, то сейчас на помощь хирургу приходят все новые технологии. Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости является рутинным методом выявления патологии панкреато-дуоденальной зоны. Этот метод также является методом скрининга рассеянного склероза. Но, по данным разных авторов, чувствительность этого метода достаточно низкая и колеблется от 5 до 45% [7, 8, 20, 21, 25]. Такие признаки по результатам УЗИ, как сморщенный

желчный пузырь при наличии расширенных внутрипеченочных протоков при нормальных размерах дистального отдела общего желчного протока, позволяют заподозрить СМ на начальном этапе обследования [16, 20]. Методы прямого контрастирования желчных протоков в течение нескольких десятилетий являются стандартом предоперационной диагностики Мириззи. Среди них наиболее часто используется эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) [1, 5, 7]. Хаким ХАН и др. (2020) указывают на 100% чувствительность этого метода при диагностике Hassan R. et al. (2019) считают, что дифференциальная диагностика между компрессией проксимального отдела холедоха и его стриктурой имеет большое значение для выбора объема операции. Для исключения опухолевой природы заболевания авторы предлагают использовать комплекс методик, состоящий из эндоскопической папиллотомии, выполняемой с диагностической целью, инструментальной ревизии желчевыводящих путей и селективной холангиографии деформированной части протока. При этом авторы подчеркивают, что использование дополнительных диагностических методик в целом повышает инвазивность исследования, в связи с чем показания к их выполнению должны быть ограничены. Другие методы прямого контрастирования желчных протоков, такие как чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧТХ), холецистохолангиография, менее актуальны в диагностике Мириззи из-за их более высокой инвазивности. Кроме того, при выполнении ЧТХГ возникают трудности визуализации дистального отдела общего желчного протока из-за расположенного выше препятствия [13, 14]. Несмотря на то, что ЭРХПГ играет ведущую роль в предоперационной диагностике СМ, не следует забывать, что примерно у 8–24% пациентов не удастся канюлировать большой дуоденальный сосочек или добиться визуализации всего холедоха [1, 7]. Также после ЭРХПГ и эндоскопической ретроградной папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) существует риск развития тяжелых осложнений, таких как панкреатит, холангит, кровотечение, сепсис [7, 9, 30]. И хотя вероятность их достаточно низкая, тем не менее, риск выполнения ЭРХПГ может быть опасен для жизни. Все это заставляет исследователей искать новые, эффективные и более безопасные методы. В последние годы развиваются неинвазивные методы предоперационной диагностики Мириззи, такие как спиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная холангиопанкреатография [9, 12]. Нагакава Т. и соавт. (1997) отмечают, что компьютерная томография (КТ) не дает никакой дополнительной информации по сравнению с УЗИ брюшной полости или ЭРХПГ [21]. Лишь 69.7% камней, выявляемых в желчном пузыре при УЗИ,

можно визуализировать при КТ [21]. Однако этот метод исследования играет значительную роль в дифференциальной диагностике с холангиокарциномой, раком желчного пузыря, сдавлением общего желчного протока метастазами в воротах печени [9, 20]. Существует и другая точка зрения на этот метод исследования. Нагакава Т. и соавт. (1997) в своей работе отмечают высокую чувствительность, специфичность и точность, 93%, 98% и 94% соответственно, спиральной компьютерной томографии после проведения инфузионной холангиографии. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография — новый и до сих пор малоизученный метод диагностики Мириззи. Ряд авторов считают этот метод исследования наиболее перспективным для верификации данного синдрома [9, 21]. Э.Ч. Будзинский С.А. и соавт. (2019) в своей работе говорят о преимуществах лапароскопического УЗИ панкреатодуоденальной области [9]. Во время операции при подозрении на Мириззи этот метод диагностики позволяет в режиме реального времени построить многоплоскостное изображение желчных протоков под разными углами, но в настоящее время остается недоступным и недостаточно изученным. В целом, несмотря на разнообразие методов диагностики, часто не удается диагностировать Мириззи до операции. Такая ситуация во время операции может дезориентировать хирурга и создать опасность повреждения общего желчного протока, ошибочно принимаемого за желчный пузырь или широкий пузырный проток. Таким образом, отсутствие унифицированных предоперационных методов исследования Мириззи требует разработки оптимальной диагностической тактики. В современной хирургии выделяют два основных направления лечения МИРИЗЗИ: рентгеноэндоскопические методы, оперативные вмешательства. Рентгеноэндоскопические методы могут быть использованы как на первом этапе оперативного вмешательства в качестве предоперационной подготовки, так и как самостоятельный метод лечения больных Мириззи в случае высокого анестезиологического риска [2, 11]. Среди недостатков РЭВ авторы выделяют следующие: лучевая нагрузка на пациентов и периризионал; высокая стоимость эндоскопического и рентгенологического оборудования; невозможность устранения сужения просвета проксимального отдела холедоха [2, 24]. По данным литературы, методы оперативного доступа и варианты операций при синдроме Мириззи сильно различаются: например, некоторые авторы относят этот синдром к абсолютным противопоказаниям к лапароскопической холецистэктомии [1, 2, 13]. Льево Дж. Б. и др. (2014) в обзоре литературы по применению лапароскопической техники при Мириззи указывает на 40%

конвемизации доступа, 20% осложнений и 6% повторных операций [19]. Однако имеется ряд публикаций, авторы которых указывают на возможность использования лапароскопической методики при определенных условиях. Так, Lai ECH, Lau WY (2006) указывают на возможность использования лапароскопического доступа опытным хирургом только при первом типе Мириizzi [17]. Наиболее частой операцией при первом типе Мириizzi является холецистэктомия, дополненная дренированием общего желчного протока [2, 17, 18]. При наличии желчного свища необходимо его разобщение с последующим восстановлением целостности общего желчного протока. В качестве одного из вариантов закрытия дефекта холедоха, применяемого большинством хирургов, является устранение дефекта стенки холедоха специально оставленным участком желчного пузыря [2, 10, 15]. Однако Waisberg J. et al . . (2005) предполагают, что теоретически логично, что оставшаяся ткань желчного пузыря может повышать риск развития остаточного холедохолитиаза [27]. Пугаев А.В. и соавт. (2019) при наличии холецистобилиарного свища рекомендуется выполнять пластику холедоха временными стентами. Необходимость временного стентирования авторы объясняют наличием длительных воспалительных изменений в области печечно-двенадцатиперитонеальной связки, в связи с чем Мириizzi можно рассматривать как «модель повреждения желчных протоков». При значительном повреждении стенки общего желчного протока, вовлекаемого в свищ, ряд хирургов указывает на необходимость формирования билиодигестивного анастомоза: холедохо-дуоденоанастомоза, холедохо-еюноанастомоза, холецисто-холедохоеюноанастомоза [22, 23]. При операциях по поводу Мириizzi сохраняется высокий риск развития интра- и послеоперационных осложнений [1, 2, 6]. Наиболее частым осложнением после операции по поводу Мириizzi является стриктура общего желчного протока. По данным Zhang J., Perera P., Beard R. (2020) из 46 пациентов, оперированных по поводу Мириizzi, стриктура общего печеночного протока развилась в 6,5%. Приведены результаты операций по так называемому утраченному дренажу, выполненных у четырех больных с первой формой Мириizzi («стенозирующая» форма), Воробей А.В. и соавт. (2018) оценивается как положительная [27]. Однако сразу же указываются причины удаления дренажей из протоков, такие как развитие желтухи, непроходимость дренажей, вызванная образованием мелких камней, отложением солей на стенках дренажей и скоплением замазки. детрита, что приводит к повторным приступам холангита. Наибольшую трудность для оперативного лечения представляют больные со значительной деструкцией

стенки общего желчного протока. Отмечено, что чем выше степень деструкции стенки холедоха (III–IV тип Мириззи по СК McSherry et al., 1982), тем выше уровень послеоперационной летальности [2, 6, 26]. При Мириззи III–IV типа большинство хирургов придерживаются позиции о необходимости наложения холедохоеюноанастомоза. Таким образом, на сегодняшний день Мириззи является одним из осложнений желчнокаменной болезни, в диагностике и хирургической тактике которого имеется ряд нерешенных вопросов. Несмотря на широкий спектр хирургических методик при этом синдроме, результаты лечения на сегодняшний день не вполне удовлетворительны. Наличие Мириззи у больного во время операции увеличивает риск интра- и послеоперационных осложнений. Трудности диагностики синдрома Мириззи, опасность поражения желчных протоков, немногочисленность наблюдений, а также достаточно широкий спектр хирургических методов лечения определяют актуальность изучения данной проблемы. Внедрение современных методов диагностики Мириззи и разработка рациональной хирургической тактики в зависимости от вида синдрома позволит улучшить лечение больных этим осложнением желчнокаменной болезни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.

6. Elmuradov G. O. K. et al. QORIN BO 'SHLIG 'I YOPIQ JAROHATLARIDA SONOGRAFIYA VA VIDEOELAPAROSKOPIYANI QO'LLASH //Research Focus. – 2023. – T. 2. – №. 1. – C. 173-180.
7. Erkinovich K. Y. METHODS OF EARLY SURGICAL TREATMENT OF BURNS //Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies (CARJIS). – 2022. – T. 2. – №. Special Issue 4. – C. 184-188.
8. Erkinovich K. Y. Methods of early surgical treatment of burns //Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies (CARJIS). – 2022. – T. 2. – №. Special Issue 4. – C. 184-188.
9. Kamoliddin K., Muxammad A., Nilufar H. RAQAMLI TEXNOLOGIYALARNI INSON HAYOTIDAGI O'RNINI //Research Focus. – 2023. – T. 2. – №. 1. – C. 594-600.
10. Khursanov Y. E. Amniotic membrane as an effective biological wound covering //UZBEK MEDICAL JOURNAL № CI-1. – 2021. – C. 30-36.
11. Mustafakulov I. B. et al. The role of intra-abdominal pressure in injuries of the abdominal organs with associated injuries //International Journal of Surgery and Transplantation Research. – 2022. – T. 2. – №. 1. – C. 1-3.
12. Shakirov B. M. et al. The role of intra-abdominal pressure in injuries of the abdominal organs with associated injuries Int J Sur & Tra Res. 2: 1. – 2022.
13. Temirovich A. M. et al. CRF AND CKD: MODERN APPROACHES TO TERMINOLOGY, CLASSIFICATION, DIAGNOSIS AND TREATMENT //Research Focus. – 2023. – T. 2. – №. 1. – C. 79-90.
14. 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. – T. 3. – №. 1. – C. 67-69.
15. АВАЗОВ А. А. и др. КУЙИШЛАРДА ЕРТА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
16. 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. – C. 19-22.
17. 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. – C. 158-164.

18. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
19. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
20. Ахмедов Р. Ф. и др. Диагностическая значимость уровня прокальцитонина при ожоговой болезни //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 11-12.
21. Ахмедов Р. Ф. и др. Наш опыт лечения ожогового сепсиса //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 10-11.
22. Ахмедов Ю., Кадыров Р. Сочетанный эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях //Журнал вестник врача. – 2017. – Т. 1. – №. 1. – С. 11-14.
23. Ачилов М. Т. и др. ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 62-69.
24. Даминов Ф. А., Карабаев Х. К., Хурсанов Ё. Э. ПРИНЦИПЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН У ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ (Обзор литературы) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 133-142.
25. Даминов Ф. А., Хурсанов Ё. Э., Карабаев Х. К. НАШ ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 143-151.
26. 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.
27. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 152-161.
28. Кадыров Р. и др. Сочетанный эндоскопический гемостаз при язвенных кровотечениях //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2018. – №. 1 (99). – С. 47-49.
29. Курбонов Н. А., Ахмедов Р. Ф. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEEP BURNING PATIENTS //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.

30. Курбонов Н. А., Карабаев Х. К., Нормаматов Б. П. ИЗМЕНЕНИЯ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА ПРИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 47-47.
31. Мустафакулов И. Б., Карабаев Х. К., Джураева З. А. AMNIOTIC MEMBRANE-AS AN EFFECTIVE BIOLOGICAL WOUND COVERING //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – №. SPECIAL 1.
32. 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.
33. Мустафакулов И. и др. Интраабдоминальная гипертензия при сочетанных повреждениях органов брюшной полости //Журнал вестник врача. – 2019. – Т. 1. – №. 3. – С. 69-74.
34. Нормаматов Б. П. и др. ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА И ХОЛЕМИЧЕСКОГО ЭНДОТОКСИКОЗА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Sciences of Europe. – 2022. – №. 97. – С. 55-61.
35. 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.
36. Нормаматов Б. П., Хамдамов И. Б. ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК РАЗВИТИЯ ХИРУРГИИ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 4 (84). – С. 96-101.
37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. 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.

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

42. 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.

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

44. 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.

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

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

47. 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.

48. 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.

49. 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.

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