N4 (11), 2025

Journal of modern medicine

Zamonaviy tibbiyot jurnali
Журнал современной медицины



ISSN: 2992-8958 (online)

ZAMONAVIY TIBBIYOT JURNALI

ЖУРНАЛ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

JOURNAL OF MODERN MEDICINE

Choraklik ilmiy amaliy jurnal
2023 yildan buyon nashr etiladi

№4 (11), 2025

Bosh muharrir: M.M. Madazimov
Bosh muharrir o'rinbosari: K.Z. Salohiddinov

TAHRIRIYAT KENGASHI:

Z.S. Salohiddinov, Q.T. Xudayberdiev, X.T. Musashayxov, N.S. Xakimov, M.F. Nishonov, A.B. Mamadaliyev

TAHRIRIYAT HAY'ATI:

Michael Vaiman (Tel Aviv)
MD, professor

Wolfgang Sharek (Rostok)
DSc, professor

D.B. Asranqulova (Andijon)
t.f.d., professor

Sh.N. Eranov (Samarqand)
PhD, dotsent

A.A. Gofurov (Andijon)
t.f.d., professor

M.E. Irismetov (Toshkent)
t.f.d., professor

G.M. Kariyev (Toshkent)
t.f.d., professor

M.Yu. Karimov (Toshkent)
t.f.d., professor

B.X. Mirzakarimov (Andijon)
DSc, dotsent

U.X. Musashayxov (Andijon)
DSc, dotsent

D.A. Nabieva (Toshkent)
t.f.d., professor

O.B. Nadjmitdinov (Andijon)
DSc, dotsent

M.M. Nosirov (Andijon)
DSc, dotsent

U.M. Rustamova (Toshkent)
t.f.d., dotsent

Q.Q. Tursunov (Andijon)
PhD, dotsent

D.D. Usmonova (Toshkent)
t.f.d., professor

D.M. Xakimov (Andijon)
t.f.d., professor

M.N. Xakimov (Andijon)
PhD, dotsent

R.A. Xakimova (Andijon)
t.f.n., dotsent

M.A. Xo'jamberdiyev (Andijon)
t.f.d., professor

TA'SISCHILAR:
ANDIJON DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
VA "NASHR MATBAA UYI" MChJ

Jurnal O'zbekiston Respublikasi Prezidenti Administratsiyasi huzuridagi Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentligi tomonidan ro'yxatga olingan (26.06.2023-son №095109).

Tahririyat manzili: O'zbekiston Respublikasi, 170100,
Andijon, Yu.Otabekov ko;chasi, 1-uy.
Telefon: +998335157555
Email: nashruzjournals@gmail.com
Sayt: nashruz.uz
t.me: @nashruzjournals

O'zbekiston Respublikasi Oliy ta'lim, fan va innovatsiyalar vazirligi huzuridagi Oliy attestatsiya komissiyasi Rayosatining 2024 yil 7 iundagi 355/6-son qarori bilan tibbiyot fanlari bo'yicha milliy ilmiy nashrlar ro'yxatiga kiritilgan

ISSN: 2992-8958 (online)

JOURNAL OF MODERN MEDICINE

ЖУРНАЛ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

ZAMONAVIY TIBBIYOT JURNALI

Quarterly scientific and practical journal
Published since 2023

№4 (11), 2025

Chief editor: M.M. Madazimov
Deputy Chief Editor: K.Z. Salokhiddinov

EDITORIAL BOARD:

Z.S. Salohiddinov, K.T. Hudayberdiev, H.T. Musashayhov, N.S. Khakimov, M.F. Nishonov, A.B. Mamadaliev

EDITORIAL COUNCIL:

Michael Vaiman (Tel Aviv)
MD, PhD

Wolfgang Scharek (Rostock)
DSc, professor

D.B. Asrankulova (Andijan)
DSc, professor

Sh.N. Eranov (Samarqand)
PhD, associate professor

A.A. Gofurov (Andijan)
DSc, professor

M.E. Irismetov (Tashkent)
DSc, professor

G.M. Kariev (Tashkent)
DSc, professor

M.Yu. Karimov (Tashkent)
DSc, professor

B.H. Mirzakarimov (Andijan)
DSc, associate professor

U.H. Musashaykhov (Andijan)
DSc, associate professor

D.A. Nabieva (Tashkent)
DSc, professor

O.B. Nadjmitdinov (Andijan)
DSc, associate professor

M.M. Nosirov (Andijan)
DSc, dotsent

U.M. Rustamova (Tashkent)
DSc, associate professor

K.K. Tursunov (Andijan)
PhD, associate professor

D.D. Usmanova (Tashkent)
DSc, professor

D.M. Khakimov (Andijan)
DSc, professor

M.N. Khakimov (Andijan)
PhD, associate professor

R.A. Khakimova (Andijan)
PhD, associate professor

M.A. Khujamberdiev (Andijon)
DSc, professor

FOUNDERS:
ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE
AND "NASHR MATBAA UYI" LLC
The journal is registered by the Agency for Information and Mass Communications under the Administration of the President of the Republic of Uzbekistan (№095109 dated 26.06.2023).
Editorial address: Republic of Uzbekistan, 170100,
Andijan, st. Yu. Otabekova, house 1.
Phone: +998335157555
Email: nashruzjournals@gmail.com
Website: nashruz.uz
t.me: @nashruzjournals
The journal is included in the list of national scientific publications on medical sciences by decision of the Higher Attestation Commission under the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan No. 355/6 dated June 7, 2024.

ISSN: 2992-8958 (online)

ЖУРНАЛ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

JOURNAL OF MODERN MEDICINE

ZAMONAVIY TIBBIYOT JURNALI

Ежеквартальный научно-практический журнал
Издается с 2023 года

№4 (11), 2025

Главный редактор: М.М. Мадазимов

Заместитель главного редактора: К.З. Салохиддинов

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

З.С. Салохиддинов, К.Т. Худайбердиев, Х.Т. Мусашайхов, Н.С. Хакимов, М.Ф. Нишонов, А.Б. Мамадалиев

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Michael Vaiman (Tel Aviv)
MD, PhD

Wolfgang Scharek (Rostock)
DSc, professor

Д.Б. Асранкулова (Андижан)
д.м.н., доцент

Ш.Н. Эранов (Самарканд)
к.м.н., доцент

А.А. Гофуров (Андижан)
д.м.н., профессор

М.Э. Ирисметов (Ташкент)
д.м.н., профессор

Г.М. Кариев (Ташкент)
д.м.н., профессор

М.Ю. Каримов (Ташкент)
д.м.н., профессор

Б.Х. Мирзакаримов (Андижан)
д.м.н., доцент

У.Х. Мусашайхов (Андижан)
д.м.н., доцент

Д.А. Набиева (Ташкент)
д.м.н., профессор

О.Б. Наджмитдинов (Андижан)
д.м.н., доцент

М.М. Носиров (Андижан)
д.м.н., доцент

У.М. Рустамова (Ташкент)
д.м.н., доцент

К.К. Турсунов (Андижан)
к.м.н., доцент

Д.Д. Усманова (Ташкент)
д.м.н., профессор

Д.М. Хакимов (Андижан)
д.м.н., профессор

М.Н. Хакимов (Андижан)
к.м.н., доцент

Р.А. Хакимова (Андижан)
к.м.н., доцент

М.А. Хужамбердиев (Андижан)
д.м.н., профессор

УЧРЕДИТЕЛИ:
АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ И ООО «NASHR MATBAA UYI»
Журнал зарегистрирован Агентством информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан (№095109 от 26.06.2023).
Адрес редакции: Республика Узбекистан, 170100,
г. Андижан, ул. Ю. Отабекова, дом 1.
Телефон: +998335157555
Email: nashruzjournals@gmail.com
Сайт: nashruz.uz
t.me: @nashruzjournals
Журнал включен в перечень национальных научных изданий по медицинским наукам решением ВАК при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан № 355/6 от 7 июня 2024 год

УДК: 616.33-002.44-089.87:616-08-039.75

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ПРИ УШИВАНИИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Хакимов М.Ш., Эрназаров Х.И.
Ташкентский государственный медицинский университет

Аннотация

Цель исследования: Повышение надёжности герметичности швов при ушивании перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной киши в условиях распространённого перитонита за счёт усовершенствования метода профилактики несостоятельности швов.

Материал и методы: Проведен анализ результатов хирургического лечения 106 клинических случаев ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы, осложненным распространенным перитонитом. Пациенты были разделены на две группы: основную (n = 34), где использовался предложенный способ профилактики несостоятельности швов – оксида азота в газовом потоке, также включающий локальную санацию зоны язвенного дефекта, изолирующее укрепление серозно-мышечными швами с дополнительной фиксацией сальниковой пластикой и временной декомпрессией желудка; и контрольную (n = 72), где применялась традиционная техника ушивания.

Результаты исследования: После проведения 1 сеанса обработки воздушным потоком оксида азота отмечается изменение структуры бактерии, что выражается в нарушении целостности мембраны. К концу 2-х суток отмечается полное разрушение H. Pylori с образованием густой массы из разрушенных бактерий

Заключение: потоком оксида азота является эффективным методом профилактики несостоятельности швов после ушивания перфорации язв.

Ключевые слова: прободная язва, ушивание перфорации, оксид азота.

O'N IKKI BARMOQ ICHAKNING TESHILIB TIKILGAN YARANING CHOK YETISHMOVCHILIGINI OLDINI OLISH

Khakimov M.Sh., Ernazarov Kh.I.
Toshkent davlat tibbiyot universiteti

Annotatsiya

Tadqiqot maqsadi: Tarqalgan peritonitda teshilgan me'da va o'n ikki barmoqli ichak yaralarini tikishda choklar etishmovchiligining oldini olish usulini takomillashtirish orqali tikuv plombalarining ishonchliligini oshirish.

Materiallar va usullar: Dissemine peritonit bilan asoratlangan gastroduodenal teshilgan yaralarni tikishning 106 ta klinik holatini jarrohlik davolash natijalari tahlil qilindi. Bemorlar ikki guruhga bo'lingan: tadqiqot guruhi (n = 34), tikuv etishmovchiligining oldini olish uchun tavsiya etilgan usuldan foydalangan - gaz oqimidagi azot oksidi - bu shuningdek, oshqozon yarasi nuqsoni hududini mahalliy debridatsiya qilishni, seromuskulyar tikuvlar bilan mustahkamlashni izolyatsiya qilishni, omental payvandlash bilan qo'shimcha fiksatsiyani va vaqtinchalik oshqozonni dekompressiyalashni o'z ichiga oladi; va an'anaviy tikuv texnikasidan foydalangan nazorat guruhi (n = 72).

Tadqiqot natijalari: Azot oksidi havo oqimi bilan ishlov berishning bir seansidan so'ng bakterial strukturaning o'zgarishi kuzatildi, natijada membrana yaxlitligi buzildi. Ikkinchi kunning oxiriga kelib, H. pylori ning to'liq yo'q qilinishi, yo'q qilingan bakteriyalarning qalin massasi paydo bo'lishi kuzatildi.

Xulosa: azot oksidi havo oqimi teshilgan yara yopilganidan keyin tikuv etishmovchiligining oldini olishning samarali usuli hisoblanadi.

Kalit so'zlar: teshilgan yara, perforatsiyani yopish, azot oksidi.

PREVENTION OF SUTURE FAILURE IN SUTURE REPAIR OF PERFORATED DUODENAL ULCERS

Khakimov M.Sh., Ernazarov Kh.I.
Tashkent State Medical University

Abstract

Aim: To improve the reliability of suture seals in suturing perforated gastric and duodenal ulcers in the setting of disseminated peritonitis by improving the method for preventing suture failure.

Material and Methods: The results of surgical treatment of 106 clinical cases of suturing perforated gastroduodenal ulcers complicated by disseminated peritonitis were analyzed. Patients were divided into two groups: the study group (n = 34), which utilized the proposed method for preventing suture failure—nitric oxide in a gas stream—which also included local debridement of the ulcer defect area, isolating reinforcement with seromuscular sutures, additional fixation with omental grafting, and temporary gastric decompression; and the control group (n = 72), which utilized a traditional suturing technique. Study results: After one session of nitric oxide airflow treatment, a change in bacterial structure was observed, resulting in membrane integrity disruption. By the end of the second day, complete destruction of H. pylori was observed, with the formation of a thick mass of destroyed bacteria.

Conclusion: nitric oxide airflow is an effective method for preventing suture failure after perforated ulcer closure.

Keywords: perforated ulcer, perforation closure, nitric oxide.

Введение. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки на сегодняшний день остается одной из важнейших проблем неотложной абдоминальной хирургии, имеющей большую медицинскую и социальную значимость [7]. Данная патология поражает 2-10% населения экономически развитых стран [2]. Лечение больных с перфоративной гастродуоденальной язвой должно включать раннюю диагностику и быстрое начало реанимационных мероприятий [8]. Перфорация гастродуоденальных язв является тяжелым осложнением, непосредственно угрожающим жизни больного, ввиду развития перитонита, и требующим немедленного оперативного лечения. Заболеваемость перфоративной гастродуоденальной язвой в мире составляет 3,8-10 на 100 000 населения [7]. Летальность после операции варьирует от 15,5 до 31% [1, 7].

Перфоративная гастродуоденальная язва (ПГДЯ) остаётся одной из наиболее частых и опасных форм осложнённого язвенного заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки, составляя от 5 до 10 % всех случаев язвенной болезни и до 15 % всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости [4, 10]. Несмотря на значительные успехи в фармакотерапии и эндоскопической диагностике, частота перфораций остаётся стабильной, особенно у пожилых пациентов и больных, длительно принимающих нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) [6].

Развитие перфорации ведёт к быстрому распространению перитонита, сопровождается выраженной эндотоксикозной реакцией, нарушением микроциркуляции и тканевой гипоксией, что создаёт крайне неблагоприятные условия для заживления краёв язвенного дефекта. Даже при своевременном хирургическом вмешательстве сохраняется риск несостоятельности швов, частота которой по данным литературы колеблется от 3 до 14% и напрямую зависит от степени контаминации брюшной полости, длительности заболевания, размеров перфорации, состояния тканей и методики ушивания [6, 9].

Несостоятельность швов в раннем послеоперационном периоде приводит к формированию повторной перфорации, развитию инфильтрата, абсцессов, диффузного перитонита, увеличению летальности, достигающей 20–30% при генерализованных формах [6]. Поэтому обеспечение надёжной герметичности швов в условиях перитонита является клю-

чевым фактором успешного исхода операции.

Разработано несколько направлений профилактики:

- Механические методы: использование серозно-мышечных укрепляющих швов, дублирующих рядов, сальниковой пластики, частично рассасывающихся нитей (Vicryl 2/0, PDS II), а также швов с минимальной травматизацией тканей.
- Биологические методы: применение оментопластики, фибринового клея, коллагеновых мембран, лоскутов серозы или фасции, обладающих выраженным трофическим и герметизирующим эффектом.
- Функциональные методы: создание условий для покоя швов за счёт постоянной аспирации желудочного содержимого, зондовой декомпрессии и коррекции кислотно-основного баланса [3, 5].

В последние годы активно изучаются комплексные методы, объединяющие локальную санацию, укрепление швов и биологическую защиту дефекта сальниковым лоскутом. Пашкин К.П. (2023) и соавт. предложили использовать усиленную комбинированную методику ушивания перфорации с формированием «двойного барьера»: механического (серозно-мышечные швы) и биологического (сальниковая прокладка), что позволило снизить частоту несостоятельности швов до 2,8 %, против 13,7 % при стандартной технике.

Цель исследования: повышение надёжности герметичности швов при ушивании перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной киши в условиях распространённого перитонита за счёт усовершенствования метода профилактики несостоятельности швов.

Материалы и методы. Проведён анализ 106 клинических случаев ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы, осложнённой разлитым перитонитом. Пациенты были разделены на две группы: основную (n=34), где использовался предложенный способ профилактики несостоятельности швов – оксида азота в газовом потоке, также включающий локальную санацию зоны язвенного дефекта, изолирующее укрепление серозно-мышечными швами с дополнительной фиксацией сальниковой пластикой и временной декомпрессией желудка; и контрольную (n=72), где применялась традиционная техника ушивания.

Результаты исследования. Проведен анализ результатов хирургического лечения 106 клинических случаев ушивания перфоративной гастродуоденальной язвы, осложненным распространенным перитонитом, которые находились на стационарном лечении на клинических базах кафедры факультетской и госпитальной хирургии №1 лечебного факультета Ташкентского государственного медицинского университета, Клиника №1. Критерием включения в данное исследование были больные с четкой клинической картиной перфорации язвы желудка или ДПК, подтвержденной клиническими данными (анамнез, жалобы, клинический осмотр). Оценивались данные лабораторных исследований (общий анализ крови и мочи). Использовался целый ряд инструментальных методов: УЗИ органов брюшной полости, при котором определялись наличие свободной и отграниченной жидкости в брюшной полости; рентгенография брюшной полости – наличие свободного газа под куполом диафрагмы; ЭГДФС осматривали состояние дна язвы.

Первую контрольную группу составили 72 больных, которым выполнена ушивание перфоративной язвы желудка и ДПК, включающий локальную санацию зоны язвенного дефекта, изолирующее укрепление серозно-мышечными швами с дополнительной фиксацией сальниковой пластикой и временной декомпрессией желудка - традиционная техника ушивания. Подпеченочная область и малый таз дренируется двухпросветным дренажом,

которые выводятся наружу через соответствующие контрапертуры. Из них 32 пациентов были оперированы по поводу перфорации язвы желудка, 40 больных - по поводу перфоративной язвы ДПК. Из 72 у 16 пациентов в раннем послеоперационном периоде возникла несостоятельность швов перфоративной язвы желудка, у 11 - несостоятельность швов ДПК. Мужчин было 19, женщин – 8, возраст больных - от 25 до 65 лет. 23 пациента данной группы подверглись повторным оперативным вмешательствам по экстренным показаниям.

Вторую основную группу составили 34 пациентов с перфоративной язвой ДПК, которым интраоперационно, после выполнения основного этапа хирургического вмешательства, через 5 мм троакар, подведенный к зоне ушитой перфоративной язвы, обрабатывается зона операционного действия под тонким слоем физиологического раствора с расстояния 3-5 см и экспозицией 7-10 сек на 1 см2, общее время обработки до 3 мин. Режим содержания оксида азота в газовом потоке 750 ppm.

После выполнения основного этапа хирургического вмешательства при перфорации язвы 12 п.к. подпеченочная область и малый таз дренируется двухпросветным дренажом, которые выводятся наружу через соответствующие контрапертуры. В послеоперационном периоде через этот дренаж осуществляется инсуфляция воздушных потоков оксида азота. Время воздействия от 2 до 3 мин. При проведении процедуры следует начинать с минимального расхода воздуха, затем при отсутствии неприятных ощущений можно переходить к нормальному режиму с содержанием оксида азота в газовом потоке 750 ppm. Процедура выполняется в послеоперационном периоде в течение 2-3 дней.

Основными причинами несостоятельности швов ушитых перфоративных отверстий язв желудка и ДПК, наряду с вышеуказанными общими и местными причинами, явились Helicobacter pylori. Несмотря на множество проводимых исследований по диагностике ранних послеоперационных осложнений у больных язвенной болезнью желудка и 12 п.к., большое количество ошибок и неудовлетворительных исходов хирургического лечения вызывают обоснованную тревогу. Основной причиной этому, на наш взгляд, является отсутствие оптимальной профилактики после ушивания перфоративных язв, который позволил бы предотвратить несостоятельности шва после ушивания язв и снизить процент релапаротомии.

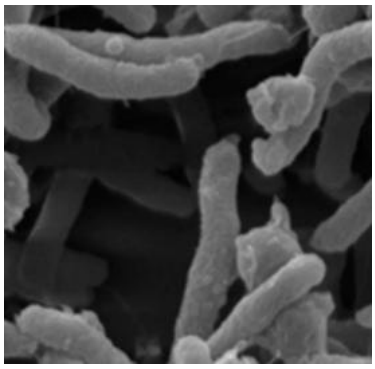


Рисунок 1. Исходный вид H. pylori.

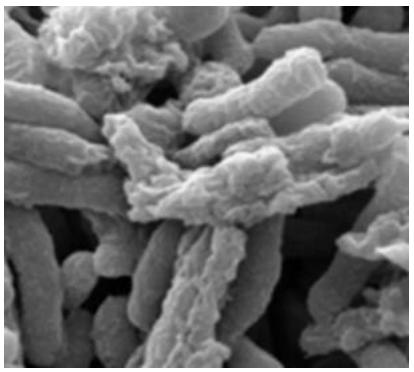


Рисунок 2. Вид H. Pylori после первой обработки воздушным потоком оксида азота.

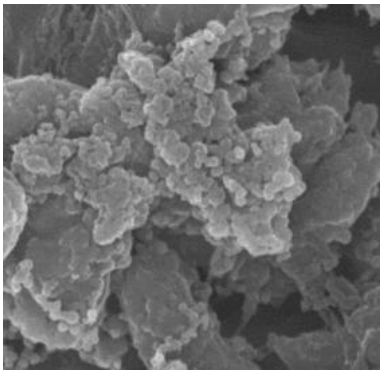


Рисунок 3. Вид H. Pylori к концу вторых суток после обработки воздушным потоком оксида азота.

Проведены микробиологические исследования. Общий вид H. pylori. Представлял собой спиралевидную или изогнутую бактерию, длиной 2-4 мкм и шириной 0,5-1 мкм. Имеет от 1 до 6 жгутиков, расположенных на одном полюсе клетки, которые обеспечивают

ее подвижность. Мембрана ровная (рисунок 1).

После проведения 1 сеанса обработки воздушным потоком оксида азота отмечается изменение структуры бактерии, что выражается в нарушении целостности мембраны (рисунок 2).

К концу 2-х суток отмечается полное разрушение H. Pylori с образованием густой массы из разрушенных бактерий (рисунок 3).

Клинический пример № 1 с использованием разработанного способа профилактики несостоятельности швов при ушивании перфоративной гастродуоденальной язвы в условиях перитонита

Больной К., 35 лет (ист.бол. № 4327) поступила в клинику 02.04.2023. с жалобами на резкие сильные боли в эпигастрии, тошноту, рвоту.

Из анамнеза: за 4 часа до обращения в клинику у больного внезапно на фоне полного благополучия отмечается резкие боли в эпигастральной области.

Общее состояние пациента при поступлении средней тяжести, сознание ясное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Положение вынужденное. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясны, ритмичные. АД 130/70 мм.рт. ст. Пульс 96 уд/мин. Локально: Язык влажный, чистый. Живот пальпаторно «доскообразной» консистенции, болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины положительные. Перистальтика кишечника не выслушивается. Стул и диурез регулярный. В анализах крови: Общий анализ крови: гемоглобин – 106 г/л, эритроциты – 4,0х 1012/л, цветной показатель – 0,9, тромбоциты – 210 х 109/л, лейкоциты – 11,2 х 109/л, СОЭ – 5 мм/час. Биохимические анализы крови: АЛТ – 0,4 ммоль/л, АСТ – 0,3 ммоль/л, билирубин – 16,0 мкмоль/л, мочевина – 6,5 ммоль/л, креатинин – 72 мкмоль/л, общий белок – 62 г/л, фибриноген – 240 мг%, этаноловый тест – отрицательный. На УЗИ: в подпеченочном пространстве и правом боковом канале имеется свободная жидкость в объеме около 150 мл

Больной выставлен диагноз: Язвенная болезнь 12 п.к., осложненной перфорацией, перитонит.

Пациенту 02.04.2025 г. под общим интубационным наркозом произведено «Лапароскопическое ушивание перфоративной язвы 12 п.к. Санация и дренирование брюшной полости». Интраоперационно произведена локальная санация брюшной полости воздушным потоком оксида азота.

Послеоперационный период протекал гладко. В послеоперационном периоде дважды в сутки через дренаж в подпеченочной области проводилась локальная санация оксидом азота. Выздороаление. Больной ваыписана на 6-е сутки после операции.

Вывод. Таким образом, локальная терапия воздушным потоком оксида азота является эффективным методом профилактики несостоятельности швов после ушивания перфорации язвы 12 п.к., поскольку он обладает антимикробными свойствами и способствует улучшению кровообращения в зоне операционного воздействия, что позволяет улучшить результаты лечения больных с осложненными формами язвенной болезни.

Использованная литература:

1. Вачёв А.Н., Корытцев В.К., Антропов И.В., Козлов А.А. Почему следует отказаться от операции простого ушивания язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией? Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2018;(9):42 45.

2. Ермолов А.С., Кирсанов И.И., Ярцев П.А., Гуляев А.А., Радыгина М.В., Тарасов С.А., Левитский В.Д. Совершенствование методов видеолапароскопического ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. // Альманах Института хирургии им. В.А.Вишневского.-2020.-№1.-С. 55-56
3. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода и желудка //М.: 2022.
4. Османов З.Х., Семенов Д.Ю., Чекмасов Ю.С., Полиглоттов О.В. Влияние вида шва на отдаленные результаты ушивания перфоративных пилоробульбарных язв. Вестник экспериментальной и клинической хирургии 2023; 16: 2: 114-119. DOI: 10.18499/2070-478X-2023-16-2-114-119.
5. Пашкин К. П., Натальский А. А., Мотырова Е. В., Луньков И. А., Матросов В. И., Мишин Д. В., Песков О. Д. Несостоятельность швов двенадцатиперстной кишки после операции по поводу осложненной дуоденальной язвы // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И.П. Павлова. 2023. №1. URL: https://cyberleninka.ru/article/n/nesostoyatelnost-shvov-dvenadtsatiperstnoy-kishki-posle-operatsii-po-povodu-
6. Сажин А.В., Ивахов Г.Б., Теплых А.В., Калинина А.А. Вакуумассистированная лапаростомия в комплексном лечении распространенного перитонита (обзор литературы). Московский хирургический журнал. 2020;4(74):65-74.
7. Clements TW, Tolonen M, Ball CG, Kirkpatrick AW. Secondary Peritonitis and Intra-Abdominal Sepsis: An Increasingly Global Disease in Search of Better Systemic Therapies. Scandinavian Journal of Surgery. 2021;110(2):139-149. https://doi.org/10.1177/1457496920984078
8. Fernández-Bolaños DA, Jimenez LJ, Velásquez Cuasquen BG, Sarmiento GJ, Merchán-Galvis AM. Manejo del abdomen abierto en el paciente crítico en un centro de nivel III de Popayán. Rev Colomb Cir. 2022;37:72-82.
9. Lau J.Y. et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factor-sandmortality //Digestion.-2019.-Vol.84, N2.-P.102-113.
10. Soreide K., Thorsen K., Harrison E.M. Perforated peptic ulcer //Lancet.-2022.-386: P. 1288-1298

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ДИНАМИКА ЧАСТОТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВЕГЕТАТИВНОГО КРИЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН (РЕЗУЛЬТАТЫ 3-Х ЛЕТНЕГО ПРОСПЕКТИВНОГО МОНИТОРИНГА) 161-166
Кузиева Г.А., Мамасалиев Н.С., Асранкулова Д.Б., Мамасалиев З.Н., Усмонов Б.У.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТАКТИКИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КИШЕЧНИКА 167-172
Насриддинов Ш.Б.

ВОЗРАСТНЫЕ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЕГЕТАТИВНОГО КРИЗА В ПОПУЛЯЦИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРОСПЕКИВНОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В УСЛОВИЯХ ФЕРГАНСКОЙ ДОЛИНЫ 173-179
Кузиева Г.А., Мамасалиев Н.С., Асранкулова Д.Б., Мамасалиев З.Н., Мамасолиева Ш.А.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ АКТИВНОСТИ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА ДЛЯ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДБОРА ТЕРАПИИ 180-186
Насриддинов Ш.Б.

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ПРИ УШИВАНИИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 187-192
Хакимов М.Ш., Эрназаров Х.И.

ВЛИЯНИЕ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ НАРУШЕНИЙ НА МОРФОГЕНЕЗ И РЕГЕНЕРАТОРНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ПОЧКАХ У ЛИЦ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП 193-199
Абдуллаев Н.У.

TO‘G‘RI ICHAK XIRURGIK KASALLIKLARINING DAVOLASH TAMOYILLARI: YUTUQLAR VA KAMCHILIKLAR (ADABIYOTLAR SHARHI) 200-209
Mamajonov I.Ya.

ТЕРМИНО-ТЕРМИНАЛЬНЫЙ ГАСТРОДУОДЕНОАНАСТОМОЗ В ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЁННЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ 210-215
Мамадиев Х.М., Мусашайхов Х.Т., Мамадиев А.М., Тургунов А.И.

МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЧЕК ПРИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА И СТЕПЕНИ СОСУДИСТЫХ НАРУШЕНИЙ 216-222
Абдуллаев Н.У.

ТРАВМЫ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ДИАГНОСТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ 223-225
Худайбердиев К.Т., Хакимов М.Н., Саматов А.А.

SURGICAL TREATMENT OF VARICOSE VEINS OF THE LOWER EXTREMITIES 226-230
Musashaykhov Kh.T., Khoshimov I.M., Akhmadjonov J.U.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА У МУЖЧИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА 231-236
Шадманов М.А., Бобоев Р.А., Хамраев О.А., Сайфетдинов С.И.