



РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНЫ ПРИ НЕСЛОЖНЫХ И СЛОЖНЫХ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ РАСПОЛОЖЕНИЯХ.

Латипов Ориф Зарипович

Бухарского государственного медицинского
института. Узбекистан

<https://doi.org/10.5281/zenodo.8076679>

Резюме:

Целью нашего исследования явилось изучить сравнительный анализ результатов хирургического лечения полостных образованиями печени при несложных и сложных внутрипеченочных расположениях.

Проведено анализ результатов хирургического лечения у 22 больных с полостными образованиями печени II группы у 11 отмечались полостного образования с небольшими размерами внутрипеченочного расположениям в II – VI сегментах печени. Из 11 данных категории больных 7 пациенты были гидативной эхинококкозом печени, 4 пациенты были остаточными полостями после перенесенного операции эхинококэктомии в течении последних 3 года.

Ключевые слова: полостных образования печени, кисты печени, абсцесс печени.

Актуальность.

Полостных образования печени (ПОП) является одной из наиболее актуальных проблем современной реконструктивной хирургии [1, 5]. Часто образующиеся в результате хирургического лечения полостных образования печени таят в себе угрозу развития грозных осложнений: кровотечения, формирование гнойных и желчных свищей, нагноение и прорыв инфицированной полости в желчные пути, бронхиальное дерево, в брюшную полость, в поддиафрагмальное и подпеченочное пространства [6]. Остаточные полости являются хроническим очагом инфекции в организме [3]. Для ликвидации остаточных полостей печени после эхинококэктомии предлагались различные методики. Наиболее известными и часто применяемыми являются капитонаж полости путем сближения кисты рядом внутренних швов (по Дельбе) и инвагинация выступающей над печенью фиброзной капсулы в просвет полости кисты с последующей фиксацией ее узловыми кетгутовыми швами (способ Боброва-2). В. Г. Гостищевым и соавт. [12] был предложен способ коррекции остаточной полости после эхинококэктомии путем вворачивания краев фиброзной оболочки вовнутрь полости узловыми кетгутовыми швами. Авторы считают, что данный способ снижает травматичность операции и предупреждает образование вторичных непаразитарных кист в послеоперационном периоде. Обработка остаточной полости методом капитонажа или вворачивающимися швами не безопасна в условиях воспаления и деструкции фиброзной оболочки или невозможна из-за ригидности стенок кисты [8, 13,]. Оперативное лечение эхинококковых кист, расположенных в поддиафрагмальном пространстве, является особенно сложной задачей. Нередко после оперативных вмешательств в этой области образуются непаразитарные кисты [4, 15,]. При

поддиафрагмальной локализации кисты (VII–VIII сегменты) после эхинококкэктомии также выполняют капитонаж по Дельбе или закрытие остаточной полости по А. Т. Пулатову. Остаточную полость кисты обрабатывают различными антипаразитарными средствами (2–5% раствором формалина, 80% раствором глицерина, 5% раствором йода, 96% спиртом и др.), а также криовоздействием и расфокусированным лучом CO₂-лазера [2].

На исход хирургического лечения данной категории больных большая значения имеет анатомический расположения очага поражения. При поддиафрагмальная расположения полостных образования печени к VII и VIII сегментах хирургический лечения в отличие их расположения к I–IV сегментах печени имеет ряд технический трудности.

Целью нашего исследования явилось изучить сравнительный анализ результатов хирургического лечения полостных образованиями печени при несложных и сложных внутривисцеральных расположениях.

Материал и методы

Проведено анализ результатов хирургического лечения у 37 больных с полостными образованиями печени. Из них 26 больные I группы были с полостными образованиями в области I–IV сегментах печени, что не требует большой технический трудности во время операции, связанное с анатомическим его расположениями. У II группы исследования включены 11 больные полостными образованиями печени с сложными анатомическими расположениями печени, которым очаги поражения была расположены к VII и VIII сегментах заднего коската диафрагмы, что вызывал большой технический трудности при выполнении операции из за сложности доступа к очагу поражения.

Комплекс метод лечения обследованных больных включал себя, общая укрепляющая симптоматическая лечения до операционного периода. Хирургическая лечения всем больным выполнялись срединно-срединный лапаротомным доступ.

Все больные были распределены по полу и возрасту согласно классификации возрастных групп, принятой на региональном семинаре Всемирной Организацией Здравоохранения в Киеве в 1963 году [83; с. 24–30]. Из обследованных больных – 20 (54,5 %) мужчин и 17 (45,5 %) женщин в возрасте от 19 до 60 лет.

Большинство больных (72,7 %) находились в наиболее трудоспособном возрасте (от 20 до 50 лет).

Из всех обследованных больных, 27 (72,9 %) пациента поступили в клинику с гидативный стадии эхинококка печени, 7 (18,9 %) пациента поступили с нагноением остаточной полости после эхинококкэктомии печени и 3 (8,1 %) пациенты поступили с острым абсцессом печени различной этиологии. (табл. 1)

Таблица 1

Распределение обследованных больных по этиологическому фактору.

№	Виды заболеваний	Количество больных	Группа больных	
			I	II
1.	Киста печени	27 (72,9 %)	20 (76,9 %)	7 (63,6 %)

2.	Остаточная полость печени	7 (18,9 %)	4 (15,3 %)	3 (27,2 %)
3.	Абсцесс печени	3 (8,1 %)	2 (7,6 %)	1 (9,0 %)
	Всего	37	26	11

Всем больным в день поступления в экстренном порядке измеряли температуру тела, частоту дыхания, проводилось объективное исследование печени (пальпация, перкуссия), УЗИ исследование и при необходимости МСКТ или КТ печени и брюшной полостей, начата консервативная общее укрепляющая и симптоматическая терапия. У больных с остаточной полостью и абсцессом печени проводилась эмпирическая антибиотикотерапия с последующей в послеоперационном периоде с учетом чувствительности микрофлоры.

После соответствующее обследовании и предоперационном подготовки выполнялись традиционные хирургические вмешательства в плановым или экстренным отсроченным порядки.

Диагностика заболевания, начинали со сбора жалоб больного, степени их выраженности, анамнеза длительности заболевания, анализа результатов клинического и объективного обследования пациента. Во время сбора анамнеза уделяли внимания к определению этиологических факторов развития заболевания, характер и продолжительность жалоб, сопутствующую и фоновую патологию. Общеклинические и физикальные методы обследования были направлены на выявление точный диагноз полостных образования печени, размеры, характер и его анатомический расположения. Всем пациентам были выполнены развернутый общий анализ крови, определены биохимические показатели крови, произведен общий анализ мочи, взята кровь на ИФА или ЭДС к сифилису, определены маркеры вирусных гепатитов В и С, антитела к ВИЧ, выполнена ЭКГ. Для установления диагноза эхинококковой кисти печени проводилась серологический проба реакция преципитация и анализ крови на эозинофилах.

При выявлении сопутствующей патологии больные были консультированы соответствующими специалистами, выполнялись профильные обследования.

Микробиологический анализ осуществлялся методом забора выделений из содержимого полостей печени во время операции и в после операционный периоде из выделения дренажной трубки с качественным и количественным оцениванием выделенной инфекции, а также ее восприимчивость к различным антибиотикам.

Результаты и обсуждения

Из 20 больных эхинококкозом печени I группы у 3 (15,0 %) пациентов паразитарная киста локализовались в I сегмента печени, 5 (25,0 %) больным выявлена локализация паразитарной кисты к II сегменте печени, у 5 (25,0 %) наблюдениях отмечались локализация эхинококковой кисти в III сегменте печени, остальной у 7 (35,0 %) больных киста локализовались в IV сегменте печени.

Все эти больные были гидатидозом эхинококкоза печени. Оперативная вмешательства выполнялись верхнесрединном лапаротомом доступом.

Проводя ретроспективный анализ послеоперационных осложнений, в зависимости от выбранного доступа, у пациентов с гидатидозом эхинококкозом печени мы получили следующие данные, которые приведены в Таблице 2.

Таблица №2

Частота осложнений со стороны операционных ран в зависимости от операционного доступа в контрольной группе пациентов

Вид операционного доступа	Число оперативных вмешательств		Нагноение операционной раны		Послеоперационный грыжи		Ятрогенная повреждение печени		Кровотечения из полостей	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	бс.	
Верхнесрединная, средне-срединная лапаротомия	21	80,7	-	-	-	-	-	-		
Верхнесрединная лапаротомия с расширениями ниже пупка.	5	19,3	1	3,8	-	-	-	-		
Всего:	26	100	1	3,8	-	-	-	-		

Из 20 больных эхинококкозом печени у 13 (65,0%) больным проводились закрытый метод капитанажа полости эхинококковый кисти, у 7 (35,0 %) пациентов выполнена полузакрытая эхинококкэктомия.

У 6 больным контрольной группы, которые были с нагноениями остаточным полостей и острым абсцессом печени соответственно выполнена следующей тактика:

- после установления точного дифференцированного диагноза по результате анамнеза, УЗИ, МСКТ исследования и клинико-лабораторных данных как предоперационная подготовка проводилась инфузионно, детоксикационного, общей укрепляющего и симптоматическая лечения в течение 1-2 суток.

После соответствующее примедикации этом больным также проводилось верхно-срединная или верхно-срединно-срединная лапаротомия. Как у больным остаточный полости печени, так и больным острым абсцессом печени выполнялись интродоперационная дренирования и санация полости гнойного очага с оставлением дренажа в полость который фиксирован на капсуле печени с кетгутовыми швами последующим конец дренажная трубка выведена через контурапертуру в наружу и фиксировано на кожу шелковыми швами.

Из 6 больных с гнойными очагами печени I контрольной группы по 1 (16,6 %) пациентов гнойный очаг локализовались в I и II сегментах печени, у 2 (33,3 %) больным выявлена локализация гнойный очаг к III сегменте печени, у 3 (50 %) наблюдениях отмечались локализация гнойный очага в IV сегменте печени.

При клинико-лабораторная исследования крови выявили относительные высокий уровень показателей интоксикации у больных с нагноением остаточный полостей печени и острым абсцессом печени чем у больных эхинококкозом печени.

В день поступления все показателей интоксикации были значительно отклонено от нормы. В процессе предоперационная подготовке включённые инфузионно-детоксикационная, антибактериальная, общей укрепляющая терапия к 3-й суткам лечения что в основном совпадает в день операции все показателей были ближе к норме, на что было направлена цель предоперационный подготовке для улучшения исходов хирургического лечения. В послеоперационном периоде все эти показателей интоксикации кроме СОЭ крови к 7-й суткам нормализовались. Все эти больные к 7-8 суткам выписано в амбулаторные наблюдения с дренажными трубками в остаточные полости. К 10-13 суткам все дренажи после контрольной УЗИ исследования остаточной полости удалены в амбулаторных условиях. При этом учитывали размер и содержания полости печени. Дренажи удалены при размере менее 30 мм без содержания жидкости.

Следует отметить средней продолжительности, выполненных операции у контрольный I группы, составила 70+8,5 мин. Как было выше отмечена из 26 оперированных больных у 1 (1,16%) больного отмечались послеоперационная нагноения раны, которого после проведенной соответствующего лечения рана зажила вторичном натяжением. У этих больных интраоперационный осложнения и послеоперационной грыжи не наблюдались.

Таким образом, проведенные нами исследования I контрольный группы показали, что у больных полостными образованиями печени с несложными анатомическими расположениями при применения традиционной метод лечения с использованием операции верхно-срединном доступом не составляет большой технический трудности и большинство случаев благополучным исходом.

Всем 11 обследованных пациентов II группы с сложными анатомическими расположениями полостного образования печени очаг поражения локализовались в области заднего коската диафрагмы, VII-VIII сегментах печени. Из них у 8 (72,3%) больные были с гидатидозом эхинококкозом печени, 3 (27,3%) больные были с гнойными очагами печени. (2 больные были с нагноением остаточный полости, 1 с абсцессом печени).

Всем больным II группы оперативная вмешательства выполнялись верхнесрединном лапаротомном доступом. Из-за технических трудности доступа к очагу поражения всем больным вынуждены расширили лапаротомный раны к ниже пупку до 10 см.

Известно, что современные адекватные хирургические методы лечения эхинококкоза печени требует полноты удаления оболочек паразита и герметизации остаточной полости. Лечение гнойного очага печени (нагноения остаточный полостей, абсцессе печени) требует дренирования, опорожнения гнойного очага и санация полости с антисептическими растворами интeроперационном и после операционном периоде, что и нами сделаны при лечении данных категория больных.

При хирургический лечения больных с эхинококкозом печени с сложными анатомическими расположении к VII-VIII сегментах печени выполнена широкий верхнесрединная доступ обходя пупка слева расширили до 10 см ниже пупка. Для

мобилизации печени необходимо было пересечения связок соответствующей доли и проводились тщательно отграничить операционное поле.

Практически у всех 8 больных с эхинококкозом VII-VIII сегментах печени операция выполнялись с большими техническими трудностями. Для этого требовались привести тела больного особого положения в полебакового положения приподнятым поясничным области. Часто приходилось вынужденный изменить положения больного во время операции с подкладыванием дополнительного валики под поясничной области. У тучных больных отмечались ещё более технические трудности как при мобилизации печени, так и при выполнении основной этапы операции. Для максимального мобилизации печени область заднего коската VI-VII сегмента печени тампонируют с пленочным материалом. Большой трудности отмечались при вскрытии эхинококковой полостей особенно после опорожнения эхинококковой жидкости и удаления хитиновой оболочки санация и ревизия остаточной полостей имели большие технические трудности. При этом главной оперирующей хирурга необходимо было выполнять основной этап операции в оставшейся небольшой пространства между руками ассистента, который держит поверхность печени для максимального иммобилизации и стенки брюшной полости. Или первом оперирующей хирурга во время выполнения основного этапа операции часто приходилось вынужденно держат с одной левой рукой мобилизуя печень, с одной правой рукой выполняют основной этап операции. Все вышесказанное изложенные технические сложности операции безусловно повышает большого риска ятрогенных повреждений внутренних органов во время операции. Что и было причиной у двух больных ятрогенная повреждения печени во время операции: отмечались разрыв капсулы печени размером до 3 см, при мобилизации из рук ассистента.

У трех случаях для достижения качественной операции вынужденно выполнялись пересечением в поперечном направлении мышц передней брюшной стенки на уровне пупка вправо.

Основной этап оперативного вмешательства включали себя: после удаления хитиновой оболочки и обработки остаточных полостей антигельминтными препаратами операция завершалась оставлением дренажной трубки в полость (полузакрытым способом).

К 15-16 суткам все дренажи после контрольной УЗИ исследования остаточной полости удалены в амбулаторных условиях. При этом здесь также учитывали размер и содержания полости печени. Дренажные удалены при размере менее 30 мм без содержания жидкости.

Из 3-х больных с гнойными очагами печени с сложными анатомическими расположениями II контрольной группы у 2 пациента гнойный очаг локализовались в VII сегмент печени, у 1 больного выявлена локализация гнойного очага к VIII сегменту печени. От анамнеза 2 пациента перенесли эхинококкэктомия печени в течение последних трех лет. По выписки протокола, перенесённой операции, локализация гнойного очага соответствовала в проекции перенесённого эхинококкэктомии. При УЗИ исследовании и МСКТ печени выявлена полостная образования в печени размерами до 8 см внутрипечёночным расположениям. Стенки полости имели плотный толстый капсуле, напоминающей фиброзной капсуле печени. Содержания полости имели мутный густой консистенции. Из 3-х больных с гнойными очагами с

сложными анатомическими расположениями печени у 1-го больного выявлена острый абсцесс печени которым при УЗИ и МСКТ исследования выявлена полостная образования в области VII – VIII сегментах поддиафрагмальным расположениям печени. Полостная образования содержала мутная, густая жидкость, стенки полости имела тонкая пиогенная капсула. Вокруг очага поражения тканей печени имели плотный инфильтративный участки от 3 до 5 см, интенсивность который от гнойного очага к периферии постепенно снизилось.



Рис. 1. Подпеченочный абсцесс.

При клинико-лабораторная исследования крови выявили относительные высокий уровень показателей интоксикации у больных с нагноением остаточный полостей печени и острым абсцессом печени чем у больных эхинококкозом печени.

В день поступления все показателей интоксикации у больных с гнойными очагами печени были значительно отклонено от нормы. В процессе предоперационная подготовке включённые инфузионно-детоксикационная, антибактериальная и общей укрепляющая терапия к 3-й суткам лечения эти показатели относительно снизились.

Следует отметить все этим больным также выполнялись операция по широкому верхно-срединно-срединно-нижнему доступу от мечевидного отростка грудины до ниже пупка 10 см.

Практически у всех 3 больных с гнойными полостными очагами VII-VIII сегментах печени так же операция выполнялись с большими техническими трудностями. Причина которых также как при выполнении операции больных эхинококкозом печени с сложными расположениями VII-VIII сегментах. Отсутствия фиброзный капсуле и наличия перефакальная воспаления тканей печени с плотный инфильтрации у больных острым абсцессом печени ещё затрудняли выполнения оптимальный операции. Этим больным во время операции практически невозможно было фиксировать к держалке стенки полостного образования. Так как отмечались инфильтрированный, легко кровотечающей и напоминающей как бы варенный ткани печени вокруг полостного образования. Все три операции с гнойным очагом печени с сложными анатомическими расположениями выполнялись с большими техническими трудностями. Цель операции было дренирования, опорожнения полости от гнойного содержания и санация полости печени. После дренирования гнойного очага с использованиями силиконовой дренажа, дренажная трубка фиксирован кетгутовыми швами на капсуле печени и через контуропертуры выведены наружу и фиксирована на кожу шелковыми швами.

У 1-го пациента с острым абсцессом печени ранним послеоперационном периоде из дренажной трубки выделялись кровянистый содержания в объёме до 10 мл за сутки. После внутривенного ведения 100 мл аминокaproновой кислоты два раза сутки и этамзилата 1,0 два раза внутримышечно выведении крови из дренажа остановлено.

Всем больным с гнойными очагами печени во время операции при добыче гноя из полости взята анализ на качественный и количественный анализ бактериологического

исследования. После определения чувствительности микрофлоры к антибиотикам антибиотикотерапия проводилась с учётом чувствительности микрофлоры. Антибиотикотерапия проводилась общей и местной. Для местного применения через дренажные трубки антибиотик введён в полость абсцесса и с экспозицией 30 мин. Эмпирическая антибиотикотерапия проводилась с применением препарата Цефалеперазон так как по нашим собственным данным микрофлора нашего региона большинства микрофлоры проявляет чувствительность к этому препарату [14].

Из трёх больных с гнойными очагами печени у двоих из гнойного очага выделена *St. Aureus*. у одного обнаружена *Proteus*. Все они были чувствительны к Цефалеперазону.

В послеоперационном периоде через дренажную трубку проводилась ежедневная санация полости печени с последующим введением антибиотиков с учётом чувствительности микрофлоры.

При клинико-лабораторных исследованиях крови обследованных больных выявили незначительные отклонения уровня показателей интоксикации с значительными отклонениями показателя эозинофила крови Табл. №

Таблица № 2

Динамика показателей интоксикации больных контрольной группы с эхинококкозом печени сложными анатомическими расположениями в области заднего коската VII-VIII сегментах (n=11)

№	Показатель	Норма	Сутки		
			1-день	3-день	7-день
1.	Температура тела	36,6	36,9+0,4	36,8+0,3	36,6+0,2
2.	Лейкоциты крови	4-9	9,8+0,6	9,5+0,4	8,2+0,2
3.	Эозинофил	1-5%	8,4% + 1,2	8,2% + 1,1	4,6% + 0,6
4.	ЛИИ	1,2	1,5 + 0,2	1,1 + 0,1	1,0 + 0,2
5	МСМ	0,120	0,166 + 0,017	0,138 + 0,014	0,108+0,011
6	СОЭ	1-10 мм/ч	18+1,8	14,8 + 1,2	11,2 + 1,1

Как видно из таблицы № 2 в день поступления все показатели интоксикации кроме эозинофилов были незначительно отклонены от нормы. В послеоперационные периоды все эти показатели интоксикации крови к 7-й суткам нормализовались. Средняя продолжительность лечения данной категории больных составила 11+1,4 дней.

Анализ послеоперационных осложнений выявил следующее:

При хирургическом лечении больных с полостными образованиями печени при сложных поддиафрагмальных расположениях нагноение операционной раны

наблюдались 27,2 %, послеоперационная грыжи 18,1 %, ятрогенная повреждения печени 18,1 %, кровотечения из полости печени в раннем послеоперационном периоде 9 % пациентам наблюдались.

При этом средней длительность операции продолжались 150+9,4 мин.

Сравнительный анализ послеоперационных осложнений, средней койка дня и длительности операция больных I - II группы выявили следующей интересней моменты.

Таблица №

Частота послеоперационных осложнений, средней койка дня и длительности операция больных I - II группы

Группы	Общ ей числ о боль ных	Нагноение операцион ной раны		Послеопер ационный грыжи		Ятрогенна я поврежде ния печены		Кровоте чения из полости		Сред. длит. опер	Средн ей койка дня
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%		
I группа	26	1	3,8	-	-	-	-	-	-	70+8,5	7+1,2
II группа	11	2	18,1	1	9,0	1	9,0	1	9,0	150+9,4	11+1,4

Из этих осложнений у I группы больных которых были полостная образования I, II, III, IV сегментах печени без сложными анатомическими расположениями (основном подкапсулярная, поверхностная расположения) нагноения раны наблюдались лишь 3,8 % больных. Послеоперационная осложнения таких как послеоперационная грыжи, ятрогенная повреждения печени, кровотечения из полости у I группы больных не наблюдались. В отличие их у больных II группы с сложными анатомическими расположениями полостных образованиями печени, нагноение операционной раны наблюдались 18,1 %, послеоперационный грыжи 9,0 %, ятрогенная повреждения печени 9,0 %, у 9,0 % пациентам наблюдались кровотечения из полости печени в раннем послеоперационном периоде. Если средней длительности операции I группы составило в среднем 70+8,5 мин., у больных II контрольный группы длительность операции продолжались 150+9,4 мин.

Таким образом нами проведенная анализ результатов исследования больных II группы выявили что хирургическая лечения больных сложными расположениями полостных образованиями печени имеет свои особенности который выражается в главном образе в технический трудности выполнения хирургический операции. Что свои очередь отрицательно влияет к длительности и исход хирургического лечения, которая выражается к увеличению время длительности операции до 150+9,4 мин, ятрогенная повреждения печени до 9,0 %, развития послеоперационная осложнения в виде нагноения послеоперационных ран до 9,0%, появления послеоперационный вентральный грыжи до 9,0%, ранняя послеоперационная кровотечения из полостей печени 9,0%.

Выводы:



1. Выполнения хирургической операции традиционным методом, больных сложными анатомическими расположениями полостными образованиями печени в VII и VIII сегментах имеет свои технические трудности что свои очередь влияет к длительности операции и способствует развитие послеоперационная осложнения таких как нагноения раны и послеоперационный грыжи передней брюшной стенки, ятрогенный разрыв печени.

Хирургические лечения полостных образования печени при сложных анатомических расположениях печени в области заднего каската диафрагмы VII VIII сегментах требует новых более эффективных малотравматичных хирургический тактики

Литературы:

- 1.Ш.М.Хамроев, Х.К. Турдиев, Б.Б. Сафоев, Ш.Ш. Ярикулов. (2022). Рентгенологические Особенности Больных С Тяжелым Составом COVID - 19 В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ. Всемирный бюллетень общественного здравоохранения, 17, 101-104. Получено с <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/view/1835>.
- 2.Р.Р.Арашов, & Ш.Ш.Ярикулов. (2023). усовершенствованный хирургического лечения больных с полостных образований печени. Ustozlar Uchun, 19 (1), 257–263. Retrieved from <http://www.pedagoglar.uz/index.php/01/article/view/5314>
- 3.Kh. K. Turdiev, Sh. M. Khamroev, Sh. Sh. Yarikulov. (2022). FEATURES OF X-RAY DIAGNOSTICS OF PATIENTS WITH MODERATE COVID-19. Open Access Repository, 8(12), 441–446. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/4M8J3>
- 4.Kh. K. Turdiev, Sh. Sh. Yarikulov, F. T. Norov, & B. B. Ubaydullaev. (2022). FEATURES OF THE COURSE OF CLINICAL AND LABORATORY INDICATORS IN PATIENTS WITH AN INTERMEDIATE DEGREE OF COVID-19. European Scholar Journal, 3(12), 64-67. Retrieved from <https://www.scholarzest.com/index.php/esj/article/view/3058>
- 5.R. R. Arashov, B. B. Safoev, Sh. Sh. Yarikulov, ANALYSIS OF THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH LIVER CAVITIES WITH SIMPLE AND COMPLEX INTRAHEPATIC ARRANGEMENTS IN A COMPARATIVE ASPECT //New Day in Medicine 12(50)2022 25-33 <https://clck.ru/3354PU>
- 6.Sh. Sh. Yarikulov, A. I. Radjabov – MODERN VIEW ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN PERSONS OVER 60 YEARS OF AGE //New Day in Medicine 2023 6(56): 64-72 <https://newdaymedicine.com/index.php/2023/06/09/l-95/>
- 7.B. B. Safoev, H. K. Turdiev, B. B. Ubaidulloev, Sh. Sh. Yarikulov. (2022). FEATURES OF CLINICAL AND LABORATORY INDICATORS OF PATIENTS WITH PLEURAL EMPYEMA AGAINST THE BACKGROUND OF COMPLEX TREATMENT. Open Access Repository, 8(11), 173–178. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/HRF7A>
- 8.Safoev B. B., Turdiev H. K., Yarikulov Sh. Sh., & Ubaidullaev B. B. (2022). RESEARCH METHODS FOR DIAGNOSING COVID - 19 ON THE BACKGROUND OF PNEUMONIA AND. World Bulletin of Public Health, 16, 81-86. Retrieved from <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/view/1663>
- 9.B. B. Safoev, & H. K. Turdiev. (2022). CLINICAL AND LABORATORY RESULTS OF PATIENTS WITH LUNG ABSCESS ON THE BACKGROUND OF CONSERVATIVE TREATMENT. European Scholar Journal, 3(11), 30-34. Retrieved from <https://www.scholarzest.com/index.php/esj/article/view/2920>

- 10.R.R.Arashov, & Sh.Sh.Yarikulov. (2022). COMPARATIVE EVALUATION OF THE OUTCOME OF TREATMENT OF PATIENTS WITH CAVITY LIVER FORMATION WITH A SIMPLE AND COMPLEX SUBDIAGHRAGMAL POSITION. World Bulletin of Public Health, 13, 55-62. Retrieved from <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/view/1240>
- 11.Radjabov Vohit Bafoyeovich, & Yarikulov Shukhrat Shokirovich. (2022). MODERN APPROACHES TO ABDOMINAL DRAINAGE IN DIFFUSE PERITONITIS. World Bulletin of Public Health, 13, 50-54. Retrieved from <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/view/1239>
- 12.Radjabov Vohit Bafoyeovich, & Yarikulov Shukhrat Shokirovich. (2022). MODERN APPROACHES TO ABDOMINAL DRAINAGE IN DIFFUSE PERITONITIS. World Bulletin of Public Health, 13, 50-54. Retrieved from <https://scholarexpress.net/index.php/wbph/article/view/1239>
- 13.Р. Р.Арашов, & Ш. Ш. Ярикулов. (2022). ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОЛОСТНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНЫ ПРИ СЛОЖНЫХ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫХ РАСПОЛОЖЕНИЯХ. European Journal of Interdisciplinary Research and Development, 6, 30-38. Retrieved from <http://www.ejird.journalspark.org/index.php/ejird/article/view/108>
- 14.Шаропова М. С., Сафоев Б. Б., & Ярикулов Ш. Ш. (2022). ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН В СОЧЕТАННОМ ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ДИФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА. Европейский журнал междисциплинарных исследований и разработок, 6, 17-29. Получено с <http://ejird.journalspark.org/index.php/ejird/article/view/107>.
- 15.R. R. Arashov, Sh. Sh. Yarikulov, & B. B. Safoev. (2022). TREATMENT OF PATIENTS WITH CAVITY LIVER FORMATION WITH A SIMPLE AND COMPLEX SUBDIAGHRAGMAL POSITION. Galaxy International Interdisciplinary Research Journal, 10(8), 65-74. Retrieved from <https://www.giirj.com/index.php/giirj/article/view/2616>
- 16.Сафоев Бакодир Барноевич, Ярикулов Шухрат Шокирович. Подавление резистентности микрофлоры под воздействием раствора диметилсульфоксида при лечении гнойно-хирургических заболеваний мягких тканей. Биология ва тиббиёт муаммолари 2021, №2 (127) 125
- 17.ББ Сафоев, ШШ Ярикулов, РР Арашев. Методы улучшения местного лечения гнойных ран с применением ультрафиолетового облучения в комбинации с многокомпонентными мазями на водорастворимой основе. Innovation in the modern education system: a collection scientific works of the International scientific conference//25th April 2021. P. 558-565
- 18.Барноевич, Сафоев Б. и Ярикулов Шухрат Шокирович. «Влияние различных доз ультрафиолетовых лучей на устойчивость патогенных микроорганизмов в эксперименте (in vitro)». Журнал NX, том. 7, нет. 06, 2021, стр. 285-290, doi: 10.17605/OSF.IO/JVGPX.
- 19.ББ Сафоев, ШШ Ярикулов, НР Каршиев. Application of physical and chemical methods in treatment of purulent diseases of soft tissue Proceedings of Ingenious Global Thoughts An International Multidisciplinary Scientific Conference Hosted from San Jose California November 29th, 2020.
- 20.Б.Б. Сафоев, Ш.Ш. Ярикулов, Н.Р. Каршиев. (2020). ПРИМЕНЕНИЕ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ.

Архив конференций , 9 (1), 55-56. Получено с
<https://www.conferencepublication.com/index.php/aoc/article/view/316>.

21.Ш.Ш Ярикулов. Влияние различных концентраций раствора диметилсульфоксида на чувствительности к антибиотикам патогенных микроорганизмов в эксперименте. Тиббиётда янги кун. № 4-33-2020.-С. 153-155. Бухоро-2020

22.ББ Сафоев, ШШ Ярикулов, ТЭ Икромов. Влияние различных доз ультрафиолетовый лучей на резистентности патогенные микроорганизмы в эксперименте (in vitro) - Тиббиётда янги кун-Бухоро, 2020 №. 4 С. 33.

23.ШШ Ярикулов, АК Хасанов, ИШ Мухаммадиев. Пути снижения резистентности микрофлоры к антибиотикам при лечения гнойных ран - Тиббиётда янги кун-Бухоро, 2020. (3) №. 31 с. 156-160.

24.АК Хасанов, ШШ Ярикулов, ШГ Мирсолиев. Современное состояние проблемы этиопатогенеза и лечения больных гнойными заболеваниями легкого - Новый день в медицине, 2020 (3) №. 31 с. 149.

25.SB Barnoyevich, YS Shokirovich, BT Shavkatovich. Influence Of Different Concentrations Of Dimethylsulfoxide Solution On Antibiotic Sensitivity Of Pathogenic Microorganisms In Experiment (In Vitro) - European Journal of Molecular & Clinical Medicine, 2020. (7) №. 03 с. 5194-5198.

26.SH., Safoev BB, Borisov IB, Yarikulov Sh. Sh., Khasanov AA, Rahmatov Sh. Sh., Rajabov VB Effectiveness of the application of the physical method on a wound by plasma flow of argon in the complex treatment of patients with purious diseases of soft tissues. Asian Journal of Multidimensional Research, 2019.

27.Сафоев Б.Б., Курбонов О.М., Хасанов А.К., Ярикулов Ш.Ш. Роль бронхоскопии в лечении осложненных эндобронхиальных лигатурных свищей после эхинококкэктомии легкого. новый день в медицине. № 3 (27) 2019 С. 239-241.

28.АК Хасанов, ШШ Ярикулов, ИШ Мухаммадиев. Проблема острого абсцесса легкого: этиопатогенез, диагностика и лечение на современном этапе. Новый день в медицине, 2019. № 4 С. 341-347.

29.Boltaev T. Sh., Safoev B.B., Borisov I.B., Yarikulov Sh. Sh., Khasanov A.A, Rahmatov Sh. Sh., Rajabov V.B Effectiveness of the application of the physical method on a wound by plasma flow of argon in the complex treatment of patients with purious diseases of soft tissues. Asian Journal of Multidimensional Research (AJMR) Year : 2019, Volume : 8, Issue : 12 First page : (161) Last page : (167) Online ISSN : 2278-4853. Article DOI : 10.5958/2278-4853.2019.00339.2

30.Закиров Т., Шаропова, М., & Ярикулов, Ш. (2018). Сбалансированная регионарная анестезия на основе продленной проводниковой блокады плечевого сплетения у детей. Журнал проблемы биологии и медицины, (3 (102), 18-22. извлечено от https://inlibrary.uz/index.php/problems_biology/article/view/2552

31.НУ Нарзуллаев, ШШ Ярикулов, МС Шаропова. Эффективность препарата ФарГАЛС в комплексном лечении ВИЧ-инфицированных детей с острыми гнойными синуситами Вестник Совета молодых учёных и специалистов, 2017 1 (16) с. 15-17.

32.АА Асроров, ШШ Ярикулов, МР Турдиев. Особенности встречаемости и повышение эффективности лечения семейного хронического тонзиллита у детей - Вестник Совета молодых учёных и специалистов ..., 2017