

UDK: 616.34–007.272–089: 616.366-003.7-06

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ  
АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)***Махманазаров О.М.*<https://rcid.org/0009-0003-9231-7186>*Бухарский государственный медицинский институт  
имени Абу Али ибн Сино*

**Резюме:** Использование лапароскопического метода в экстренной абдоминальной хирургии способствует улучшению качества диагностики и лечения по сравнению с открытыми методами и в большинстве случаев становится операцией выбора при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Однако в настоящее время имеют место неоднозначные мнения о показаниях и противопоказаниях к лапароскопии при острых заболеваниях органов брюшной полости. Это обстоятельство требует разработки четких рекомендаций по использованию лапароскопических технологий в неотложной хирургии. Таким образом, стандартизация использования диагностической и лечебной лапароскопии становится одной из приоритетных задач современной хирургии

**Ключевые слова:** Острый живот, Диагностическая лапароскопия.

LAPAROSCOPY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF EMERGENCY  
DISEASES OF THE ABDOMINAL ORGANS (Literature review).

**Makhmanazarov O.M.** <https://rcid.org/0009-0003-9231-7186>

*Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sino.*

**Summary:** The use of the laparoscopic method in emergency abdominal surgery improves the quality of diagnosis and treatment compared to open methods and in most cases becomes the operation of choice for acute surgical diseases of the abdominal organs. However, at present, there are controversial opinions about the indications and contraindications for laparoscopy for acute diseases of the abdominal organs. This circumstance requires the development of clear recommendations for the use of laparoscopic technologies in emergency surgery. Thus, standardization of the use of diagnostic and therapeutic laparoscopy becomes one of the priorities of modern surgery

**Key words:** Acute abdomen, Diagnostic laparoscopy.

**Актуальность:** Определена и предложена тактика лечения больных острой хирургической патологии органов брюшной полости, в зависимости от степени

тяжести больного, обусловленной выраженностью как основной, так и сопутствующей патологии. У больных острым холециститом, с высокой степенью операционно-анестезиологического риска рассмотрены и изучены результаты этапного лечения. Изучены ближайшие и отдаленные результаты широкого внедрения в повседневную практику лапароскопических технологий, у больных с острой хирургической патологии органов брюшной полости. Разработаны основные принципы и алгоритмы лапароскопической хирургии, что значительно улучшило результаты лечения больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости с сопутствующей патологией. Продемонстрирована безопасность выполнения лапароскопических операций при распространенных видах экстренной абдоминальной патологии. Разработаны рекомендации по тактике и технике применения лапароскопических операций при неотложной патологии органов брюшной полости. В работе представлены конкретные возможности оперативной лапароскопии в диагностике и лечении различных заболеваний и повреждений органов брюшной полости. Определены показания к проведению лапароскопической холецистостомии и холецистэктомии у больных с симптоматическим холелитиазом, лечения осложненной дуоденальной язвы, острого аппендицита. В диссертации показано, что хирургическая лапароскопия является принципиально новым и чрезвычайно перспективным разделом клинической хирургии, способствующим улучшению результатов лечения больных с патологией органов брюшной, уменьшению числа осложнений, снижению летальности.

В развитии медицины отмечается важная тенденция к уменьшению травматичности различных методов диагностики и лечения многих заболеваний. Требованиями сегодняшнего дня в хирургии являются не только выполнение высокотехнологичных операций, но и достижение высокого уровня реабилитации после этих вмешательств. Несмотря на наличие современной клинико-лабораторной, рентгенологической, КТ, СКТ, МРТ и УЗ-диагностики, вопросы дифференциальной диагностики острых хирургических заболеваний остаются сложными. Это очевидно при стертой абдоминальной симптоматике или резко выраженной полярности симптомов заболевания. Улучшение диагностики и лечения стало возможным благодаря стремительному развитию лапароскопических технологий, которые ещё в шестидесятих годах XX века находились под строгим запретом «при остром животе» [11, 26, 28, 29]. Широкое применение лапароскопии при основных ургентных заболеваниях органов брюшной полости позволяет в предельно сжатые сроки и с высокой степенью достоверности поставить правильный диагноз, наметить тактику лечебных мероприятий, снизить процент необоснованных лапаротомий, исключить возможность послеоперационных раневых осложнений и грыж [27,49,56].

Лапароскопия в настоящее время является методом выбора для лечения разнообразной хирургической патологии, так как способствует меньшей травматизации и сокращению сроков реабилитации, быстрому восстановлению трудоспособности. Совершенствование лапароскопической техники способствует расширению показаний для выбора именно этого хирургического доступа. Диагностическая лапароскопия широко применяется для дифференциальной диагностики острой хирургической патологии [4,37,38, 45, 77].

На сегодняшний день лапароскопическую технику используют при остром аппендиците, прободных язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, остром холецистите, ущемленных грыжах передней брюшной стенки, остром панкреатите, кишечной непроходимости, острых гинекологических заболеваниях, а также у пострадавших с абдоминальной травмой [6,8,9,12,13,16,17,23,31.32, 41, 43]. В отличие от лапароскопической холецистэктомии, аппендэктомия с использованием лапароскопической техники все же не стала «золотым стандартом» в лечении острого аппендицита. Основной причиной этого, по-видимому, являются сохраняющиеся на протяжении многих лет разногласия как в определении показаний и противопоказаний к этой операции, так и во взглядах относительно всех этапов выполнения лапароскопической аппендэктомии (ЛАЭ) [15,29,33,47]. При перфоративной дуоденальной язве часто используемой операцией является ушивание. Операция сама по себе не носит патогенетический характер и дает частые рецидивы. Достижения современной фармакотерапии язвенной болезни позволяют по-новому взглянуть на данный способ операции, особенно в лапароскопическом варианте [34,50.54,61,69].

Использование лапароскопического метода в экстренной абдоминальной хирургии способствует улучшению качества диагностики и лечения, уменьшению количества послеоперационных осложнений и летальности, а также сокращению сроков лечения больных. Несмотря на широкий арсенал неинвазивных методов исследований диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в некоторых случаях представляет большую сложность [42,57,58,60]. В этой ситуации использование лапароскопии позволяет своевременно установить диагноз и определить хирургическую тактику [62,64,67]. Особая ценность метода заключается в возможности перехода от диагностических манипуляций к лечебным. Выполнение хирургических вмешательств из лапароскопического доступа позволяет достичь ряд важных преимуществ, по сравнению с традиционным - лапаротомным. Среди наиболее значимых необходимо отметить: малую травматичность, прецизионность выделения анатомических структур, качественный визуальный контроль всех этапов операции, уменьшение послеоперационной боли и пареза кишечника. Кроме того, немаловажным

является уменьшение количества раневых послеоперационных осложнений и частоты развития спаечной болезни брюшины, сокращение сроков пребывания в стационаре, а также хороший косметический результат [10,11,30,70,72,74].

Лапароскопическая хирургия берет свое начало от эндоскопии — способа осмотра полостей человеческого тела, основоположником которой считают персидского врача Авиценну (Ибн Сину). Им были созданы первые инструменты для ректоскопии и осмотра полости матки [19]. В 1806 г. итальянский ученый РН. Bozzini для исследования просвета прямой кишки, полости матки и мочевого пузыря впервые применил эндоскоп в качестве источника света, в котором использовалась свеча [20], а почти через 50 лет в Париже А. Desormeaux представил свою модель эндоскопа, где источником света была газовая лампа, а свет при этом отражался при помощи серебряного зеркала. Эндоскопическое освещение оставалось существенной проблемой до тех пор, пока в 1880 г. Томас Эдисон не изобрел лампу накаливания. Это открытие помогло Max Nitze и Leiter усовершенствовать цистоскоп и использовать лампочку в качестве источника света. Впоследствии Brenner сконструировал цистоскоп с дополнительным каналом, через который можно было вводить жидкость и даже устанавливать уретральный катетер. И, наконец, в 1889 г. Boisseau de Rocher разделил в цистоскопе оптическую часть и источник освещения. С этого периода начинается активное внедрение и использование эндоскопии как диагностического метода, и появились основы для развития лечебной эндоскопии [57]. В 1901 году G. Kelling (Германия) в эксперименте на собаках впервые исследовал с помощью цистоскопа брюшную полость, после предварительной инсуффляции воздуха.

Основоположником лапароскопической хирургии в России является русский врач-гинеколог из Петрограда, профессор Дмитрий Оскарович Отт, выполнивший в 1901 г. первую в мире вентроскопию. Его ученики — Г.Н. Сержников и В.П. Якобсон — в 1907 г. применили вентроскопию для диагностики внематочной беременности и генитального туберкулеза [58].

В 1910 г. шведский хирург Ганс Христиан Якобеус (H. S. Jakobaeus) начал выполнять лапароскопию у людей с целью диагностики интраабдоминального сифилиса, туберкулеза, цирроза печени, злокачественных опухолей. Именно Г. Якобеус ввел понятие "лапароскопия". Хирург впервые во время торакоскопии произвел успешное рассечение спаек [7]. В 1920 г. врач из Чикаго Оксдорфф (Oxdorff) изобрел и внедрил в практику троакар для введения лапароскопических инструментов с автоматическим клапаном, предотвращающим потери газа. Важным этапом последующего развития лапароскопической хирургии стало изобретение в 1918 г. немецким хирургом О. Гетце (O. Goetze) автоматической иглы для выполнения пневмоперитонеума. В 1924 г. Richard Zollikofer из Швейцарии предложил использовать для создания пневмоперитонеума

углекислый газ, так как он исключает возможность внутрибрюшных взрывов в отличие от азота и воздуха и быстро адсорбируется брюшиной.

Значительный этап в развитии лапароскопии связан с открытиями и достижениями немецкого гастроэнтеролога Heinz Kalk, основателя немецкой лапароскопической школы. В 1928 г. Kalk разработал методику лапароскопической пункционной биопсии печени, а к 1929 г. — сконструировал лапароскоп со специальной осветительной системой и углом обзора 135°, троакар с рабочим каналом для инструмента. Это изобретение позволило ускорить развитие лечебной лапароскопии [8]. В период с 1923 по 1962 г. Н. Kalk и его ученики разработали и модифицировали оборудование, методику исследования, основы которых используются в настоящее время. Первые лапароскопические манипуляции в большинстве своем проводились без предварительного создания «воздушной подушки». Поэтому повреждения кишечника и крупных сосудов были основной проблемой до появления безопасной иглы и шприца для подачи газа.

Начало лечебной лапароскопии связано с именем С. Ферверса (С. Fervers), который в 1933 г. выполнил рассечение спаек с помощью электрокоагуляции; в то время уже широко применяли электрохирургический нож и каутеризирующий инструмент, предложенные в 1926 г. американским врачом У. Бови (Bovi). Рассечение спаек в брюшной полости при помощи уретрального цистоскопа впервые выполнил С. Fervers в 1933 г. Он описал редкое осложнение — взрыв газа в брюшной полости в момент каутеризации спаек [10]. В 1936 г. швейцарский акушер-гинеколог П. Е. Бош (P. Boesch) выполнил первую в истории лапароскопическую стерилизацию женщины. В 1938 г. венгерский хирург Janos Veress создал вариант иглы с пружиной, почти без изменений дошедший до наших дней. Игла Veress была изначально разработана для создания пневмоторакса. В последующем ее стали использовать и для инсуффляции газа в брюшную полость, что позволило снизить количество повреждений кишечника и крупных сосудов [9]. Одной из ключевых проблем в развитии лапароскопии являлось отсутствие надежных и эффективных методов остановки кровотечения. В 1941 г. F.H. Power и A.C. Barnes [11] внедрили высокочастотный электрический ток для гемостаза и это было мощным толчком в развитии оперативной лапароскопии дало внедрение электрокоагуляционной техники: монополярной (Powers и Barnes, 1941) и биполярной (Rioux и Clouter, 1974) коагуляции [11]. Важными событиями в истории лапароскопии явились применение (Н. Kalk, W.Y. Lee, Royer, F.J. Rosenbaum) лапароскопических холецистохолангиографии и холангиографии [4, 11]. Впервые пункцию желчного пузыря через его стенку в области дна предложил W.Y.Lee в 1942 г. В дальнейшем этот метод использовался многими авторами, но сопровождался значительным числом осложнений, обусловленных подтеканием



желчи через пункционное отверстие. В 1955 г. F.J. Rosenbaum начал выполнять пункцию желчного пузыря под контролем лапароскопа через паренхиму печени, что позволило резко снизить число осложнений. Однако вышеуказанные авторы использовали пункцию желчного пузыря только с диагностической целью, заполняя его контрастными веществами [5]. В период с 1930 по 1970 гг. дальнейшее развитие диагностической и оперативной лапароскопии связано с такими учеными как: А.М. Аминев, У.А.Арипов. В.В. Вахидов. Г.А.Орлов, А.С. Логинов, Г.И. Лукомской, Ю.В. Березов. Дальнейшее развитие лапароскопии неуклонно было связано с совершенствованием лапароскопической аппаратуры. В 1954 году английский физик-оптик Hopkins разработал устройство, способное передавать изображение по гибкому стекловолокну. Фирма Karl Storz в 1964 году создает первый экстракорпоральный источник света с передачей светового потока к лапароскопу при помощи фиброволоконной оптики.

Лапароскопия до 60-х годов использовалась как диагностический метод и лишь в 60-70-е годы лапароскопия стала широко применяться в хирургии. Динамическая лапароскопия, лапароскопическое дренирование брюшной полости, различные виды органостомий (холецисто-, гастро-, колоностомия и др.) стали широко применяться в клинической практике для лечения острых хирургических и гинекологических заболеваний, но особенно важное значение они приобрели в лечении острого холецистита и механической желтухи [18,21,36,39,46,77]. Наиболее частым показанием к лапароскопической холецистостомии является безуспешность консервативной терапии при остром обтурационном холецистите и механической желтухе у больных с высоким операционным риском. [3,63,65,71,75,78,80]. Противопоказанием к применению у этих больных лапароскопической холецистостомии служил перитонит. Использование лапароскопической санационной декомпрессии желчного пузыря в сочетании с консервативной терапией было эффективным у 80-95% больных, что позволило авторам снизить послеоперационную летальность у больных с повышенным операционным риском до 1,6-5%. Последующее развитие хирургической (лечебной) лапароскопии связано с именем выдающегося немецкого хирурга, гинеколога и инженера. из Киля К. (K. Semm). В созданной им школе была разработана техника большинства лапароскопических вмешательств на органах малого таза (адгезиолизис, неосальпингостомия, овариоэктомия, овариокистэктомия и др.), изобретено огромное количество лапароскопических инструментов и приборов, которые в настоящее время используются в лапароскопической хирургии [36]. Много новых инструментов (эндоскопические ножницы с электрокоагуляцией, эндоскопические иглодержатели, атравматические зажимы, морцеляторы тканей) созданы и апробированы в клинике К. Земма. В 1975 г. К. Земм издал "Атлас

гинекологической лапароскопии и гистероскопии", в 1983 г. впервые выполнил лапароскопическую аппендэктомию. Автор применил для визуализации органов и структур в полости малого таза лапароскоп с боковой оптикой, разработал устройство для ирригации и аспирации жидкости для поддержания чистоты операционного поля, предложил для перевязки сосудов и других структур использовать самозатяги-вающуюся петлю Редера, а также «проталкиватель» для опускания шовного узла в брюшную полость. К. Semm был разработчиком клип-аппликатора для наложения титановых клипс на сосуды, усовершенствовал методики завязывания интра- и экстракорпоральных узлов, разработал комплект иглодержателей. Большинство инструментов, которыми в настоящее время пользуются все лапароскопические хирурги (ножницы с крючком, микроножницы, конусовидные троакары, атравматические щипцы, вакуумный мобилизатор матки), были изобретены и опробованы им и его коллегами. Ученым был разработан пельвиотренажер для обучения хирургов методике оперативной лапароскопии. До 1988 г. в его клинике было выполнено свыше 14000 лапароскопических операций, причем частота хирургических осложнений не превышала 0,3 %. Своими достижениями К. Semm четко продемонстрировал, что лапароскопическая хирургия безопасна, малотравматична и экономически выгодна [14]. Фактически работами К. Semm была начата новая эра эндохирургии.

В 1971 г. Hasson, пытаясь обезопасить методику, разработал троакар с тупым стилетом, который вводится под контролем зрения непосредственно в брюшную полость через минилапаротомное отверстие. Он назвал свой метод открытой лапароскопией, и сегодня его часто называют техникой Hasson [3]. Многочисленные инструменты, а также методы операций, изобретенные и предложенные этим выдающимся ученым и изобретателем в 70-80 годы прошлого столетия, применяют и в наше время. Именно он создал и автоматический инсуфлятор, который позволяет автоматически корректировать внутрибрюшинное давление и скорость введения газа в брюшную полость. Для перевязки сосудов и других трубчатых структур он предложил использовать петлю Рейдера, сконструировал и внедрил в клиническую практику клипатор, с помощью которого накладывают титановые клипсы на сосуды, желчные протоки.

Достижения в лапароскопии привело к появлению абсолютно нового направления в хирургии — лапароскопической хирургии. Термин «лапароскопическая хирургия» впервые был предложен Cohen в 1970 г. Одними из ключевых моментов в становлении оперативной лапароскопии явилось разработка и внедрение в практику видеооборудования. Впервые телекамеру при выполнении лапароскопических операций использовал Yuzre в 1977 году, но в то время видеооборудование было слишком громоздким, что ограничивало его использование. Только в середине 80-х годов с развитием микропроцессорной

техники появились миниатюрные видеокамеры, которые открыли дорогу для видеолaparоскопической хирургии. История видеолaparоскопической хирургии начинается с конца 80-х годов, когда в клиническую практику была внедрена новая операция - лапароскопическая холецистэктомия. Первая в мире ЛХЭ была выполнена E. Muhe в 1985 году, при выполнении которой не использовалась видеотехника [17]. За два последующих года им было выполнено 92 ЛХЭ. Этому событию предшествовали ЛХЭ, которые выполнили на животных Frimbergerom, Filipi, Mall и Roosma.

Переворот в эндохирургии произошел в 1986 г., когда была изобретена цветная видеокамера с высоким разрешением. Изображение с окуляра лапароскопа стало возможно передавать на экран монитора, что послужило началом видеоэндоскопической хирургии. Это открытие позволило выполнять сложные операции с активным участием хирургов-ассистентов, принимать коллегиальные решения по ходу операции. Видео-система увеличивает изображение в несколько десятков раз с сохранением четкости и передачей цвета, что позволяет хирургу выполнять более точные действия и дает возможность документировать диагностические и лечебные процедуры, а также использовать материал для обучения молодых специалистов. Прогресс в технологии получения изображения стал решающим фактором в развитии эндохирургии, а очевидные преимущества оперативной лапароскопии и торакоскопии привели к тому, что хирурги все чаще стали применять этот метод в конце 80-х годов. К началу 90-х годов лапароскопическая техника стала конкурентной по отношению к традиционной (открытой) хирургии и активно внедрялась в различных направлениях медицины, а некоторые вмешательства даже приобрели статус «золотого стандарта». Развитию лапароскопической хирургии на желчных путях история обязана 2 хирургам — Erich Muhe и Philip Mouret. P. Mouret первым в мире в 1987 г. выполнил лапароскопическую холецистэктомию. Именно это событие впоследствии назвали «Второй французской революцией» [15]. В течение последующих двух лет ЛХЭ усилиями Mouret, Dubois, McKernan, Perrissat, Saye, Reddick, Olsen и др. широко распространяется в клиниках Европы и США [19, 20, 21]. Вслед за применением ЛХЭ при хроническом калькулёзном холецистите по мере накопления опыта она стала методом выбора и при осложненных формах желчнокаменной болезни, что побудило хирургов разработать и внедрить лапароскопические варианты традиционных методов диагностики и хирургических пособий: интраоперационная холангиография и холедохоскопия, литотрипсия, холедохолитотомия и даже наложение билиодигестивных анастомозов. С начала 90-х годов лапароскопическая хирургия начала отбирать у лапаротомной хирургии значительное количество классических вмешательств, в некоторых из них приобретая к настоящему времени статус



«золотого стандарта». Стали разрабатывать и внедряться в широкую клиническую практику лапароскопические операции на внепеченочных желчных протоках, пищеводе, толстой кишке, поджелудочной железе, селезенке, при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишке, грыжах передней брюшной стенке и пищеводного отверстия диафрагмы, рефлюкс-эзофагитах и других патологиях [22, 23, 24, 25, 26, 27].

По мере накопления опыта расширились показания лапароскопических оперативных вмешательств. Вслед за лапароскопической холецистэктомией в клинике были освоены лапароскопическая ваготомия при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, лапароскопические вмешательства при кистах печени и поджелудочной железы, остром панкреатите, лапароскопическая спленэктомия, видеоассистируемые операции на толстой и прямой кишке. [28,35,40,48,52,58, 63,65,71,75].

Однако в настоящее время имеют место неоднозначные мнения о показаниях и противопоказаниях к лапароскопии при острых заболеваниях органов брюшной полости. Это обстоятельство требует разработки четких рекомендаций по использованию лапароскопических технологий в неотложной хирургии. Таким образом, стандартизация использования диагностической и лечебной лапароскопии становится одной из приоритетных задач современной хирургии.

**В заключение:** На большом клиническом материале произведена оценка комплексного применения лапароскопической хирургии при неотложной патологии органов брюшной полости. Разработаны показания и противопоказания к лапароскопическим операциям в неотложной хирургии органов брюшной полости, и доказана целесообразность их применения. В результате проведенных исследований показано, что лапароскопия является одним из наиболее информативных методов исследования при заболеваниях органов брюшной полости, сочетающим диагностические и лечебные возможности. На большом клиническом материале показаны возможности оперативной лапароскопии в лечении больных с симптоматическим холелитиазом. Определены показания к проведению лапароскопической холецистостомии с контактной деструкцией камней желчного пузыря и лапароскопической холецистэктомии при остром и хроническом калькулезном холецистите, обоснованы преимущества этих методов перед традиционной холецистэктомией. Продемонстрированы возможности оперативной лапароскопии в лечении острого аппендицита, а также при некоторых вмешательствах на органах грудной полости. Определено место лапароскопии в современной клинической хирургии и перспективы метода в улучшении ближайших и отдаленных результатов лечения больных с различными заболеваниями и повреждениями органов брюшной полости. Предложенные

методики диагностической и оперативной лапароскопии являются новым направлением в решении многих коренных задач хирургии.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов Г.А. Экстренная лапароскопия в диагностике абдоминальных спаек как причины «острого живота» / Г.А. Баранов, А.И. Ковалев, М.Ю. Карбовский // 9-й мос. междунар. конгресс по эндоскопической хирургии: Тез. докл. - М. -2005. - С. 30-31;
2. Бебуришвили А.Г. Концептуальная оценка применения лапароскопических и минилапаротомных вмешательств в неотложной абдоминальной хирургии / А.Г.Бебуришвили [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2013. - № 1. - С. 53-57.
3. Бебуришвили А.Г. Лапароскопическая диагностика «трудных» случаев острого аппендицита / А.Г. Бебуришвили [и др.] // Эндоскоп. хир. - 2014. - №1. - С.70-71.
4. Бебуришвили А.Г. Пути повышения безопасности лапароскопических вмешательств у больных со спаечной кишечной непроходимостью / А.Г. Бебуришвили [и др.] // Эндоскоп. хир. - 2006. - № 2. - С. 16-17.
5. Бехтева М.Е. Хирургия единого лапароскопического доступа: история и современное состояние вопроса / М.Е. Бехтева, А.В. Баранов, Д.Н. Панченков // Эндоскоп. хир. - 2012. - № 6. - С. 26-31.
6. Борисов А.Е. Лапароскопическая аппендэктомия / А.Е. Борисов [и др.] // Эндоскоп. хир. - 2009. - № 1. - С. 202.
7. Брегель А.И. Лапароскопическая диагностика острой кишечной непроходимости / А.И. Брегель, Е.А. Кельчевская, А.М. Хантаков // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. - 2008. - Т. 59, № 1. - С.10-11.
8. Вишневская А.Н. Лапароскопия в диагностике и лечении послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии : дисс. ... канд. мед. наук / А.Н. Вишневская. - Владивосток, 2011. - 138 с.
9. Гаймоленко С.Г. Лапароскопия в лечении перитонита / С.Г. Гаймоленко, Н.М. Степанова, Т.В. Зайцева // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2009. - Т. 13, № 1. - С. 62.
10. Abidov U. O., Obidov I. U. A Rare Case from Practice: Strangulated Perineal Hernia //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 28-32.
11. Abidov U. O., Obidov I. U. Hepaticofasciolias (Fasciolosis) as a Cause of Mechanical Jaundice in a Woman (Case Study) //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 38-41.
12. Abidov U. O., Obidov I. U. Appendicular Giant Mucinous Neoplasms (Case Report) //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 33-37.
13. Абидов У. О. и др. ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ БИЛИОПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ //Новый день в медицине. – 2020. – №. 4. – С. 623-625.
14. Нурбабаев А. У., Абидов У. О. Комплексное лечение больных с синдромом механической желтухи //Биология и интегративная медицина. – 2020. – №. 6 (46). – С. 96-102.
15. Abidov U. O., Khaidarov A. A. MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE //Vegueta. Anuario de la Facultad de Geografia e Historia. – 2022. – Т. 22. – С. 6.
16. Abidov U. O. Results of Treatment of Patients with Obstructive Jaundice //Scholastic: Journal of Natural and Medical Education. – 2023. – Т. 2. – №. 5. – С. 370-376.
17. Абдурахманов, М. М., Обидов, У. У., Рузиев, У. У., & Мурадов, Т. Р. (2020). Хирургическое лечение синдрома механической желтухи. Журнал теоретической и клинической медицины, 1, 59-62.
18. Naydarov, A. A., Abdurakhmanov, M. M., Abidov, U. U., Sadiev, E. S., Mirzaev, V. I., & Bakaev, M. I. (2021). Endoscopic interventions and ozone therapy in the complex treatment of patients with mechanical jaundice and cholangitis with choledocholithiasis. Journal of Natural Remedies, 22(1 (1)), 10-16.

19. Уроков, Ш. Т., Абидов, У. У., Хайдаров, А. А., & Хаджаев, К. Ш. (2019). ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛИГИРОВАНИЯ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ. *Новый день в медицине*, (4), 316-320.
20. Utkir, A. (2024). TREATMENT OF PURULENT-INFLAMMATORY DISEASES OF THE ABDOMINAL CAVITY WITH ANTIMICROBIAL THERAPY IN A MULTIDISCIPLINARY HOSPITAL. *Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing*, 2(5), 81-84.
21. Abidov Utkir. (2024). PREVENTION OF ACUTE EROSIIVE AND ULCERATIVE LESIONS OF THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT IN PATIENTS WITH EXTENSIVE THERMAL BURNS. *Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing*, 2(5), 85–87.
22. Utkir, A. (2024). PREVENTION OF POSTOPERATIVE LOCAL COMPLICATIONS AFTER ALLOHERNIOPLASTY IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIAS. *Web of Discoveries: Journal of Analysis and Inventions*, 2(5), 86-88.
23. Utkir, A. (2024). ENDOSCOPIC HEMOSTASIS FOR GASTRODUODENAL ULCERATIVE BLEEDING. *Web of Teachers: Inderscience Research*, 2(5), 149-154.
24. Utkir, A. (2024). PERFORATION OF AN ATYPICALLY POSITIONED DUODENAL ULCER IN A PATIENT WITH CONGENITAL FUNNEAL CHEST DEFORMITY. *Web of Teachers: Inderscience Research*, 2(5), 155-158.
25. Abidov, U. O. (2023). EIN SELTENER FALL AUS DER PRAXIS: STRANGULIERTE PERINEALE HERNIE. *INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION*, 2(22), 73-77.
26. Oktamovich, A. U. (2023). GALLENSTEINKRANKHEIT BEI SCHWANGEREN: DIAGNOSE, KOMPLIKATIONEN UND BEHANDLUNG. *Scientific Impulse*, 2(15), 587-595.
27. Abidov, U. O. (2023). HEPATIKOFASZIOLOSE (FASZIOLOSE) ALS URSACHE FÜR MECHANISCHEN IKTERUS BEI EINER FRAU (FALLSTUDIE). *INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION*, 2(22), 78-84.
28. Obidov, I. U. (2023). RIESIGE MUZINÖSE NEOPLASMEN DES APPENDIX (FALLBERICHT). *INNOVATIVE DEVELOPMENTS AND RESEARCH IN EDUCATION*, 2(22), 85-89.