

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

Галим Аскарлович Тогызбоев¹, Голибжон Каршиевич Элмурадов²

¹Врач ординатор экстренной гинекологии

Навоийского филиала республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г.Навои, Узбекистан

²PhD, ассистент кафедры хирургии, эндоскопии и анестезиологии и реаниматологии ФПДО Самаркандского государственного медицинского университета, Республика Узбекистан, г. Самарканд.

Резюме. В статье проведена сравнительная оценка информативности методов диагностики эктопической беременности, результатов лечения 133 пациенток с прогрессирующей трубной беременностью, трубным абортom и разрывом маточной трубы при использовании лапароскопии (88 больных) и лапаротомии (45 больных). Определены условия для эндохирургического вмешательства. Освещены ошибки и осложнения, причины перехода от лапароскопического доступа к традиционному. Приведены пути устранения ошибок и осложнений. Показаны преимущества хирургической лапароскопии перед традиционным вмешательством. Оценена роль использования метотрексата для профилактики персистенции трофобласта при органосохраняющих лапароскопических вмешательствах. Сформулированы показания и противопоказания для органосохраняющего подхода в лечении больных. Обоснована необходимость присутствия в бригаде дежурных врачей квалифицированного хирурга, владеющего методами эндоскопической хирургии.

Ключевые слова: *эктопическая беременность, диагностика, лечение эндохирургическое, лечение традиционное, показания, противопоказания, осложнения*

Проблема выбора способа лечения внематочной беременности обусловлена распространенностью заболевания и внедрением современных медицинских технологий в хирургическую практику. Рост эктопической беременности (ЭБ) связан с эпидемией воспалительных заболеваний половых органов, их длительными рецидивирующим течением [7], с увеличением количества больных, подвергшихся реконструктивным операциям на маточных трубах, с расширением использования вспомогательных репродуктивных технологий при бесплодии [1, 6]. В настоящее время основным методом хирургического лечения пациенток с трубной беременностью является традиционный-путем лапаротомии. У подавляющего числа больных объем

операции заключается в удалении маточной трубы, что не является безразличным для организма женщины. У пациенток, перенесших лапаротомию и одностороннюю тубэктомию по поводу трубной беременности, в 50-75% случаев диагностируют вторичное бесплодие [3], в 42% - нейроэндокринные нарушения [4]. Обоснованием применения малоинвазивной хирургии в лечении больных с ЭБ является стремление минимизировать операционную травму, сохранить органы половой системы, повысить репродуктивный потенциал, снизить материальные затраты на хирургическое лечение и послеоперационную медикаментозную терапию [5]. Однако подходы к эндос

копическому вмешательству при ЭБ не систематизированы. Необходим учет отрицательных моментов вмешательства, так как лапароскопическая хирургия является технически более сложной в сравнении с традиционной, может приводить к развитию серьезных интра- и послеоперационных осложнений, а в ряде случаев нецелесообразна из-за невозможности надежного гемостаза. Целью исследования явилась оценка возможностей эндохирургического подхода в лечении больных с ЭБ в ургентной гинекологической практике.

Методы

Проведено проспективное и ретроспективное изучение 133 случаев хирургического лечения больных с ЭБ в экстренном гинекологическом отделении Навоийского филиала республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Возраст пациенток составил 28,5+5,7 года. Больные были разделены на две группы. Лапароскопию с целью диагностики патологии использовали у всех 133 пациенток. I группу составили 88 (100%) пациенток, подвергшихся хирургической лапароскопии, II . 45 (100%) пациенток, прооперированных путем лапаротомии после установления трубной беременности лапароскопически. Прогрессирующая трубная беременность была выявлена у 37 (42,1+1,69%) пациенток I группы и 15 (33,3+3,24 %) II, трубный аборт . у 49(55,7+1,7%) и 23 (51,1+3,36%), разрыв трубы у 2 (2,3+1,19%) и 7 (15,6+2,83%) соответственно.

В удовлетворительном состоянии в стационар поступала 131 (98,5%) пациентка, в состоянии средней тяжести - 1 (0,75%), в тяжелом - 1 (0,75%). Жалобы, патогномоничные для ЭБ (боли, кровянистые выделения из половых путей, задержка menses), предъявляли 44 (33,1%) больных. Симптомы внутрибрюшного кровотечения имели место у 34 (25,6%) больных. 62 (46,6%) пациентки не имели детей, 10 (7,5%) из них состояли на диспансерном учете по поводу бесплодия, у 34 (25,6%) -данная ЭБ была первой беременностью, у 14(10,5%) . второй ЭБ. Искусственное или самопроизвольное прерывание беременности отмечали 90 (67.7%) женщин. На наличие воспалительных

заболеваний внутренних половых органов в анамнезе указывали 59 (44,4%) пациенток. Из них у 16 специальными исследованиями подтвержден хламидиоз, уреамикоплазмоз, Lues. Оперативные вмешательства на органах нижнего отдела брюшной полости и малого таза имели 53 (39,8%) пациентки. 22 (16,5%) из них были оперированы по поводу ЭБ (лишь у двух оперативное вмешательство было выполнено методом лапароскопии). Оперативные вмешательства на яичниках были у 8 (6,0%). У одной пациентки в связи с перекрутом кисты были удалены придатки. 1 (0,75%) больная перенесла лапароскопическое вмешательство по поводу эндометриоза. Кесарево сечение перенесли 4 (3,0%) пациентки, аппендэктомию . 24 (18,0%). Две и более операций в анамнезе имели 4,5% больных. Нерегулярные menses и дисфункцию яичников отмечали 15 (11,3%) пациенток. Настоящая трубная беременность у 8 (6,0%) больных наступила на фоне ВМС, у 1 (0,75%) - после стимуляции овуляции клостильбегидом, у 1 (0,75%) - после ЭКО. Для выявления патологии кроме диагностической лапароскопии при поступлении в стационар у больных использовали клинично-лабораторное обследование, экспресс-тест для качественного определения содержания β -субъединицы хориогонического гонадотропина (ХГ) в моче (55 случаев), исследование уровня ХГ крови (11 случаев), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза (117), кульдоцентез (81), выскабливание матки (43). Хирургическое вмешательство методом лапароскопии выполняли с использованием аппаратуры и набора инструментов фирмы «Karl Storz», (Германия). Во всех случаях применяли общий интубационный наркоз на фоне миорелаксантов. Статистическая обработка результатов проведена с использованием программы Excel пакета Microsoft Office XP с определением абсолютных, относительных частот и χ^2 , критерия Стьюдента (при $p < 0,05$ различия считали достоверными).

Результаты и обсуждение

При поступлении в стационар подозрение на ЭБ было установлено у 81,8% больных I группы и 71,4% II. У остальных пациенток ЭБ «имитировала» другую патологию. Диагноз дисфункционального маточного кровотечения был выставлен у 6,8% пациенток I группы и 4,4% II, острый воспалительный процесс внутренних половых органов . 6,8% и 8,9%, самопроизвольный выкидыш . 4,5% и 11,1% соответственно. При использовании экспресс-теста на наличие β -субъединицы ХГ в моче положительный результат наблюдали у 72,9% (27) пациенток I группы и 72,2% (13) . II, уровень β -субъединицы ХГ в крови колебался от 75 до 8900 МЕ/л. При УЗИ органов малого таза признаки, характерные для ЭБ (отсутствие плодного яйца в полости матки в сочетании с наличием свободной жидкости в малом тазу и/или образованием неоднородной эхоструктуры в проекции придатков матки), выявили у 79,5% (62) больных I группы и 69,2% (27) . II.

Пункция брюшной полости через задний свод влагалища оказалась положительной у 41,5% (22) и 21,4% (6) больных соответственно. По данным гистологического исследования соскоба матки гравидарный эндометрий выявлен у 39,3% (11) больных I группы и 60,0% (9) - II-ой. До оперативного вмешательства и установления точного диагноза ЭБ у пациенток, поступивших в стационар с клиникой ЭБ, потребовалось 0,04+0,01 дня, со стертой клиникой - 2,3+0,9 дня ($p<0,05$), у пациенток, поступивших в стационар с другой патологией - 4,3+1,8 дня ($p<0,05$). Эндоскопическая картина трубной беременности была идентична в обеих группах и характеризовалась при ее прогрессировании локальным утолщением синюшно-розового цвета одного из отделов маточной трубы, отсутствием или скудным количеством крови за маткой. При трубном аборте в брюшной полости определяли жидкую темную кровь со сгустками, на большом сальнике и петлях кишечника - мелкие сгустки или следы крови, маточная труба в одном из отделов утолщена, синюшно-багрового цвета, из ее брюшного отверстия истекала темная кровь или свисали сгустки. При полном трубном аборте не всегда представлялась возможность обнаружить плодное яйцо, так как пропитанное кровью оно подобно сгустку. Разрыв маточной трубы сопровождался незначительным внутрибрюшным кровотечением, иногда с образованием перитубарной гематомы. При этом в стенке трубы, в области ее патологического утолщения определяли отверстие неправильной формы с неровными краями. По нашим наблюдениям, в 6 из 9 случаев дефект маточной трубы не сопровождался обильным кровотечением (менее 200 мл), так как прорастание стенки трубы трофобластом происходило в бессосудистой зоне, либо просвет разрыва тромбировался элементами плодного яйца. Косвенными признаками трубной беременности явились расширение сосудистой сети широкой связки матки, брыжейки трубы и яичника на пораженной стороне. При ЭБ имело место увеличение размеров матки, а также синюшность ее серозного покрова. Локализация плодного яйца в ампулярном отделе маточной трубы имела место у 66 (77,6%) больных I группы и у 28 (62,2%) - II, в истмическом - у 20 (23,5%) и 11 (24,4%), в интерстициальном - у 2 (2,3%) и 5 (11,1%) соответственно. Во время диагностической лапароскопии трубная беременность не была диагностирована у 2 из 133-х пациенток. Выраженный спаечный процесс не позволил тщательно осмотреть органы малого таза, однако были четко выявлены признаки внутрибрюшного кровотечения. При лапаротомии диагноз нарушенной ЭБ был подтвержден. В обеих группах статистически различались больные с разрывом трубы, в то время как с прогрессирующей трубной беременностью и трубным абортом не различались. Кроме признаков трубной беременности во время лапароскопии спаечный процесс I-II степени в малом тазу выявили у 39 (44,3%) пациенток I группы и у 15 (33,3%) II, III-IV степени

- у 6(6,8%) и 13 (28,8%) соответственно. Спайки в области послеоперационного рубца от предшествующих операций были у 9 (20,0%) больных I группы и 7 (15,6%) - II, перигепатит у 8 (9,1%) и 3 (6,7%), киста яичника - у 18 (20,5%) и 7 (15,5%), миома матки - у 3 (3,4%) и 2 (4,4%) больных соответственно. В 1 (2,2%) случае у пациентки II группы выявлена киста яичника, в 1 (1,1%) - у пациентки I группы - пареоовариальная киста, в 1 (1,1%) - в этой же группе - гемангиома печени. Нагноившаяся перитубарная гематома имела место у 1(2,2%) больной II группы. Вид лапароскопического вмешательства у пациенток I группы заключался в 69 (78,4%) случаях в удалении маточной трубы, в 19 (21,6%) - в удалении плодного яйца. Из 19 органосохраняющих операций в 14 случаях произвели сальпинготомию, в 5 - удаление плодного яйца методом выдавливания или аспирации ирригационной трубкой (табл. 1). Освобождение просвета труб от сгустков крови достигалось ретроградной гидротубацией на завершающем этапе операции. Для профилактики персистенции хориона 2 пациенткам в ложе плодного яйца после его удаления под контролем лапароскопа введено 25 мг метотрексата, 6 - 50 мг метотрексата внутримышечно. Для профилактики спаечного процесса и оптимизации восстановления функции маточных труб после завершения хирургического этапа у 23 (26,1%) больных создавали медикаментозный асцит физиологическим раствором (0,9% NaCl) с пентоксифиллином, овоминном или актовегином. У 13 (14,8%) больных производили дренирование брюшной полости. Во II группе причиной перехода на традиционную лапаротомию после диагностической лапароскопии явились в 8 (17,8%) случаях - выраженный спаечный процесс в брюшной полости и малом тазу, в 4 (8,9%) - расположение плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы, в 1 (2,2%) - кровотечение (гемоперитонеум > 2-х литров), в 1 (2,2%) - большие размеры плодного яйца (в диаметре около 10 см с перитубарной гематомой). В 1 (2,2%) случае на фоне выраженного спаечного процесса при попытке разделения сращений между придатками матки и кишечником была травмирована стенка тонкой кишки. В другом (2,2%) случае - при попытке хирургического вмешательства по поводу прогрессирующей трубной беременности в интерстициальном отделе трубы возникло кровотечение, остановить которое эндоскопическим способом не удалось. В остальных 29 (64,4%) случаях причиной перехода на лапаротомию явилось отсутствие в операционной бригаде врача, владеющего техникой малоинвазивных гинекологических операций. У 27 (60,0%) пациенток была выполнена нижнесрединная лапаротомия, у 18 (40,0%) - надлобковая. Всем больным II группы произведено удаление маточной трубы (табл. 1). Продолжительность эндоскопических операций в среднем составила при сальпингоэктомии и сальпинготомии с последующим удалением плодного яйца 55,1±3,9 минут, при удалении

плодного яйца методом выдавливания или аспирации ирригационной трубкой - $39,0 \pm 3,7$ минут ($p < 0,05$). Продолжительность операций методом лапаротомии во II группе составила $55,8 \pm 6,3$ минут ($p > 0,05$). Общий объем кровопотери при лапароскопии в среднем составил $68,9 \pm 10,6$ мл, при лапаротомии - $202,8 \pm 90,2$ мл ($p < 0,05$).

Таблица 1

Лечебно-диагностические вмешательства, выполненные интраоперационно у больных с трубной беременностью

Вид вмешательства	Пациентки, прооперированные методом лапароскопии 88 (100%)	Пациентки, прооперированные методом лапаротомии 45 (100%)
Удаление трубы	69 ($78,41 \pm 1,52\%$)*, $p < 0,001$	45 (100%)
Удаление плодного яйца	19 ($21,59 \pm 1,52\%$)*, $p < 0,001$	0 (0%)
Введение метотрексата в ложе плодного яйца	2 ($2,27 \pm 1,19\%$), $p < 0,3$	0 (0%)
Иссечение трубного маточного угла	0 (0%)*, $p < 0,002$	5 ($11,11 \pm 2,69\%$)
Удаление 2-ой трубы	0 (0%)*, $p < 0,01$	3 ($6,67 \pm 2,52\%$)
Удаление придатков на пораженной стороне	0 (0%), $p < 0,2$	1 ($2,22 \pm 0,34\%$)
Удаление паро-овариальной кисты	1 ($1,14 \pm 0,16\%$), $p < 0,5$	0 (0%)
Манипуляции на яичниках (удаление кисты, резекция)	11 ($12,50 \pm 1,38\%$), $p < 0,8$	5 ($11,11 \pm 2,69\%$)
Удаление кистомы яичника	0 (0%), $p < 0,2$	1 ($2,22 \pm 0,34\%$)
Стерилизация	9 ($10,23 \pm 1,34\%$), $p < 0,8$	4 ($8,89 \pm 2,61\%$)
Пластика 2-ой трубы	8 ($9,09 \pm 1,32\%$), $p < 0,3$	2 ($4,44 \pm 1,43\%$)
Разъединение спаек	29 ($32,96 \pm 1,63\%$)*, $p < 0,02$	25 ($55,56 \pm 3,35\%$)
Коагуляция очагов эндометриоза	1 ($1,14 \pm 0,16\%$), $p < 0,5$	0 (0%)
Биопсия печени	1 ($1,14 \pm 0,16\%$), $p < 0,5$	0 (0%)
Удаление субсерозного узла миомы	0 (0%)*, $p < 0,05$	2 ($4,44 \pm 1,43\%$)
Резекция сальника	0 (0%), $p < 0,2$	1 ($2,22 \pm 0,34\%$)
Ушивание тонкой кишки	0 (0%), $p < 0,2$	1 ($2,22 \pm 0,34\%$)
Аутогемотрансфузия	0 (0%)*, $p < 0,05$	2 ($4,44 \pm 1,43\%$)

Примечание: * - статистически достоверно по сравнению со II группой.

В послеоперационном периоде 13,6% (12) больным I группы и 6,7% (3) II антибактериальные средства не назначали вообще. 6 и 2 пациенткам соответствующих групп антибиотик использовали по короткой схеме: 1-ое

введение интраоперационно внутривенно, два последующих . через 8 часов и 16 часов внутримышечно. По традиционной схеме (5-7 дней) один антибиотик назначали 53,4% (47) пациенткам I группы и 24,4% (11) II, два. 23,9% (21) и 57,8% (26), три - 9,1% (8) и 11,1% (5) соответственно. В качестве обезболивания наркотические анальгетики использовали у 14,8% (13) больных I группы и 64,4% (29) . II, только внутримышечное введение анальгина у 78,4% (69) и 13,3% (6) соответственно. Инфузионную терапию в течение 1-2 суток после лапароскопии проводили лишь у 17,0% (15) пациенток, после лапаротомии . у 77,8% (35). Послеоперационный койко-день в I группе составил 5,6±0,3 дня, во II-ой . 8,5±0,4 дня.

Послеоперационный период у 87 (98,8%) пациенток I группы и 43 (95,6%) II прошел без особенностей. У 1 (1,1%) больной из I группы после эндоскопической туботомии и удаления плодного яйца на 2-е сутки после операции развилась клиника пельвиоперитонита. В связи с подозрением на травму внутренних органов произведена лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости выявлено: серозный выпот в количестве 400 мл, расширенные сосуды тазовой брюшины, гиперемия и отек оперированной маточной трубы с налетом фибрина. Труба была удалена, произведен лаваж и дренирование брюшной полости. Антибактериальная терапия назначена с учетом обострения скрытой урогенитальной инфекции (сочетание хламидиоза и уреаплазмоза).

Одна пациентка из I группы, которой было выполнено органосохраняющее вмешательство без медикаментозной профилактики персистенции трофобласта, поступила в стационар повторно через 3 недели с симптомами внутрибрюшного кровотечения и наличием объемного образования в малом тазу по данным УЗИ. В связи с наличием внутрибрюшного кровотечения больной произведена лапаротомия. При ревизии органов брюшной полости обнаружено около 200 мл темной крови и сгустков в прямокишечно-маточном кармане, в области оперированной трубы – рыхлые спайки, перитубарная гематома, труба утолщена в истмическом отделе до 3,0-3,5 см, синюшно-багрового цвета, с наличием дефекта стенки неправильной формы длиной 2,0 см и выступающими в просвет ворсинами хориона.

Произведено удаление трубы, лаваж и дренирование брюшной полости. Во II группе осложнения наблюдали в 2 случаях в виде частичного расхождения послеоперационного шва и нагноения гематомы малого таза. Материальные затраты на ведение больных в послеоперационном периоде после лапароскопии составили 84,9±5,1 у.е., после лапаротомии - 128,9±6,8 у.е. ($p<0,05$).

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует об имеющихся сложностях в диагностике ЭБ. В большинстве наблюдений (74,4%) патогномичные клинические признаки ЭБ отсутствовали, течение заболе-

вания характеризовалось как «стертое». Этот факт обусловил значительные трудности в дифференциальной диагностике ЭБ с другими патологическими состояниями и явился причиной ряда диагностических ошибок (на догоспитальном этапе - 26,3% случаев, в стационаре - 21,8%). Сомнительные случаи ЭБ требовали дополнительных методов диагностики. Так, информативность УЗИ составила 76,1%, определения ХГ в моче . 72,7%, кульдоцентеза . 34,6%, гистологического исследования соскоба матки . 46,5%. Лапароскопия оказалась наиболее информативной (98,5%) в диагностике ЭБ, позволила одновременно осуществить хирургическое лечение и коррекцию сопутствующей патологии органов малого таза (51,1% случаев). У подавляющего большинства пациенток в ходе лапароскопической операции (78,4%), так же, как и при лапаротомии (100%), было выполнено радикальное вмешательство . удаление маточной трубы, тогда как объективная ситуация позволяла выполнить органосохраняющие операции не менее, чем в половине случаев. Только в каждом 5-м случае при эндохирургическом лечении было выполнено органосохраняющее вмешательство (удаление плодного яйца) с использованием местного или системного введения метотрексата (42,1%) для профилактики персистенции хориона. Причинами удаления трубы при лапароскопии оказались: 1) выраженные анатомические изменения маточной трубы (большой дефект, перитубарная гематома); 2) признаки сопутствующего воспаления в малом тазу: мутный выпот, расширенные сосуды брюшины малого таза, нагноение пораженной трубы или перитубарной гематомы; 3) выраженный спаечный процесс; 4) кровотечение с невозможностью осуществить адекватный гемостаз; 5) незаинтересованность пациентки в сохранении репродуктивной функции; 6) отсутствие у врачей опыта выполнения органосохраняющих эндоскопических операций при трубной беременности, а также неуверенность в благоприятном исходе. Ошибки, допущенные в ходе лапароскопии и приведшие к чревосечению, связаны с недооценкой ситуации и самоуверенностью хирурга. Осложнения при эндохирургическом лечении наблюдали в 2 раза реже, чем при традиционном. Использование метотрексата для профилактики персистенции хориона при удалении плодного яйца позволяет расширить показания к сохранению органов репродуктивной системы.

Выводы

1. Стертое клиническое течение ЭБ, значительный процент диагностических ошибок, высокая информативность лапароскопии в диагностике ЭБ, возможность одномоментного эндохирургического вмешательства и коррекции сопутствующей патологии органов малого таза обуславливают необходимость более широкого использования лапароскопии в лечении больных с ЭБ. Эндохирургическое лечение имеет также ряд

преимуществ перед традиционным: минимальная хирургическая травма, косметический эффект, меньшая кровопотеря и длительность операции, более быстрое восстановление трудоспособности, экономическая целесообразность.

2. Условиями для проведения лапароскопических операций при ЭБ является стабильное состояние больной, наличие эндоскопического оборудования, присутствие в бригаде дежурных врачей квалифицированного хирурга, владеющего методом лапароскопии.

3. Показаниями для лапароскопических органосохраняющих операций при трубной беременности являются: заинтересованность пациентки в сохранении репродуктивной функции, бесплодие, беременность в единственной трубе, неполноценность второй трубы. Противопоказаниями являются: выраженные деструктивные изменения маточной трубы, беременность в ранее оперированной трубе, продолжающееся кровотечение после сальпинготомии, локализация плодного яйца в интерстициальном отделе маточной трубы, большие размеры плодного яйца (более 6-8 см в диаметре), выраженный спаечный процесс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Литвинов В.В., Хомуленко И.А., Лившиц И.В. Опыт лапароскопического лечения эктопической беременности. Проблемы репродукции . 2000. - №2. - с. 23.
2. Гинекология по Эмилю Новаку / Пер. с англ. Под ред Дж. Берека, И. Адаши, П. Хиллард. □ М. Практика, 2002. - с. 314.
3. Востриков В.В. Комментарий эксперта к статье Горбачевой Т.И. «Современные проблемы диагностики и лечения внематочной беременности» АW, 11, 2002 <http://www.helmi.ru/aw/articles/al3a.htm>.
4. Хаджибаев Ф. А., Мансуров Т. Т., Элмуродов Г. К. Вопросы диагностики острой кишечной непроходимости //Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 1. – С. 77-83.
5. Хаджибаев Ф. А. и др. Современные подходы к лечению острой кишечной непроходимости //Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 4. – С. 116-120.
6. Хаджибаев Ф. А., Мансуров Т. Т., Элмуродов Г. К. Вопросы диагностики острой кишечной непроходимости //Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 1. – С. 77-83.
7. Хаджибаев Ф. А. и др. Возможности ультразвукового 5.исследования в оценке характера и тяжести закрытой травмы живота //Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 6. – С. 14-19.
8. Mustafakulov I. B. et al. Severe associated trauma to the abdomen diagnosis and treatment //European journal of pharmaceutical and medical research. – 2020. – Т. 7. – №. 6. – С. 113-116.
9. Мустафакулов И. и др. Тяжелая сочетанная травма живота //Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 63-68.
10. Турсунов Б. С., Элмуродов Г. К. Хирургическая реабилитация обожженных //Аллергология и иммунология. – 2007. – Т. 8. – №. 1. – С. 288-288.24.

11. 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.
12. Хаджибаев Ф.А., Шукуров Б.И., Элмурадов Г.К., Мансуров Т.Т. Возможности ультразвукового исследования в оценки характера и тяжести закрытой травмы живота. // Журнал Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – № 6. – С. 14-19.
13. Хаджибаев Ф.А., Шукуров Б.И., Элмурадов Г.К., Мансуров Т.Т. Применение эндовидеохирургической техники в диагностике и лечении торакоабдоминальных ранений // Биология ва тиббиёт муаммолари. – Самарканд 2021, №6.1 (133). - С. 414-422.
14. Хаджибаев Ф.А., Алтыев Б.К., Шукуров Б.И., Элмурадов Г.К. Мансуров Т.Т., Элмурадов К.С. Возможности эндовидеохирургической техники в диагностике и лечении разрывов диафрагмы // Проблемы биологии и медицины. – Самарканд 2021, №6.1 (133). - С. 414-422.
15. Xadjibaev A.M., Shukurov B.I., Pulatov M.M., Elmuradov G.K. Method of ultrasound assessment of the nature and severity of a closed abdominal injury // Art of Medicine. International Medical Scientific Journal The USA. North American Academic Publishing Platforms. – 2022. – Volume-2. Issue-3, P.44-51.
16. Элмурадов Г.К., Шукуров Б.И., Пулатов М.М. Қорин бўшлиғи ёпик жароҳатларида мининвазив диагностика ва даволаш имкониятлари // Биомедицина ва амалиёт журнали – 2022. – Т.7. – №6. – 394-401.
17. Elmuradov G.K., Shukurov B.I., Pulatov M.M., Xursanov Yo.X. Ultrasound examination results in closed abdominal injuries // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2023. – №19 (142). – С. 132-136.
18. Elmuradov G.K., Shukurov B.I., Pulatov M.M., Axmedov R.F. Radiation diagnostics of closed abdominal injuries. (view literature) // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2023. – №1(142). – С. 332-336.
19. Элмурадов Г.К. Современные взгляды к ведению больных с закрытой травмой живота. // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2023. – №2(143). – С. 289-294.
20. Янгиев Б.А., Элмурадов Г.К., Мансуров Т.Т. FAST-протокол ультразвукового обследования в диагностике закрытых травм живота // Материалы 16-й Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Роль и место мининвазивных технологий в экстренной медицине» (Самарканд, 21 мая 2021 г.). Журнал Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – № (2). – С. 90-91.
21. Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Элмурадов Г.К., Элмурадов К.С. Результаты применения лапароскопии при закрытых травмах живота // Сборник материалов XVII Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Инновации в экстренной медицине» 14.10.2022г. Наманган. Журнал Вестник экстренной медицины. – 2022. – Т. 15. – № 3-4. – С. 170-171.
22. Хаджибаев А.М., Рахимова Р.А, Элмуродов К.С, Шукуров Б.И., Элмурадов Г.К. Шкала ультразвуковой оценки объема гемоперитонеума у больных с травмой живота // Сборник материалов XVII Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: Инновации в экстренной медицине» 14.10.2022г. Наманган. Журнал Вестник экстренной медицины. – 2022. – Т. 15. – № 3-4. – С. 172.

23. Элмурадов Г.К., Янгиев Б.А., Шукуров Б.И., Пулатов М.М. Диагностическая и лечебная лапароскопия у больных с закрытой травмой живота // Problems of modern surgery. International scientific and practical conference with the participation of foreign scientists. Materials. 12 october, 2022 Andijan. P.377
24. Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И., Пулатов М.М., Элмурадов Г.К. Миниинвазивные методы диагностики и лечения при закрытых травмах живота. // Журнал Вестник хирургии Казахстана. – 2022. – № 4(73). – С. 19-24.
25. Элмурадов Г.К., Мизамов Ф.О., Мансуров Т.Т. Результаты видеолaparоскопии у больных с закрытой травмой живота // «Достижения фундаментальной, прикладной медицины и фармации» Материалы 76-ой Международной научно-практической конференции студентов медицинских вузов и молодых учёных (Самарканд, 20-21 мая 2022 г). Биология ва тиббиёт муаммолари. – Самарканд. 2022(спецвыпуск) – С. 490-491.
26. Элмурадов Г.К., Шукуров Б.И., Пулатов М.М. Сонографическая оценка характера и тяжести закрытой травмы живота // Материалы юбилейной (70-ой) научно-практической конференции ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Современная медицина: традиции и инновации» с международным участием 25 ноября, 2022. –Т.1. – С.560-561. – Душанбе.
27. Янгиев Б.А., Шукуров Б.И., Пулатов М.М. Применение эндовидеохирургической техники у больных с закрытой травмой живота // “Учения Авиценны и современная медицина” II-ая научно-практическая конференция с международным участием. Бухара, 6-7 декабря 2022г. Фундаментал ва клиник тиббиёт ахборотномаси-Бухоро, 2022-№3(3)-с-246.
28. Элмурадов Г.К., Шукуров Б.И., Хурсанов Ё.И. Видеоэндохирургия в диагностике и лечении разрывов диафрагмы // Theory and analytical aspects of recent research Turkey. International scientific-online conference. Part 7, Issue 1: August 27th 2022.-P.47-49.
29. Elmuradov G.K., Yangiev B.A., Pulatov M.M., Xursanov Y.E., Umurzoqov B.A. Qorin bo'shlig'i yopiq jarohatlarida sonografiya va videolaparoskopiyani qo'llash // Research Focus, Uzbekistan international scientific journal. – 2023–Vol 2. Issue 1, P. 173-180.
30. Elmuradov G.K., Mansurov T.T., Umurzokov B.A., Pulatov D.P. Sovremennye aspekty k vedeniyu bolnyx s zakrytymi traumami jivota. // Multidisciplinary and Multidimensional Journal. –. 2 No. 4. P.137-150.
31. Karshievich E. G., Uzakovich R. N., Turdiyevich B. R. NON-INVASIVE DIAGNOSTIC METHODS FOR CLOSED ABDOMINAL INJURIES // Web of Medicine: Journal of Medicine, Practice and Nursing. – 2024. – Т. 2. – №. 1. – С. 25-33.
32. Elmuradov G.K., Xolmirzayev O.M., Raxmonov F.S., Pulatov D.P. MODERN DIAGNOSTIC METHODS FOR CLOSED ABDOMINAL INJURIES// Web-journal.ru: Лучшие интеллектуальные исследования – 2024. – Т. 2. – №. 14. – P 248-257.
33. Раймов С.Д., Саноев К.Р., Элмурадов Г.К., Асадов Т.Ш. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ ПАХОВЫХ ГРЫЖ // Web-journal.ru: Ta'lim innovatsiyasi va integratsiyasi– 2024. – Т. 5. – №. 19. – P 43-51.
34. Пулатов М. М., Раймов С. Д., Рузиев П.Н., Элмурадов Г. К., Турсунов .О.А. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ФИКСАЦИИ КОСТНЫХ ОТЛОМКОВ ФЛОТИРУЮЩИХ ПЕРЕЛОМОВ РЕБЕР // TADQIQOTLAR jahon ilmiy – metodik jurnali– 2024. – Т. 1. – №. 37. – P 21-36.
35. Yangiev Baxtiyor Axmedovich, Elmuradov Golibjon Kars'hievich, Kuliev Yuldos'h Usmanovich, Ruziev Nizomiddin Uzakovich, Berdiev S'haxrux Ovganovich. Modern views on the treatment of inguinal hernias//Proceedings of International Conference on Scientific Research in Natural and Social Sciences'hosted online from Toronto, Canada.Date: 5th May, 2024.