

ГОРМОНАЛЬНАЯ ОСЛОЖНЕНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ БОЛЕЗНИ ВЕРЛЬГОФА

Мустафакулов Гайбулла Ирисбаевич
Ташкентская медицинская академия

Аннотация

В статье представлены причины кровотечения из острой язвы желудка при применении ГК гормонов у больных болезни Верльгофа. При этом применении таблетки переводении на ингаляции или внутривенное введения. Доказано связь показания к эндоскопической исследовании желудочно-кишечного тракта и кровотечения из язвы желудка от количества тромбоцитов. Эндоскопические исследование при болезни Верльгофа рекомендовано проводить в стадии ремиссии. Показано спленэктомия при неэффективности консервативной лечения.

Ключевые слова: тромбоцитопения, глюкокортикоиды, острые язвы, кровотечение, тактика.

Abstract

The article presents the causes of bleeding from an acute ulcerstomach when using GC hormones in patients with Werlhof's disease. In this case, the use of tablets in the form of inhalation or intravenous administration. The connection of indications for endoscopic examination of the gastrointestinal tract has been proven and bleeding from a stomach ulcer from the number of platelets. Endoscopic examinations in Werlhof's diseaseit is recommended to be carried out in remission. Indications of splenectomy if ineffectiveness of conservative treatment.

Keywords: thrombocytopenia, glucocorticoids, acute ulcers, bleeding, tactics.

Введение

Часто среди причин кровотечений из верхних отделов желудочного тракта (ЖТ) на первом месте стоят эрозивно-язвенные поражения желудка. Острые язвы органов пищеварения наблюдаются в любом возрасте. Частота острых язвенных поражений в пожилом возрасте достигает 74,6%. При появлении таких осложнений, как кровотечения, в 60–70% случаев, или перфорации в 0,5–3% случаев острых язв выявляется во время обследование. Нередко острые эрозии и язвы желудка, осложненные кровотечением, возникают у пациентов после глюкокортикостероидной (ГКС) терапии (6,7,9) у больных болезни Верльгофа. При этом характерны множественные поражения. Преимущественное расположение язв на большой кривизне желудка с латентным течением. Среди ГКС преднизолон (per os) рассматривается как стандартный препарат для фармакодинамической терапии, особенно у больных с тромбоцитопенией. Нарушение функции ЖКТ гормоны вызывают в 24,4 % случаев, а ulcerогенное действие препаратов, особенно при их пероральном применении, проявляется в 3,5-7,5 %.

Осложнения ГКС терапии ЖКТ связаны с длительностью, большой дозой и неправильным приемом ГКС гормонов per os (1,2,6,7,8). По данным Г.М. Чернявской и соавт. (1996), у 26,9% пациентов, Н.А. Романова и соавт. (1996), у 15,4% больных лечившихся ГКС по поводу другой патологии выявлена язва желудка. Причиной развития язвы желудка является гиперсекреция желудка. Кислотообразовательная функция желудка по данным интрагастральной рН-метрии была значительно повышена ($pH\ 1,1\pm 0,06$) у всех больных (Вахрушев Я.М. и др., 1997).

В последнее время появился ряд работ (Л. М. Каскевич, О. С. Радбиль и С. Г. Вайнштейн, Grosa и др.), в которых развивается гипотеза Wojanowicz, согласно которой одним из основных механизмов патогенеза язвенной болезни является дискортицизм (повышение глюкокортикоидной и снижение минералокортикоидной функций коры надпочечников). Определенные лекарственные средства (кофеин, синтетические гормоны коры надпочечников – глюкокортикоиды, резерпин) стимулируют усиленное образование соляной кислоты обкладочными клетками желудка. Помимо этого глюкокортикостероиды стимулируют секрецию пепсина и гастрина, что еще больше повышает агрессивность желудочного содержимого.

В некоторых случаях язвы желудка после приёма ГКС гормонов осложнялись прободением или кровотечением. По литературным данным, около 5% больных при болезни Верльгофа отмечают острое желудочное кровотечение (ЖК). Летальность при ЖКК из острых язв у больных в отделениях интенсивной терапии достигает 80%, а количество больных с тромбоцитопенией каждый год растёт. Стандартное лечение начинается с ГКС гормональной терапией (per os) (7,8,9). В остром периоде или рецидиве болезни Верльгофа, любая травма слизистой приводит к усилению или рецидиву ЖК. Учитывая эту тактику, ведение больных с ЖК при тромбоцитопении имеет свои особенности. Поэтому поиск разработки методов профилактики рецидива и способов консервативного и хирургического лечения гастродуоденальных ЖК при тромбоцитопении является на сегодняшний день актуальной проблемой хирургической гематологии и общей хирургии.

Материалы и методы

При исследовании больных Верльгофом, в анамнезе из 95 больных у 67 (70,5%) выявлены гормональное осложнение со стороны ЖКТ. Приём ГКС гормонов энтеральным путем часто давал осложнения со стороны желудка, в частности, в виде гастрита у 28 (75,7%), язвы желудка у 9 (24,3%), кроме этого выявлены язвы 12-перстной кишки (либо обострения последней) у 5 (5,3%), обострения колита у 4 (4,2%), дискомфорта желудочно-кишечного тракта у 14 (10,5%), болей в желудке у 7 (5,3%).

Всего у 37 (55,2%) из 67 больных с болезнью Верльгофа выявлены осложнения со стороны желудка после энтерального приёма ГКС гормонов. Кровотечение из острой язвы желудка отмечено у 7 (18,9%) больных.

У 7 больных с ЖК при поступлении в клинику количество тромбоцитов были от 1 ед. до $-21 \times 10^9 / л$. PS – от 92 до 120 ударов в мин. А/Д от 110/65 до 90/60 мм. рт. ст. У одного были тяжёлой степени, у 3 - средней степени, у 3 - легкой степени проявления

постгеморрагической анемии. Все больные получали консервативное лечение: общеукрепляющие средства, гемостатические и сосудукрепляющие препараты, ГКС гормоны – преднизолон либо дексаметазон в таблетках, инъекциях внутривенно или в виде ингаляции с одновременным лечением эрозии и язвы желудка. ГКС назначались по 1-1,5 мг/кг в сутки. Давность заболевания составляла от 6 месяцев до 20 лет и за этот период больные получали гормональное лечение от 1 до 3-7 и более раз.

При парентеральном введении глюкокортикоидов были синяки в местах инъекций, у 6 - после внутривенного применения была гематома. По коагулограмме во всех случаях зафиксирована гипокоагуляция. В миелограмме: костномозговой пунктат у всех больных достаточно клеточен, тип кроветворения нормобластический, содержание лимфоцитов в норме, мегакариоцитов достаточно или много, но большинство из них не содержат пластинок. У больных желудочном кровотечением количество тромбоцитов было ниже $30 \times 10^9/\text{л}$. Эндоскопическое исследование больных с желудочном кровотечением проводилось при продолжающей желудочном кровотечении под усиленной гемостатической терапией у одного больного, в остальных случаях после клинической ремиссии.

Пример 1:

Больной А.В. 32 лет. История болезни №1865. Жалобы при поступлении: кровоподтеки в конечностях синего цвета, боли в области эпигастрии, черный стул. Из анамнеза: болеет около 4 лет, получил неоднократно гормональное лечение. Кожа и слизистые бледноватые. Ps – 90 уд.в мин., АД – 100/65 мм рт.ст., Сог – без особых изменений. Язык влажный. Живот – участвует в акте дыхания, мягкий, были боли в области эпигастрии. Печень не увеличена. Стул свободный, регулярный, черного цвета. Больному проводились обследования: общий анализ крови и мочи, биохимические исследования, коагулограмма, исследования грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, эндоскопические исследования, исследования костного мозга. Обследование: общий анализ крови, Hb – 95 г/л, эритроциты – 3,4 млн, цветной показатель – 0,6, лейкоциты – $7,0 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты – $15,0 \times 10^9/\text{л}$, сегментоядерные – 66%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 7 мм/ч. Коагулограммы: ККВ – 46'', протромбиновый индекс – 89%, толерантность плазмы к гепарину - 13' 40'', фибриноген плазмы – 2,12 г/л, фибринолитическая активность - 150', ретракция кровяного сгустка – 0,28.

Больной получил нижеследующее лечение: гемостатики, общеукрепляющие и железистые препараты, противоязвенная терапия и проведено лечение в течение 5 дней с помощью ингаляции дексаметазоном по 12 мг. Кровотечения остановился, стул в норме. Ps – 78 уд. в мин., АД – 120/8 мм рт. ст. Hb – 121г/л, тромбоциты – $52,8 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты – $6,0 \times 10^9/\text{л}$, геморрагический синдром купирован, остались единичные кожные экхимозы. Выписан с клинической ремиссией на 10 день. ЭФГДС (5-день) – Умеренный катаральный гастрит. В области кардиального отдела желудка множественная эрозия и острая язва там же свежий тромб и местами покрыт точечным фибриновым налётом.

Диагноз: Болезнь Верльгофа, хроническое течение, в стадии обострения.
Осложнение: Острая (стероидная) язва (множественная эрозия) желудка. Постгеморрагическая анемия средней степени.

Пример 2. Больная К.Н., 21 лет. История болезни № 2124.

Жалобы при поступлении на слабость, утомляемость, головокружение, головную боль, боли в области эпигастрии, мenses длительные и обильные, синяки и мелкие высыпания в теле, черный стул. Из анамнеза: болеет 1,5 года, получала лечение несколько раз с временным эффектом, гормональные препараты получила per os, последние 2 недели вновь появились вышеперечисленные жалобы. У больной в последние 6 месяца появилась стероидная язва желудка, установленной после ЭФГДК. Состояние при поступлении тяжелое. Кожа и слизистые бледно-синие, мелкие геморрагические высыпания в конечностях, синяки размером до ладони, больше на нижних конечностях, на месте инъекции и местами в передней поверхности живота. Подкожная жировая клетчатка развита, лунообразное лицо, лимфатические узлы не пальпируются. PS – 105-115 ударов в минуту, ритмичный, АД – 85/60 мм рт.ст. Сог – тон приглушенный, систолический шум на верхушке. Pulmonis – везикулярное дыхание с обеих сторон. Язык влажный, живот увеличен в объеме за счет подкожного жирового слоя, участвует в акте дыхания, мягкий, боли в области эпигастрия, напряженные мышцы, раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Стул свободный, регулярный, черного цвета. Мочеиспускание свободное, регулярное. У больной мenses с 14 летнего возраста, в последние годы нерегулярные, длились до 2 недель, а в течение 7 дней обильные.

Обследования: при поступлении: Hb – 53 г/л, эритроциты – 2,2 млн., цветной показатель – 0,6, лейкоциты – 6,0 x 10⁹/л, тромбоциты – единичные.

Коагулограмма: ККВ - 48'', ПТИ – 67%, толерантность плазмы к гепарину - 19', фибриноген плазмы – 1,99, фибринолитическая активность - 130', ретракция кровяного сгустка – 0,27. Биохимические анализы: общий белок – 58,5 г/л, общий билирубин – 23,7, прямой – abs, не прямой – 23,7 мкмоль/л, АЛТ – 1,1 мкмоль/л, АСТ – 0,5 мкмоль/л, HBsAg – отрицательный.

УЗИ – жировой гепатоз. ЭКГ – синусовая тахикардия, изменение в левом предсердии, деполитизирующие изменения в миокарде.

На основании этих данных установлен диагноз: Болезнь Верльгофа, хроническое, часто рецидивирующее течение.

Осложнения: стероидная язва желудка, Кушингизм, гиперполименорея. Постгеморрагическая анемия тяжелой степени.

Сопутствующее: хронический гепатит.

Больная получила общее укрепляющее, гемостатики, рибоксин, железистые препараты и препараты калия, эритроцитарная масса, плазмы.

Раствор дексаметазона по 6,0 мг в день в виде ингаляции 3 дня и 7 дней по 4,0 мг в день + по 4,0 мг внутривенно.

Общие анализы на 3-й день лечения: Hb – 110 г/л, эритроциты – 3,9 млн., тромбоциты – $36,1 \times 10^9$ /л, лейкоциты – $6,1 \times 10^9$ /л, лимфоциты - 32%, СОЭ – 8 мм/час.

ЭГДФС (3 день)– выявлена язва желудка. Состояние больной улучшилось, гемодинамика стабилизировалась, цвет стула нормализовался. Петехии на теле исчезли на 5-6 день, синяки уменьшились и некоторые рассосались, цвет приобрел желто-коричневый цвет.

На 14-й день лечения: Hb – 118 г/л, эритроциты – 4,0 млн., тромбоциты – $80,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты – $7,0 \times 10^9$ /л, сегментоядерные – 59%, лимфоциты - 37%, СОЭ – 9 мм/час. Соответственно положительные сдвиги в коагулограмме. После стабилизации общего состояния больной произведена операция – спленэктомия по предложенной способом клиник. Во время операции кровопотеря составила более 30,0 мл, после операции через дренажную трубку выделилось около 10 мл и удалено в 2-й день. Послеоперационное течение гладкое.

Общий анализ крови после операции: Hb – 129 г/л, эритроциты – 4,2 млн., тромбоциты – $175,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты – $6,7 \times 10^9$ /л, сегментоядерные – 75, лимфоциты - 14,0%, СОЭ – 5 мм/час. Коагулограмма: ККВ - 37'', ПТИ – 95%, толерантность плазмы к гепарину - 10', ретракция кровяного сгустка – 0,4. Выписан на 9-й день после операции в удовлетворительном состоянии, склинико-гематологической ремиссией.

Результаты и обсуждение

После гормонального лечения у 2 больных с тромбоцитопенией (33,3%) тромбоциты поднялись до 60 тысяч и на 4 день купирован геморрагический синдром в виде ЖК. Получена клиническая ремиссия в среднем на 10 день, а у 4 (66,7%) больных тромбоциты достигли от 150 000 до 175000 в среднем на 7 день. У всех 4 больных были купированы явления геморрагического синдрома в виде ЖК на 2-3 день лечения и получена клиничко-гематологическая ремиссия. У 1 больной после спленэктомии, получена клиничко-гематологическая ремиссия.

Гемодинамические показатели у всех больных нормализовались. У двоих гемоглобин поднялся до нормы, остальные выписаны с легкой степенью анемии.

Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что при приёме ГКС гормонов *per os* в больших дозах, а также длительно у больных болезнью Верльгофа, могут возникать осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта. ГКС не только вызывают развитие язв, но и тормозят заживление уже имеющихся язв. Экспериментальное воспроизведение острой недостаточности коры надпочечников вызывает подавление секреции, нарушение слизистой оболочки с развитием язв. В условиях гормональной недостаточности резистентность слизистой оболочки к действию ulcerогенных факторов желудка, несомненно, понижается.

Большие дозы ГКС гормонов при их многократных назначениях *per os* замедляют заживление пораженных участков желудочно-кишечного тракта и приводят к обострению имеющихся в нём патологических процессов. Длительная гормональная терапия приводит к недостаточности коры надпочечников, это, в свою очередь, подавляет секрецию желудочно-кишечного тракта, приводит к нарушению целостности слизистой

оболочки и развитию гастрита, дуоденита либо язвы в желудочно-кишечном тракте. Сосудистый эндотелий при тромбоцитопении, лишенный ангиотрофической функции тромбоцитов, становится порозным, ломким, повышено проницаемым, особенно у больных с выраженным геморрагическим синдромом и при гормональной поражении ЖКТ, часто осложняется кровотечением.

Учитывая это, гормональные препараты переведены от per os на ингаляционное или внутривенное введение с увеличением дозы. Эндоскопическое исследование проводится при продолжающемся желудочном кровотечении под усиленной гемостатической терапией. При эндоскопическом исследовании, любая дополнительная травма может стать источником кровотечения, в том числе местные эндоскопические гемостазы. Дальнейшие эндоскопические исследования и лечение надо проводить после нормализации количества тромбоцитов в крови и их функции.

Между числом тромбоцитов и клиническими проявлениями имеется определённая взаимосвязь. При числе тромбоцитов выше $30-50 \times 10^9/\text{л}$ течение заболевания часто бессимптомное. Когда количество тромбоцитов ниже $30 \times 10^9/\text{л}$ появляются геморрагические осложнения. Необходимо знать, что определение причины кровоточивости возможно только с помощью лабораторных методов. Без эффективности консервативной лечение и продолжающейся кровотечения рекомендуются экстренная спленэктомия.

Литература:

1. Yusufjanovich, E. U., Rafiqovich, Z. A., & Irsalievich, E. K. (2023). Assessment of the Process of Epithelialization After Complex Treatment of Diabetic Foot Syndrome. *Texas Journal of Medical Science*, 16, 19-23.
2. Yusufjanovich, E. U., & Rafiqovich, Z. A. (2023). Treatment of purulent-necrotic lesions of the lower extremities with modern drugs. *Conferencea*, 88-94.
3. Каримов, Ш. И., & Эргашев, У. Ю. (1998). Перитонеальный диализ в лечении распространенного гнойного перитонита. *Хирургия*, (4), 20-21.
4. Ergashev, U. Y., Zokhirov, A. R., & Ernazarov, K. I. (2022). THE STUDY OF PATHOMORPHOLOGICAL DIAGNOSIS OF VITAL ORGANS AFTER MODERN TREATMENT OF DIABETIC FOOT SYNDROME.
5. Ergashev, U. Y., Zokhirov, A. R., & Ernazarov, K. I. (2022). THE STUDY OF DIAGNOSTICS AND PREVENTION OF PATHOPHYSIOLOGICAL PARAMETERS AFTER MODERN TREATMENT OF PURULENT-NECROTIC PROCESSES IN DIABETIC.
6. Ergashev, U. Y., Mustafakulov, G. I., Mominov, A. T., Yakubov, D. R., Zohirov, A. R., & Ernazarov, X. I. (2022). Effective of Simultaneous Surgeries in Chronic Immune Thrombocytopenia.
7. Ergashev, U. Y., Zokhirov, A. R., & Minavarkhujaev, R. R. (2023). The study of pathological physiology of indicators of endogenous intoxication in purulent-necrotic lesions of the lower extremities.
8. Ergashev, U. Y., Zokhirov, A. R., & Minavarkhujaev, R. R. (2022). Determination of changes in the lipid peroxidase index in purulent-necrotic lesions of the lower extremities.

9. Ergashev, U. Y., Mustafakulov, G. I., Muminov, A. T., Minavarkhujaev, R. R., Yakubov, D. R., Ernazarov Kh, I., & Zohirov, A. R. (2021). The role of minimally invasive technologies in the treatment of liver cavities. *Frontiers in Bioscience-Landmark*, 8, 82-89.
10. Ergashev, U. Y., Zohirov, A. R., Minavarkhojayev, R. R., & Mominov, A. T. (2023). IMPROVING METHODS FOR DIAGNOSING AND MONITORING ENDOTOXICOSIS IN EXPERIMENTAL DIAETIC FOOT SYNDROME. *World Bulletin of Public Health*, 19, 84-95.
11. Эрназаров, Х. И., Эргашев, У. Ю., Зохилов, А. Р., & Каримов, Х. Я. (2022). ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА РЕОМАННИСОЛ В ЛЕЧЕНИИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.
12. Mustafakulov, G. I., Ergashev, U. Y., Muminov, A. T., & Yakubov, D. R. (2021). Splenectomy for hairy cell leukemia. *Central Asian Journal of Medicine*, 2021(4), 160-167.
13. Ergashev, U. Y., Mustafakulov, G. I., Kuryazov, A. M., & Yakubov, D. R. (2020). Treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura: prevention of hormonal complications in the stomach and duodenum. *Central Asian Journal of Medicine*, 2020(2), 5-28.
14. Эргашев, У. Ю., & Зохилов, А. Р. (2023). ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ И ПРИМЕНЕНИЕ АЛГОРИТМА. *European Journal of Interdisciplinary Research and Development*, 12, 6-16.
15. Ergashev, U. Y., Zokhirov, A. R., & Minavarkhujaev, R. R. (2023). Study and treatment of changes in biochemical processes in complications of diabetes mellitus.
16. Zohirov, A. R., Ergashev, U. Y., & Ernazarov, H. I. (2022, June). Qandli diabetda oyoqning yiringlinekrotik shikastlanishlarining patomorfologik jihatlarini kompleks davolashni o'rganish. In *International scientific forum-2022* (pp. p132-136).
17. Зохилов, А. Р., Эрназаров, Х. И., & Эргашев, У. Ю. (2022, January). ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ. 64-ОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ «НАУКА И ЗДОРОВЬЕ» ПОСВЯЩЕННАЯ ДНЮ НАУКИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ.
18. Эрназаров, Х., Зохилов, А., Эргашев, У. Ю., & Исраилов, Р. (2022). ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ.
19. Эргашев, У. Ю., Зохилов, А. Р., Мустафакулов, Г. И., & Моминов, А. Т. (2023). ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТИ СОВРЕМЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОСТРАНСТВАХ ПЕЧЕНИ. *European Journal of Interdisciplinary Research and Development*, 12, 17-26.
20. Yusufjanovich, E. U., Tashgarkanovich, M. A., & Muzaffarovich, M. N. (2023). Evaluation of biochemical changes in endogenous intoxication in diabetic complications. *Conferencea*, 109-114.
21. Yusufjanovich, E. U., & Rafiqovich, Z. A. (2023). EVALUATION OF THE LIPID PEROXIDASE INDEX IN DIABETIC COMPLICATIONS. *Conferencea*, 68-73.
22. Karimov, X. Y., Ergashev, U. Y., & Yakubov, D. R. (2022). Complex treatment in severe

forms of acute proctitis. *Web of Scientist: International Scientific Research Journal*, 3(9), 199-203.

23. Эргашев, У. Ю., & Зохиоров, А. Р. (2023). ИЗУЧЕНИЕ ПАТОМОРФОЛОГИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ. *European Journal of Interdisciplinary Research and Development*, 12, 27-31.

24. Эргашев, У. Ю., Моминов, А. Т., Маликов, Н. М., & Якубов, Д. Р. (2022). Нарушение целостности стопы у пациентов с сахарным диабетом (обзор литературы). *Journal of new century innovations*, 17(1), 7-18.

25. Ergashev, U. Y., Minavarkhujayev, R. R., Gafurov, B. T., Malikov, N. M., Ortiqboyev, F. D., & Abdusalomov, B. A. (2022). Efficiency of Percutaneous Minimally Invasive Technologies in the Treatment of Patients with Obstructive Jaundice.

26. Атаходжаева, Ф. А., Сохибова, Г. К., Эргашев, У. Ю., & Зохиоров, А. Р. (2023, February). ВЛИЯНИЯ ВИТАМИНА Д НА ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКОЙ. In *E Conference Zone* (pp. 35-41).

27. Каримов, Ш. И., Ахмедов, Р. М., & Эргашев, У. Ю. (1992). Поглощительная выделительная функция печени у больных с механической желтухой до и после эндобилиарных вмешательств. *Вестник хирургии*, 148(1), 138.

28. Эргашев, У. Ю., Якубов, Д. Р., & Моминов, А. Т. (2022). ЎТКИР ПЕЛВИОРЕКТАЛ ПАРАПРОКТИТ БЎЛГАН БЕМОРИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ (КЛИНИК ХОЛАТ). *Development of pedagogical technologies in modern sciences*, 1(2), 63-64.

29. Mustafakulov, G., Ergashev, U. B., Kuryazov, A., Yakubov, D., & Atakhadjaeva, F. (2020). The Approach to Managing the Patients with Idiopathic Thrombocytopenic Purpura: A Case-Control Study. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology*, 14(4).

30. Ergashev, U., & Zohirov, A. (2023). STUDYING THE EFFICACY OF MODERN SCLEROTHERAPY IN VASCULAR SURGERY. *Journal of Academic Research and Trends in Educational Sciences*, 2(1), 211-217.

31. Ergashev, U. Y., Abdusalomov, B. A., Minavarkhojyayev, R. R., Ortiqboyev, F. D., & Malikov, N. M. (2023). Evaluation of the pathomorphology of regeneration in diabetic foot syndrome and determination of its dependence on biochemical processes. *World Bulletin of Public Health*, 19, 66-78.

32. Ergashev, U., & Zohirov, A. (2023). COURSE AND PRINCIPLES OF TREATMENT OF ACUTE APPENDICITIS IN PREGNANCY. *Journal of Academic Research and Trends in Educational Sciences*, 2(1), 218-225.

33. Эргашев, У. Ю., Маликов, Н. М., Ортикбоев, Ф. Д., & Минавархужаев, Р. Р. (2023). Перитониальный индекс Мангейма в прогнозировании послеоперационных осложнений у больных с перитонитом.

34. Ergashev, U. Y., Malikov, N. M., Yakubov, D. R., Abdusalomov, B. A., & Gafurov, B. T. (2023). Use of Collagen and Fibroblasts in Modern Medicine (Review of Literature). *Eurasian Research Bulletin*, 17, 78-84.

35. ЭРГАШЕВ, У., МОМИНОВ, А., ГАФУРОВ, Б., МАЛИКОВ, Н., & МИНАВАРХУЖАЕВ, Р. (2023). ПРИМЕНЕНИЕ СОВРЕМЕННЫХ РАНОЗАЖИВЛЯЮЩИХ МЕТОДОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЯЗВ (ОБЗОР

ЛИТЕРАТУРЫ). *European Journal of Interdisciplinary Research and Development*, 11, 181-187.

36. Мустафакулов, Г. И., Атаходжаева, Ф. А., & Эргашев, У. Ю. (2020). Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура при беременности.

37. Atakhodjaeva, F., Soxibova, G., & Ergashev, U. (2023). MANAGEMENT OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH UTERINE MYOMA. *Journal of Academic Research and Trends in Educational Sciences*, 2(1), 153-159.