



ТРАВМА ОРГАНОВ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ. АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

Азимов Олим Халимович

Врач-ординатор отделения экстренной хирургии № 2 Навоийского филиала республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г.Навои, Узбекистан

Резюме. В статье приведены основные характеристики травмы мочеполовых органов. Представлена классификация травмы почки, мочеточника, мочевого пузыря, уретры и современный подход к диагностике и лечению повреждений почки, мочеточника, мочевого пузыря, уретры и наружных половых органов. Учитывая предстоящий Чемпионат мира по футболу FIFA 2018, который в том числе будет проводиться в г. Самаре, в статье изложен алгоритм оказания помощи, включающий догоспитальный этап при травмах мочеполовой системы.

Ключевые слова: травма почки, мочеточников, мочевого пузыря, уретры, догоспитальная помощь, наружные половые органы, цистостома.

Abstract. The main characteristics of trauma of the genito-urinary organs are given in the article. The classification of the injury of the kidney, ureter, bladder, urethra and a modern approach to the diagnosis and treatment of damage to the kidney, ureter, bladder, urethra and external genitalia are presented. The article describes the algorithm for providing assistance, including the pre-hospital stage for trauma to the genitourinary system.

Keywords: trauma of the kidney, ureters, bladder, urethra, prehospital care, external genital organs, cystostomy.

Травма органов мочеполовой системы. Алгоритм оказания помощи.

Актуальность. Повреждения органов мочеполовой системы составляют 1.5 — 3% в общей структуре травм всех органов. Это в основном



обусловлено урбанизацией, увеличением дорожно-транспортных происшествий, аварий, катастроф при массовых мероприятиях (соревнования по различным видам спорта, фестивали, олимпиады и т.д).

Урологическая травма, как правило, является частью сочетанной травмы, чаще встречается у лиц молодого и среднего возраста, может приводить к инвалидизации, а также к смерти пострадавшего. Таким образом, от того насколько быстро и правильно будет установлено наличие повреждения органов мочеполовой системы, уточнены локализация и характер, зависят дальнейшая тактика лечения и исход травмы.

Цель - привести основные характеристики травмы мочеполовых органов, представить классификацию травмы почки, мочеочника, мочевого пузыря, уретры и современный подход к диагностике и лечению этих повреждений, в том числе на догоспитальном этапе.

Травма почки.

Травма почки является наиболее частой среди всех травм органов мочеполовой системы. Частота травм почки составляет 10% среди всех абдоминальных травм в мирное время, и 65% среди травм органов мочевыделительной системы [1]. Среди видов повреждений выделяют тупые и проникающие травмы. Тупая травма почки может возникнуть в результате автодорожной катастрофы, падения с высоты (85-90%), при контактных видах спорта, при нападении на человека. Как правила, такие повреждения имеют сочетанный характер. Среди проникающих ранений выделяют: огнестрельные, колотые, ятрогенные. По степени тяжести выделяют 4 группы. К первой группе относят повреждения окружающей почку жировой клетчатки и разрыв фиброзной капсулы. Могут быть мелкие надрывы коркового слоя почки, мочевой инфильтрации обычно нет. Вторая группа повреждений характеризуется подкапсульным разрывом паренхимы, не проникающим в полостную систему. Имеется большая субкапсулярная гематома. Третья группа характеризуется разрывом капсулы и паренхимы с проникновением в полостную систему почки. Такие разрывы сопровождаются наличием



урогематомы и профузной гематурией. Самыми тяжелыми являются повреждения четвертой группы. К ним относятся размозжения или отрыв сосудистой ножки и, что бывает реже, отрыв мочеточника. При таких травмах наблюдается интенсивное кровотечение с клиникой геморрагического шока. Есть еще одна форма повреждений почек — *commotio renis* — это результат легкой травмы, который может сопровождаться рефлексорной анурией в течение 2-3 суток [2].

На повреждение почек указывают следующие признаки, выявленные при физикальном обследовании, в том числе на догоспитальном этапе: боль, припухлость почечной области, гематурия. При проникающем ранении — наличие входного и выходного отверстия. Обязательным является исследование пульса, измерение ЧСС и АД; оценка напряжения мышц и определение болезненности в проекции брюшной полости; пальпация поясничной области для оценки напряжения мышц, болезненности в области пальпации; пальпация почек (определение увеличения и/или болезненности в области пальпации); визуальная оценка цвета мочи; экспресс-анализ мочи (с помощью тест-полосок). Догоспитальный этап при признаках травматического шока и внутреннего кровотечения должен включать противошоковые мероприятия и гемостатическую терапию. Основная задача при имевшей место и продолжающейся макрогематурии, а также при подозрении на травму почки — доставка больного в стационар.

На этапе стационара диагностика травм почки включает ОАМ (гематурия), ОАК, развернутый биохимический анализ крови. Мультиспиральная компьютерная томография с контрастированием является «золотым стандартом» диагностики повреждений почек. При нестабильной гемодинамике — внутривенная пиелография (один снимок) через 10 мин после внутривенного введения контрастного вещества в дозе 2мл/кг для оценки состояния и функции контрлатеральной почки.

Легкие и средние повреждения почек требуют консервативного лечения - покой, строгий постельный режим, динамическое наблюдение,



антибактериальная, противовоспалительная, при необходимости гемостатическая терапия. Показаниями к срочной операции являются нарастание признаков внутреннего кровотечения, падение АД, тахикардия, быстрое увеличение размеров урогематомы, сочетание повреждения почки с повреждением внутрибрюшинных органов. Также срочного оперативного лечения требуют пациенты, у которых на МСКТ выявлено разможнение почки или повреждение почечной ножки, несмотря на то, что общие гемодинамические показатели еще значительно не ухудшились. Ангиография с селективной эмболизацией почечных сосудов при продолжающемся кровотечении используется как достойная альтернатива лапаротомии при изолированном повреждении почечных сосудов и стабильном состоянии пациента. Органосохраняющие операции показаны при разрывах или отрыве одного из полюсов почки, одиночные трещины, разрывы фиброзной капсулы, повреждения единственной почки, повреждения одной из почек при патологически измененной другой, одновременное повреждение обеих почек. В таких случаях оперативное пособие включает ушивание раны почки или резекция ее с обязательной установкой нефростомы. Показаниями к нефрэктомии служат разможнение почки, отрыв ее от почечной ножки, а также обширные повреждения почки, сопровождающиеся массивным кровотечением из паренхимы, остановить которое возможно только путем удаления почки. Частота сохранения почки при тяжелых травмах сосудов составляет менее 35% [3].

Травма мочеточника.

Из-за особенностей расположения, малого размера и подвижности мочеточника его травмирование происходит относительно редко и составляет только 1-3% всех повреждений мочевых путей. И тем не менее любое повреждение мочеточника может угрожать функционированию соответствующей почки.

Наличие травмы мочеточника следует подозревать во всех случаях проникающего ранения брюшной полости. Повреждения мочеточника при

тупой травме встречаются редко. Например, при резком торможении как правило происходит разрыв в зоне лоханочно-мочеточникового сегмента. Наиболее частой причиной травм мочеточника является ятрогения (интраоперационное рассечение, отрыв, резекция, деваскуляризация, электрокоагуляция и лигирование мочеточника).

Клиническая картина представлена гематурией, болью в пояснице, наличием свищей (подтекание мочи), лихорадкой, азотемией, сепсисом.

Диагностика повреждения мочеточника основывается на общеклинических анализах (ОАМ, ОАК, мочевины, креатинина), КТ почек с контрастным усилением. «Золотым стандартом» диагностики травмы мочеточника является ретроградная пиелография.

Догоспитальный этап оказания помощи пациентам с подозрением повреждения мочеточника – это обеспечение доставки пациента в стационар.

При стабильном состоянии пациента необходимо устранение повреждения мочеточника. При гематоме мочеточника, разрыве диаметром менее 50% рекомендована установка мочеточникового стента либо нефростомы. Через 3-6 месяцев внутривенная урография. При разрыве стенки мочеточника диаметром более 50% или полном отрыве показано иссечение краев мочеточника здоровых тканей, спатуляция краев мочеточника, установка внутреннего мочеточникового стента, создание герметичного анастомоза рассасывающимися нитями, установка наружного пассивного дренажа, изоляция повреждения с использованием брюшины или сальника, наложение нефростомы. Дальнейшие способы реконструкции зависят от локализации и причины повреждения. При нестабильном состоянии или при старой травме обеспечить отведение мочи (чрезкожная нефростомия, установка мочеточникового стента) или выполнение уретерокутанеостомии. Реконструктивная же операция выполняется в плановом порядке после стабилизации пациента.

Травма мочевого пузыря.



Травма мочевого пузыря стоит на втором месте среди травм органов мочеполовой системы после травмы почки и составляет 25%. Тупая травма мочевого пузыря возникает в результате резкого торможения при автомобильной аварии или внешнего удара в гипогастральную область. Более 95% разрывов мочевого пузыря сопровождаются переломом костей таза [4]. Проникающая травма мочевого пузыря возникает в результате проникающего ранения в гипогастральную область, в области таза и промежности. Более половины проникающих ранений мочевого пузыря сопровождаются травмой кишечника. Ятрогенные травмы мочевого пузыря возникают при трансуретральных операциях, цистолитотрипсии, цистолитолапаксии, гинекологических и абдоминальных операциях.

Травма мочевого пузыря бывает открытая и закрытая, а также изолированная и сочетанная. Практическое значение имеет деление повреждений мочевого пузыря на внебрюшинные (80% случаев, обычно сопровождаются переломом костей таза) и внутрибрюшинные (20% случаев, возникают при переполненном мочевом пузыре вследствие удара или давления на брюшную стенку). Излившаяся в брюшную полость моча вызывает явления химического, а затем гнойного перитонита, который при отсутствии своевременной помощи ведет к гибели пострадавшего. Не менее тяжело протекают внебрюшинные разрывы, которые на 2-3й день ведут к мочевой интоксикации и уросепсису. Существует еще один вид повреждения, который одни авторы относят к травме мочевого пузыря, а другие к травме уретры. Это отрыв пузыря от уретры, который возникает при переломе костей симфиза, обломки которых как бы отсекают шейку мочевого пузыря от уретры. Закрытые повреждения мочевого пузыря не имеют типичной клинической картины. В первые часы, как правило пациент находится в состоянии шока. Через некоторое время после повреждения появляется боль в области таза или гипогастральной области, напряжение мышц в нижней части живота, вздутие живота, затрудненное или учащенное мочеиспускание, невозможность самостоятельного мочеиспускания, бесплодные позывы,



сопровожающиеся выделением нескольких капель мочи, окрашенных кровью, болезненные тенезмы в области мочевого пузыря и прямой кишки. При внутрибрюшинном разрыве тенезмы могут отсутствовать, т.к моча изливается в брюшную полость, но будет наблюдаться клиника перитонита. В очень редких случаях петля кишки или сальника может закрыть перфоративное отверстие пузыря. Благодаря этому акт мочеиспускания может быть не нарушен, но иногда отмечаются гематурия и перитонеальные симптомы. Часто при внебрюшинном разрыве бывает гематома в надлобковой области и/или мочевого затек, который может распространяться на промежность, мошонку, переднюю брюшную стенку, бедра.

При подозрении травмы мочевого пузыря диагностика должна включать осмотр брюшной полости, а также ректальное и тазовое исследования для исключения сопутствующих травм. Цистография дает возможность установить факт разрыва, его форму (вне- и внутрибрюшинную) и локализацию мочевого затека. Точность данного метода составля 85-100% при адекватном наполнении мочевого пузыря (более 350мл раствора контрастного вещества). Снимки выполняются до наполнения, после наполнения, и после опорожнения мочевого пузыря в прямой и боковой проекциях. Цистоскопия дает возможность диагностировать все формы повреждения мочевого пузыря, но иногда из-за выраженного кровотечения из стенки мочевого пузыря, визуализация при данном методе крайне затруднительна.

Догоспитальный этап оказания помощи при признаках травматического шока и внутреннего кровотечения – противошоковые мероприятия и гемостатическая терапия. При подозрении у пациента разрыва мочевого пузыря необходима экстренная его доставка в стационар и срочное оперативное лечение.

В условиях стационара при ушибе мочевого пузыря – установка уретрального катетера и консервативное ведение. Удаление катетера после разрешения макрогематурии. При внутрибрюшинном разрыве производят

лапаротомию. Брюшную полость осушают от мочи и крови. Рану мочевого пузыря ушивают двухрядно. После этого внебрюшинно производят цистостомию. При внебрюшинном повреждении мочевого пузыря операция заключается в обнажении пузыря надлобковым экстраперитонеальным доступом, в ревизии его, ушивании обнаруженных дефектов и обязательном дренировании через эпицистостому. Для предупреждения мочевых затеков необходимо дренирование паравезикального пространства через запирающее отверстие или седалищно-прямокишечное пространство[5].

Травма уретры.

Среди повреждений органов мочеполовой системы травма мочеиспускательного канала занимает 4-е место. Она часто комбинируется с переломом костей таза. У женщин травма уретры встречается крайне редко (не более 3%). Большинство (80-90%) пациентов с травмой уретры – это мужчины трудоспособного возраста (20-50 лет). Повреждения уретры бывают открытые (резаные, колотые, рваные, огнестрельные) и закрытые, проникающие и непроникающие, изолированные и комбинированные. По локализации выделяют травму передней и задней уретры.

Клинические проявления зависят от характера и объема повреждения. При травме мочеиспускательного канала довольно часто встречается уретрорагия. Также может быть гематурия, боль при мочеиспускании или невозможность помочиться, гематома в области наружных половых органов, наличие или отсутствие перелома костей таза, краниальное смещение предстательной железы (выявляется при ректальном обследовании). Диагностика включает ретроградную уретрографию, на которой выявляются локализация разрыва и затеки рентгенконтрастного вещества за пределы мочеиспускательного канала.

При выявлении признаков повреждения уретры на догоспитальном этапе катетеризация мочевого пузыря противопоказана, т.к она может вызвать добавочные повреждения уретры. Если у пациента имеется перелом костей таза и повреждение нижних мочевых путей, то необходимо проведение



мероприятий остановке кровотечения и противошоковая терапия, срочная транспортировка пациента в стационар.

В условиях стационара при травме задней уретры необходимо выполнить надлобковую цистостомию с последующей отсроченной реконструктивной операцией. Если с момента травмы прошло не более 6 часов можно применить первичный шов уретры с последующей эпицистостомией. У пациентов с переломом костей таза и повреждением нижних мочевых путей необходимо наряду с отведением мочи провести широкое дренирование тазовой клетчатки через запирательное отверстие по Буяльскому — Мак Уортеру или через седалищно-прямокишечную ямку. Около 15% случаев разрыва задней части уретры сопровождаются разрывом мочевого пузыря. Поэтому при наложении открытой цистостомии необходима ревизия мочевого пузыря.

Травма наружных половых органов.

Травматическое повреждение наружных половых органов наблюдается у 2-10% госпитализированных в стационар пациентов. Распространенность выше у мужчин, чем у женщин. Возраст 15-40 лет. Тупая травма встречается в 80% случаев. У мужчин тупая травма гениталий чаще бывает односторонней. У 1% мужчин — билатеральное поражение мошонки или яичек. При проникающих ранениях наружных половых органов возникновение сопутствующих повреждений зарегистрировано у 70% пациентов[6].

Травма мошонки бывает закрытая и открытая (резаная, колотая и т.д.). Могут быть с повреждением органов мошонки и без. Клиническая картина довольно яркая - резкая боль в области мошонки, отек и/или гематома мошонки (гематоцеле), которая может достигать больших размеров, распространяться на половой член, промежность, бедра, иногда на переднюю брюшную стенку. При открытых повреждениях возможно обнажение и выпадение в рану яичка. Диагностика не представляет особых сложностей и основывается на осмотре мошонки, УЗИ органов мошонки с доплерографией сосудов. Догоспитальный этап оказания помощи - лед местно,



обезболивающая терапия, транспортировка в стационар. При открытом повреждении мошонки - первичная хирургическая обработка и остановка кровотечения.

В стационаре во всех случаях проникающей травмы или при подозрении на разрыв оболочек яичка при тупой травме показана ревизия мошонки через доступ путем поперечного разреза, ушивание дефекта. Основные принципы ревизии мошонки: полное обнажение яичек, их придатков и семенного канатика, дренирование гематоцеле, сохранение даже малого количества ткани яичка, ушивание дефекта белочной оболочки рассасывающимся шовным материалом, использование лоскута из влагалищной оболочки при недостаточном размере белочной оболочки для восстановления целостности яичка. Орхэктомия показана в случае полной деструкции яичка[7].

Травма полового члена.

Различают открытую (ампутация, ущемление, огнестрельное ранение, колотые раны), закрытую (ушиб, перелом, вывих), изолированную и комбинированную травму полового члена.

Перелом полового члена сопровождается внезапным звуком (хруст), немедленным прекращением эрекции. В связи с возникновением нарастающей гематомы быстро развивается локальный отек. Ретроградная уретрография показана при травмах полового члена, сопровождающихся макро- и микрогематурией, а также при проникающих ранениях, т.к. 25% из них сопровождается травмой уретры.

Лечение на догоспитальном этапе при кровотечении следует избегать кольцевой компрессии попытке его остановки, незамедлительная транспортировка пациента в стационар. На этапе стационара при разрывах и переломах выполняется ушивание дефекта рассасывающимися нитями, операция должна заканчиваться циркумцизией.

При ампутации важна правильная транспортировка ампутированной части полового члена (обернутая в марлевую салфетку, смоченную



физиологическим раствором, помещенная в пластиковый пакет и контейнер со льдом), в стационаре - надлобковая цистостомия, реимплантация полового члена [8].

При ущемлении необходимо осторожно удалить сдавливающее кольцо и зафиксировать половой член в приподнятом положении. При длительном ущемлении, при развитии выраженной ишемии и некроза тканей – некрэктомия, пересадка кожи.

Заключение. При подозрении у пациента травмы МВС необходимо соблюдение основных принципов на всех этапах оказания помощи: покой пациента, адекватное обезболивание, при продолжающейся макрогематурии — гемостатическая терапия. При признаках травматического шока и внутреннего кровотечения у пострадавшего незамедлительное начало противошоковых мероприятий. И во всех случаях подозрения травмы органов мочеполовой системы необходимо обеспечить доставку пациента в многопрофильное лечебное учреждение с наличием специализированного урологического отделения для дальнейшей диагностики и лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов. Том 2. - Москва, 2016. - 468 с.
2. Неотложные состояния в урологии / ред. Х. Хашим и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 320 с.
3. Урология. Стандарты медицинской помощи /сост. А.С.Дементьев, Н.И.Журавлева, С.Ю. Кочетков, Е.Ю. Чепанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 208с.
4. Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы: практическое руководство. М.:ГЭОТАР, 2004. – 62 с.
5. Довлатян А.А. Травма органов мочеполовой системы (клиника, диагностика, тактика лечения): Руководство для врачей. – М.: Издательство БИНОМ. – 2012. – 280 с.



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. Современные подходы к лечению острой кишечной непроходимости //Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 4. – С. 116-120.
8. Хаджибаев Ф. А., Мансуров Т. Т., Элмуродов Г. К. Вопросы диагностики острой кишечной непроходимости //Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 1. – С. 77-83.
9. Хаджибаев Ф. А. и др. Возможности ультразвукового исследования в оценке характера и тяжести закрытой травмы живота //Вестник экстренной медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 6. – С. 14-19.
10. 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.
11. Мустафакулов И. и др. Тяжелая сочетанная травма живота //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 63-68.
12. Турсунов Б. С., Элмуродов Г. К. Хирургическая реабилитация обожженных //Аллергология и иммунология. – 2007. – Т. 8. – №. 1. – С. 288-288.24.
13. Элмуродов 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.
14. Хаджибаев Ф.А., Шукуров Б.И., Элмуродов 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.
15. Хаджибаев Ф.А., Шукуров Б.И., Элмуродов 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.
16. 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.
17. 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.
18. Элмурадов Г.К., Шукуров Б.И., Пулатов М.М. Қорин бўшлиғи ёпик жароҳатларида миниинвазив диагностика ва даволаш имкониятлари // Биомедицина ва амалиёт журналы – 2022. – Т.7. – №6. – 394-401.
19. 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.
20. 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.
21. Элмурадов Г.К. Современные взгляды к ведению больных с закрытой травмой живота. // Биология ва тиббиёт муаммолари. – 2023. – №2(143). – С. 289-294.
22. 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.



23. 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.
24. 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.
25. 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
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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.
30. 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.
31. Elmuradov G.K., Yangiev B.A., Pulatov M.M., Xursanov Y.E., Umurzoqov B.A. Qorin bo'shlig'i yopiq jarohatlarida sonografiya va videolaparoskopiyaning qo'llash // Research Focus, Uzbekistan international scientific journal. – 2023–Vol 2. Issue 1, P. 173-180.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. Раимов 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.



36. Пулатов М. М., Раимов 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. – .Р 21-36.
37. Yangiev Baxtiyor Axmedovich, Elmuradov Golibjon Kars'hievich, Kuliev Yuldos'h Usmanovich, Ruziev Nizomiddin Uzakovich, Berdiev Shaxrux 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.
38. Галим Аскарлович Тогызбоев, Голибжон Каршиевич Элмурадов. Роль эндоскопической хирургии в лечении больных с трубной беременностью//World scientific research journal. <https://scientific-jl.org/index.php/wsrj>, Volume-18 35.– Issue-1.– January-2025. – Р 18-28.
39. Тулкин Намазович Юлдашев, Голибжон Каршиевич Элмурадов. Противоспаечные барьеры в оперативной гинекологии//Лучшие интеллектуальные исследования. <https://scientific-jl.org/index.php/luch>. Часть-36–Том-1–Январь-2025 – Р 99-114