

А.М. Морозов, Г.А. Дубатов, Ю.Е. Минакова, А.Н. Пичугова

ПРИЧИНЫ АБДОМИНАЛЬНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ПРАКТИКЕ ХИРУРГА.

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Резюме. Боль в животе – всегда тревожный знак для любого врача и показание к направлению пациента для консультации хирурга. Но так ли просто поставить диагноз, если пациент не может описать своё болевое ощущение вследствие страха, дискомфорта и просто невозможности адекватно оценивать своё состояние. В таком случае правильно заданный вопрос хирурга может спасти жизнь человека следствием правильного установленного диагноза. Абдоминальная боль может быть причиной различной ургентной патологии, в связи с этим уточнение локализации, интенсивности с помощью специально разработанных шкал боли, момента появления, длительности и иррадиации боли важно для постановки первичного диагноза. Необходимо также провести дифференциальную диагностику с такими заболеваниями, как язвенная болезнь желудка, острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит. Не стоит забывать и о почечной, печеночной и кишечной колике, инфаркте миокарда, плеврите и нижнедолевой пневмонии. Зная отличия в клинике болевого синдрома каждого из приведённых заболеваний можно избежать необоснованного хирургического вмешательства или наоборот провести его не теряя время на длительные диагностические манипуляции.

Ключевые слова. Боль, острый живот, перитонит, обезболивание, диагностика, хирургия.

CAUSES OF ABDOMINAL PAIN SYNDROME IN SURGEON'S PRACTICE.

A.M. Morozov, G. A. Dubatolov, Ju.E. Minakova, A.N. Pichugova

Tver State Medical University,

Summary. Abdominal pain is always a wake-up call for any doctor and an indication for referring a patient to a surgeon. But is it so easy to make a diagnosis if the patient cannot describe his painful sensation due to fear, discomfort and simply the inability to adequately assess his condition? In this case, a correctly asked question from a surgeon can save a person's life. Abdominal pain is terrible due to peritonitis, which may be hidden under it, therefore, clarification of localization, intensity with the help of specially developed pain scales, the moment of onset, duration and irradiation of pain is important for making the initial diagnosis. It is also necessary to carry out differential diagnosis with diseases such as gastric ulcer, acute appendicitis, acute cholecystitis, acute pancreatitis. Do not forget about renal, hepatic and intestinal colic, myocardial infarction, pleurisy and lower lobe pneumonia. Do not forget about renal and hepatic colic, acute pancreatitis, myocardial infarction, pleurisy and lower lobe pneumonia. Knowing the differences in the clinic of the pain syndrome of each of the above diseases, it is possible to avoid unjustified surgical intervention or, on the contrary, to carry it out without wasting time on long-term diagnostic manipulations.

Key words. Pain, acute abdomen, peritonitis, anesthesia, diagnosis, surgery.

Введение. Болевой синдром у хирургического больного разнообразен, но имеет общий вид в целом, поэтому диагностика острых хирургических заболеваний органов брюшной полости без оперативного вмешательства довольно часто представляет трудность. Своевременная диагностика, в свою очередь, это основа успешного лечения таких сложных пациентов, ведь симптоматика острого живота может означать серьёзную угрозу для жизни больного [1].

Даже в условиях современного оснащения хирургических отделений, экстренность ситуации не всегда позволяет провести необходимые инструментально-лабораторные исследования для полноценной постановки диагноза и хирургу приходится действовать исходя из собранного им самим анамнеза [2].

Цель исследования. Изучить и обобщить варианты абдоминального болевого синдрома хирургического больного.

Материалы и методы исследования. Произведено изучение и анализ литературных источников, материала из актуальных публикаций за последние 5 лет, содержащих информацию о феномене острого живота и абдоминального болевого синдрома в хирургической практике.

Результаты и их обсуждение. В большинстве случаев именно боль приводит пациента на прием к хирургу, ведь она значительно ухудшает качество жизни больного и является для него главным индикатором угрозы. В некоторых экстренных случаях нет возможности провести полноценную лабораторно-инструментальную диагностику больного. Поэтому в таких случаях важна компетентность хирурга, его умение диагностировать заболевание на уровне сбора анамнеза. Тактика современного врача должна включать в себя полноценное клиническое обследование больного: сбор общих сведений о больном, данных субъективного и объективного обследования. Субъективное обследование включает сведения, полученные при выяснении жалоб больного, анамнеза заболевания (anamnesis morbi) и анамнеза жизни (anamnesis vitae). Объективное обследование является результатом оценки состояния больного на момент осмотра (status praesens communis et localis) [3,4].

Обратим внимание на сбор анамнеза. Одним из главных составляющих анамнеза болевого синдрома является сбор жалоб больного. Основная проблема заключается в том, чтобы это было выполнено правильно и полноценно. При детализации боли необходимо первостепенно выслушать больного, задавая ему уточняющие наводящие вопросы, особенно при неопределённом характере болевых ощущений, которые помогут объяснить тяжесть заболевания. При этом стоит обращать внимание на психологическое состояние пациента, его культурный уровень, общее развитие и возраст, всё это может отразиться на эмоциональном восприятии болевого ощущения, тем самым исказит описание симптома. Наиболее благоприятный расклад, когда пациент может сам чётко указать локализацию болевого ощущения, иррадиацию, время появления, её интенсивность, но такое происходит не всегда [5,6,7]. Наибольшую трудность вызывает сбор анамнеза у детей, лиц пожилого возраста, больных в тяжелом или бессознательном состоянии – будь то кома, алкогольное или наркотическое опьянение. В таких случаях необходимо прибегнуть к опросу близких и родных пациента, либо лиц, доставивших больного в больницу. При этом опрос должен происходить последовательно, выстраивая цепочку событий, приведших к возникновению заболевания [8].

Помимо рутинного сбора анамнеза хирург может использовать специально разработанные шкалы боли для определения интенсивности болезненного ощущения и, как следствие, тяжести заболевания и экстренности ситуации. Например, визуально-аналоговая шкала, представляющая собой отрезок длиной 10 см с отметками от 0 до 10, где 0 это отсутствие болевых ощущений, а 10 – настолько сильная боль, что по ощущениям может в ближайшее время привести к гибели. Или цифровая рейтинговая шкала, тоже имеющая цифровой диапазон от 0 до 10. Они могут помочь пациенту выразить субъективное ощущение боли в момент исследования. Также имеется шкала оценки хронического синдрома Вон Корфа, которая учитывает продолжительность боли и тенденцию изменения её силы, её влияние на отдых, работу и повседневную деятельность [9,10,11].

Собрав полноценный анамнез перед врачом встаёт вопрос в его интерпретации. Главная опасность абдоминального болевого синдрома - это наличие воспалительного процесса брюшины. Поэтому необходимо разобраться в клинических особенностях перитонита и заболеваний, которые могут вызывать симптомы раздражения брюшины [12].

Понятие «острый живот» включает в себя быстро нарастающие резкие боли в животе. При этом у пациента отмечаются бледные влажные кожные покровы, испуганное, страдальческое выражение лица, поверхностное частое дыхание, частый пульс. Боль может быть нестерпимой, при этом пациент кричит от боли, принимает коленно-локтевое положение. Сам по себе «острый живот» возникает вследствие обострения или начала одно из заболеваний брюшной полости. Но сама по себе реакция организма на то или иное заболевание может быть разной, всё это зависит от реактивности организма, длительности заболевания, локализации и ограниченности самого процесса. Поэтому очень важно знать заболевания, болевые симптомы которых маскируются под маску «острого живота» [13,14,15].

Так, среди заболеваний желудка и кишечника яркий болевой синдром проявляется при таких заболеваниях, как острый гастрит и гастроэнтерит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, кишечная колика, острый панкреатит, острый аппендицит, острый холецистит, дивертикулит и мезентериальный тромбоз. Больные, страдающие гастроэнтеритом имеют такие признаки, как неожиданное появление болей в эпигастрии или по всему животу, иногда больше справа, может быть рвота. Главными отличительными признаками заболевания является появление боли после приёма жирной, жареной, копченой и пряной пищи, до появления болевого симптома имеет место быть рвота, боль схваткообразная. Симптом Кохера-Волковича – отрицательный, нет признаков миграции боли в правые отделы живота, как при аппендиците. Также больной жалуется на жидкий стул с тенезмами, имеется синдром интоксикации в виде головной боли, слабости, лихорадки. Пальпаторно нет локального напряжения мышц, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Купируется болевой симптом спазмолитиками [16,17,18].

Также одним из заболеваний, протекающих с абдоминальным болевым синдромом является кишечная колика, например, аллергического генеза. При этом данное заболевание протекает с сильной схваткообразной болью в животе, сопровождаемое выделением серозного секрета в брюшную полость. Отличительными признаками заболевания являются пищевые аллергии в анамнезе, схваткообразные боли, которые могут возникнуть через сутки-двое после приёма потенциального пищевого аллергена, возможны симптомы анафилаксии: отёк Квинке, тахикардия, крапивница, обмороки и гипотония. Сама колика непродолжительна и заканчивается после выделения кашицеобразного стула со слизистой поверхностью. Купируется антигистаминными препаратами [19,20].

Одним из похожих на перитонеальную боль при остром аппендиците является острый мезаденит. Это набухание лимфатических узлов брыжейки тонкой кишки и проникновение в них бактерий. Данное заболевание имеет очень много сходств с острым аппендицитом, таких как внезапные острые боли, локализованные около пупка, охватывающие правую подвздошную область. Боль сопровождается тошнотой, рвотой и метеоризмом. Пальпаторно определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Болезненность при пальпации главным образом наблюдается по линии Штернберга: от левого подреберья до через пупок в правую подвздошную область. Также нет миграции болевого симптома в правый подвздошный отдел – симптом Кохера-Волковича отрицательный [21,22,23].

Одной из самых частых причин абдоминальной боли является острый аппендицит. При этом заболевании боль – основной и наиболее ранний симптом. Начинается на фоне общего благополучия, в эпигастриальной области или около пупка. Через 4-8 часов болезненные ощущения мигрируют в подвздошную область – симптом Кохера-Волковича положительный. Боль постоянного характера, нарастает по мере нарастания деструктивных процессов. Иррадиация боли в другие области при этом не типична. Заболевание также сопровождается диспепсическими расстройствами: сухость во рту, однократная рвота в начале заболевания, тошнота – непосредственно после болевого ощущения, чаще без рвоты. Также у пациентов наблюдается диарея. Помимо этого, могут присутствовать дизурические расстройства в виде болезненного мочеиспускания и задержки мочи. Возможно развитие симптомов интоксикации – лихорадки, снижения аппетита, общей слабости [24,25].

Ещё один вариант абдоминального болевого синдрома – дивертикулит, чаще всего двенадцатиперстной и подвздошной кишки (дивертикул Меккеля). Отличительными чертами является возраст больных – в большинстве случаев пожилой. Боль обычно острая, локализуется в левом нижнем квадранте живота, без иррадиации и миграции. При пальпации живот мягкий, отмечается локальное мышечное напряжение в нижних отделах [26,27,28,29].

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки имеет выраженную связь болевого ощущения с приёмом пищи. Боль в эпигастриальной области сразу после приёма пищи возникает при локализации язвы на теле желудка. При локализации непосредственно в двенадцатиперстной кишке присутствуют так называемые «голодные боли» возникающие натощак. Больные отмечают сезонность обострения заболевания. Боль может иррадиировать в ближайшие отделы живота, может иметь постоянный характер. Заболеванию сопровождается такими симптомами, как отрыжка, изжога, рвота и тошнота после приёма пищи, похудание, связанное с отказом от еды в связи с болевыми ощущениями, вздутие живота и запоры. Важно, как можно раньше диагностировать данное заболевание, так как осложнения в виде перфорации и пенетрации язвы могут привести к развитию перитонита, что необходимо помнить при сборе анамнеза абдоминальной боли [2,30,31].

Причиной болевого синдрома могут быть также заболевания поджелудочной железы. Наглядным примером является острый панкреатит. Обычно боль у пациента связана с приёмом жирной пищи. Характер боли – опоясывающая острая боль, возникшая внезапно с сопровождающей её неукротимой рвотой с желчью, которая не приносит облегчения. Больной беспокоен, кричит от боли, не может найти спокойное безболезненное положение в постели. Имеется локальное напряжение мышц в эпигастрии, живот вздут, выслушивается ослабленная перистальтика. Перкуторно определяются положительные симптомы Воскресенского (поколачивание ребром ладони по передней брюшной стенке) и Мэйо-Робсона (болезненность в проекции хвоста поджелудочной железы) [7,32,33].

Под маской острого живота могут проявляться заболевания почек и мочевыводящих путей, болевой синдром при которых называется почечная колика. Боль при данной патологии мучительная, с иррадиацией в зависимости от уровня окклюзии мочевыводящих путей, она может иррадиировать в поясницу, пупок, подреберье, в область лобка, в переднюю поверхность бедра. Боль сопровождается рвотой, дизурией. При пальпации имеется болезненность по ходу мочеточника и при поколачивании по поясничной области, Лорина-Эпштейна (усиление боли при потягивании за яичко) [34,35,36,37,38].

Клиническая картина "острого живота" возможна при желчнокаменной болезни. Боль при данном заболевании схваткообразного характера, локализована в правом подреберье. Довольно часто сопровождается повышением температуры тела, желтухой. При пальпации можно выявить локальное напряжение мышц в области правого фланка живота, где определяется плотный, увеличенный и болезненный желчный пузырь. Имеет место быть положительный симптом Ортнера (боль при поколачивании по рёберным дугам), Мюсси-Георгиевского (боль при нажатии между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы справа) и частый пульс [39,40].

Заболевания печени также могут маскироваться под перитонеальную боль. Острый алкогольный гепатит сопровождается болями в правом подреберье или в эпигастриальной области являются. Заболевание имеет острое начало, чаще всего страдают мужчины средних лет на фоне длительного приёма алкоголя. Боль диффузная, не локализована в определенном месте. При развитии перитонита отличительной особенностью будет отсутствие напряжения мышц живота. Боль сопровождается слабостью, диареей, тремором, анорексией [41,42].

Ещё один вариант абдоминальной боли может быть вследствие тромбоэмболии мезентериальных сосудов, при котором боль не имеет определенной локализации и возникает внезапно. Сам больной при этом ведет себя беспокойно, не может найти положение в постели. Жалуется на жидкий стул с кровью, синдром интоксикации. При пальпации имеется вздутие живота, но без напряжения мышц передней стенки. При аускультации перистальтика

кишечника не выслушивается. Часто в анамнезе имеется эмболия периферических сосудов ветвей аорты [43,44].

Заболевания лёгких могут давать картину абдоминальной боли при локализации процесса в плевре или в нижних долях лёгких. Так, нижнедолевая пневмония и плеврит иногда могут давать клиническую картину заболевания желудочно-кишечного тракта, однако при обследовании выявляются все признаки воспалительного заболевания легкого. При пневмонии острая боль в животе наблюдается только в начале заболевания, при этом она не усиливается от перемены положения больного, и сопровождается лихорадкой, ознобом, кашлем, одышкой. Возможна ригидность мышц брюшной стенки со стороны поражения, которая исчезает, если пальпация проводится бережно и с отвлечением внимания пациента. При аускультации брюшной полости выслушивается нормальная перистальтика кишечника [45,46,47].

Существует абдоминальная форма инфаркта миокарда, при котором болевой синдром локализуется в эпигастрии, сопровождаясь рвотой, тошнотой и метеоризмом. Имеется также пищеводная форма инфаркта миокарда с таким же характером боли, но с преимущественным синдромом дисфагии. Для данной патологии характерно беспокойное поведение больного, чувство страха, одышка, акроцианоз. Пальпация живота обычно безболезненна, без перитонеальных симптомов и ригидности мышц брюшной стенки. Также отмечается уменьшение болевых симптомов при проведении глубокой пальпации, в отличие от обратного – усиления болезненности при остром панкреатите. Также имеется изменение сердечного ритма, гипотония и изменения на электрокардиограмме [48,49,50].

Отдельно необходимо разобрать анамнестическую клинику перитониальной боли, так как в основном именно перитонит и является синонимом термина «острый живот» и нуждается в экстренном оперативном вмешательстве. Боль возникает внезапно, как например при прободении язвы, или нарастает, как при перфорации острого аппендицита или при панкреонекрозе. Положение больного вынужденное – на боку или на спине с приведенными к животу нижними конечностями. Боль нестерпимая, пациент может кричать, лицо у него страдальческое, бледное, осунувшееся. Пальпаторно имеется напряжение мышц передней брюшной стенки, мышцы пресса рефлекторно напряжены в виде продольных валов. Имеются положительные симптомы раздражения брюшины: Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Розанова. При прободении полых органов можно перкуторно и аускультативно выявить наличие свободного газа в брюшной полости. При ректальном исследовании выявляется нависание переднего свода малого таза, пальпация резко болезненна [51,53].

Заключение. Анализируя вышесказанное можно заключить, что первичная диагностика абдоминального болевого синдрома – довольно трудное занятие, но вполне выполнимое для опытного хирурга. Перед врачом стоит задача полноценно и последовательно расспросить больного или его близких, если сам больной не может это выполнить, о характере, локализации, интенсивности, и иррадиации боли. Важно узнать длительность болевого ощущения, в связи с чем оно проявилось и чем купировалось до обращения в больницу.

Понятие «острый живот» включает в себя в первую очередь раздражение брюшины, но в связи с опасностью данного феномена, данный синдром выставляют при любых болях в области живота. Пальпаторно «острый живот» можно выявить с помощью специальных симптомов: напряжения мышц брюшной стенки больного, симптомов раздражения брюшины и нависания переднего свода малого таза при ректальном исследовании. Среди заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику, имеются болезни желудка и кишечника, печени и почек, легочной системы. В связи с этим хирург должен обладать всеми знаниями необходимыми для правильного выставления диагноза и его дифференциальной диагностикой от ряда других нозологий.

Список литературы.

1. Акимов В.П., Левин Л.А., Хурцилава О.Г. и др. Диагностическая и лечебная тактика при острых хирургических заболеваниях живота и груди: руководство. Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Санкт-Петербург. 2018. 291 с.
2. Тучкина И.А., Гнатенко О.В., Прокопенко А.Н. Дифференциально-диагностические аспекты ведения подростков и молодых женщин с явлениями острого живота. Экспериментальна і клінічна медицина. 2017. 2(75):80-83.
3. Балязин В. А. Боль - мультидисциплинарная проблема медицины. Главный врач Юга России. 2018. 2(60): 4-6. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/bol-multidistsiplinarnaya-problema-meditsiny>
4. Бергер Е. Е. Dolor Medicina Doloris. Боль в медицинской литературе XVI в. Электронный научно-образовательный журнал «История». 2020. 11(4): 1-13. DOI: 10.18254/S207987840009765-0
5. McAlister V.C. Tyranny of the pain score question after surgery. Can. J. Surg. 2018 61(6):364-365. DOI: 10.1503/cjs.017418
6. Цибуляк В.Н., Загоруйко О.И., Картавенко С.С., Алисов А. П. "Клиника боли" в центре хирургии. Паллиативная медицина и реабилитация. 1996. 1: 1-12.
7. Щелокова Ю.В., Ворфоломеева Т.В. Элементы технологии" стандартизированный пациент", реализуемые на дисциплине" общая хирургия". Научное обозрение. Педагогические науки. 2017. 6(1): 172-182.
8. Морозов, А. М. Термография в диагностике острого аппендицита / А. М. Морозов // Врач-аспирант. – 2017. – Т. 81. – № 2.2. – С. 273-280.
9. О возможности оценивания болевого синдрома при помощи наиболее валидизированных шкал боли (обзор литературы) / А. М. Морозов, С. В. Жуков, М. А. Беляк [и др.] // Вестник новых медицинских технологий. – 2020. – Т. 27. – № 2. – С. 62-68. – DOI 10.24411/1609-2163-2020-16663.
10. Оценочные шкалы боли и особенности их применения в медицине (обзор литературы) / Е. М. Мохов, В. А. Кадыков, А. Н. Сергеев [и др.] // Верхневолжский медицинский журнал. – 2019. – Т. 18. – № 2. – С. 34-37.
11. Jarrell J., Robert M., Giamberardino M.A., Tang S., Stephenson K. Pain, psychosocial tests, pain sensitization and laparoscopic pelvic surgery. Scand. J. Pain. 2018 18(1):49-57. DOI: 10.1515/sjpain-2017-0127.
12. Coleman A.C. Perioperative Pain Management for Upper Extremity Surgery. Orthop Clin North Am. 2017. 48(4):487-494. DOI: 10.1016/j.ocl.2017.06.009.
13. Адамян Л.В., Сибирская Е.В., Шарков С.М., Медведева А.О. "Острый живот" у девочек-подростков. Особенности дифференциальной диагностики. Детская хирургия. 2019. 23(2): 86-90. DOI 10.18821/1560-9510-2019-23-2-86-90.
14. Тарасова Л.В., Трухан Д.И. "Острый живот" в практике врача-терапевта. Справочник поликлинического врача. 2014. 2: 51-55.
15. Рахманов Р.К., Элмурадов К.С., Хусанов М.У., Атаджанов Ш.К. Псевдоперитонеальный синдром при сочетанной закрытой травме живота. Скорая медицинская помощь. 2005. 6(2): 75-77.
16. Ряпова Э. И. Острый и хронический гастрит: этиология, патогенез, диагностика, лечение. Международный журнал гуманитарных и естественных наук. 2020. 11(1):74-76.
17. Минушкин О.Н., Зверков И.В., Львова Н.В., Скибина Ю.С., Иневатова В.С. Хронический гастрит: современное состояние проблемы. Терапевтический архив. 2020. 92(8):18-23.
18. Баймашев А.Ш. Хронический гастрит. European science of the future. – 2020. 1: 12-14.
19. Боярская А.Ю., Козловская Т.В. Псевдомембранозный колит с точки зрения фармакологии и патоморфологии. Студенческий форум. 2020. 11-1(50):74-76.

20. Бельмер С.В., Корниенко Е.А. Органы пищеварения как мишень аллергического процесса. Практика педиатра. 2019. 2: 3-6.
21. Окунев Н.А., Окунева, А.И., Солдатов О.М., Уткин А.Ю., Темасова М.О., Калабкин Н.А., Хуйдаберинова О.Д. Мезаденит-причина синдрома острого живота у детей в хирургической практике. Инфекционно-воспалительные заболевания как междисциплинарная проблема. 2019. 1: 188-192.
22. Фаткуллина Г.Р., Анохин В.А. Мезаденит и герпетические инфекции. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2017. 62(5):167-170.
23. Тихоновский П.А., Похвашева П.Ю., Федосеева М.М. Клинический случай синдрома SAPНО. Российский педиатрический журнал. 2020. 23(6): 414-415.
24. Результаты лечения острого аппендицита открытым и лапароскопическим способами / Ю. О. Чарыев, Э. М. Аскеров, А. М. Морозов, Д. А. Жукова // Успенские чтения : Материалы научно-практической конференции врачей России с международным участием, посвященной 60-летию кафедры общей хирургии Тверского государственного медицинского университета, Тверь, 25–26 сентября 2015 года / Под редакцией Е.М. Мохова. – Тверь: ООО "Издательство "Триада", 2015. – С. 85-86.
25. Мохов, Е. М. Перспективы применения бактериофагов в хирургии острого аппендицита / Е. М. Мохов, В. А. Кадыков, А. М. Морозов // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 2. – С. 129.
26. Карпухин О.Ю., Панкратова Ю.С., Черкашина М.И., Шакуров А.Ф., Зиганшин М.И. Осложнённый дивертикулит: тактика, диагностика, лечение. Колопроктология. 2018. 2: 68-72.
27. Коротких Н.Н., Казарезов О.В. Острый дивертикулит: современный взгляд на тактику лечения. Колопроктология. 2020. 19(73) : 37-37.
28. Ярошук С.А., Баранов А.И., Каташева Л.Ю., Лецишин Я.М. Острая мезентериальная ишемия: подходы к диагностике и оперативному лечению. Медицина в Кузбассе. 2018. 17(2): 35-41.
29. Панкратов А.А., Переходов С.Н., Зеленин Д.А., Израилов Р.Е., Матков И.В. Острая мезентериальная ишемия-инкурабельная ситуация? Современное состояние проблемы. Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. 2020. 12: 105-110.
30. Ахмедов К.Х., Зиядуллаев Х.Б., Хакимов Ш.К. Анализ механизма развития язвенной болезни . Современные научные исследования и разработки. 2018. 11(28): 105-107.
31. Тетяненко О.А., Дорофеева С.Г. Анализ структуры заболеваемости больных, страдающих язвенной болезнью. Молодежная наука и современность. 2020. 1:649-651.
32. Ибадов Р.А., Абдуллажанов Б.Р., Ибрагимов С.Х., Нишанов М.Ф. Тяжелый острый панкреатит. Выбор лечебной тактики. Вестник Национального медико-хирургического Центра им. НИ Пирогова. 2020. 15(4):29-33.
33. Отдельнов Л.А., Мухин А.С. Абдоминальный компартмент-синдром при тяжелом остром панкреатите (обзор литературы). Вестник хирургии имени ИИ Грекова. 2020. 179(2): 73-78.
34. Использование офтальмоволокна для замещения дефекта мягких тканей в эксперименте / А. А. Изотова, А. М. Морозов, И. Л. Некрасова, Е. М. Мохов // Тверской медицинский журнал. – 2016. – № 3. – С. 47-48.
35. Морозов, А. М. Способ замещения дефекта мягких тканей / А. М. Морозов, А. А. Изотова // Молодёжь и медицинская наука : материалы III межвузовской научно-практической конференции молодых учёных, Тверь, 26 ноября 2015 года / ГБОУ ВПО Тверской ГМУ Минздрава России. – Тверь: Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Тверская государственная медицинская академия Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2015. – С. 220-221.

36. Влияние студенческого научного общества на формирование компетентного специалиста / Е. М. Мохов, А. М. Морозов, В. А. Кадыков [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 1. – С. 112.
37. Скворцов В.В., Тумаренко А.В., Калинин Е.И., Салтовская Т.Э., Чернышова А.А., Лукина М.А. Почечная колика. Медицинская сестра. 2018. 20(6): 3-5
38. Довбыш М.А. Острые обструкции верхних мочевых путей. Фармацевтичної та медичної науки та практики. 1999. 3: 182-186.
39. Буеверов А.О. Клинико-патогенетические параллели неалкогольной жировой болезни печени и желчнокаменной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2019. 29(1): 17-23.
40. Подолужный В.И. Осложнения желчнокаменной болезни. Фундаментальная и клиническая медицина. 2017. 2(1): 102-114.
41. Аухатова С.Н. Осложнения острого алкогольного гепатита: современные представления, возможности терапии и профилактики. Санитарный врач. 2017. 11: 18-29.
42. Королева М.В., Некрасова С.П. Алкогольный гепатит. Лекарственный вестник. 2017. 11(2): 9-16.
43. Болгучева М.Б., Безиева Х.А., Барахоева Х.А., Барахоева З.Х. Тромбоз брыжеечных сосудов у больных атеросклерозом. Актуальные направления фундаментальных и прикладных исследований. 2020. 1:6-11.
44. Мельник И.В., Хасанов С.М., Дадаев Ш.А. Аспекты хирургического лечения острых окклюзионных нарушений брыжеечного кровообращения. Инновационные технологии в медицине: взгляд молодого специалиста. 2018. 1: 133-134.
45. Бородин П.Е., Макарова А.А. Пневмонии у пациентов с сопутствующей патологией. Молодёжь XXI века: шаг в будущее. 2017. 1:715-716.
46. Зиннатуллина А.Р., Хамитов Р.Ф. Нетипичные осложнения при нетяжелой внебольничной пневмонии. Терапия. 2019. 5(8): 163-166.
47. Чувашов А. В., Сапранов Б.Н. Клинико-рентгенологический анализ причинности синдрома "Острого живота". Труды Ижевской государственной медицинской академии : Сборник научных статей. 2018. 1: 42-43.
48. Шевченко Н.В. Кузнецов С.М., Дармаев А.Д. и др. Трудности диагностики инфаркта миокарда при атипичной грудной боли. Вестник Бурятского государственного университета. Медицина и фармация. 2021. 1: 9–19.
49. Самиев У.Б., Ярмухамедова С.Х., Гаффоров Х.Х., Назаров Ф.Ю., Камолова Д.Ж. Инфаркт миокарда в пожилом и старческом возрасте. Особенности клинического течения и диагностики. Достижения науки и образования. 2019. 12 (53): 103-106.
50. Самородская И.В., Бойцов С.А. Повторный инфаркт миокарда: оценка, риски, профилактика. Российский кардиологический журнал. 2017. 6(146): 139-145.
51. О месте бактериофагов в комплексном лечении перитонита аппендикулярного происхождения / Е. М. Мохов, А. М. Морозов, В. А. Кадыков [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2017. – Т. 11. – № 4. – С. 265-268. – DOI 10.18499/2070-478X-2017-10-4-265-268.
52. Новое устройство для воспроизведения перитонита у крыс / А. М. Морозов, Е. М. Мохов, В. А. Кадыков [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2019. – Т. 12. – № 1. – С. 99-102. – DOI 10.20969/VSKM.2019.12(1).99-102.
53. Возможности разработки нового биологически активного шовного материала в хирургии (обзор литературы) / А. М. Морозов, Е. М. Мохов, И. В. Любский [и др.] // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2019. – Т. 12. – № 3. – С. 193-198. – DOI 10.18499/2070-478X-2019-12-3-193-198.