

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯДА АНЕСТЕЗИЯ САМАРАДОРЛИГИНИ БАХОЛАШ

магистр Бегимов Оламгир Акрам ўғли

Илмий раҳбар Ғойибов С.С.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7627255>

Аннотация: Ўрганилаётган анестезия усулларининг самарадорлиги анестезия ва жарроҳликнинг асосий босқичларида анестетик дори воситаларининг фармакологик таъсири, гемодинамиканинг асосий кўрсаткичлари ҳолати, газ алмашинуви, стресс гормони (кортизол) даражаси, шунингдек самарали газ алмашинуви шартлари бўйича баҳоланди.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНЕСТЕЗИИ В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Аннотация: Эффективность изучаемых методов анестезии оценивали на основных этапах анестезии и операции по фармакологическому действию анестезирующих препаратов, состоянию основных показателей гемодинамики, газообмена, уровня гормона стресса (кортизола), а также Условия эффективного газообмена.

EFFECTIVENESS OF ANESTHESIA IN OTORINOLARINGOLOGY

Abstract: The effectiveness of the studied anesthesia methods was evaluated in the main stages of anesthesia and surgery according to the pharmacological effect of anesthetic drugs, the state of the main indicators of hemodynamics, gas exchange, stress hormone (cortisol) level, as well as the conditions of effective gas exchange.

КИРИШ

Тадқиқот мобайнида кўриб чиқилган барча анестезия усуллари беморларда анестезиологик ҳимоя қилиш нуқтаи назаридан етарлича самарали эканлиги баҳоланди.

Шу билан бирга, ортиқча вазн билан оғриган беморларга анестезия қўллаш билан боғлиқ муҳим хусусиятлар аниқланди.

Ўтказилган анестезия бўйича интраоперацион даврда гуруҳлардаги клиник кўрсаткичлар ўзаро солиштириб кўрилганда, олинган натижалар 1–жадвалда келтирилган.

Жадвал №1

Анестезия усулига боғлиқ ҳолда клиник кўрсаткичларни қиёсий баҳолаш

Кўрсаткичлар	1 гуруҳ	2 гуруҳ	3 гуруҳ
Ўрт АҚБ	78±8,9	75,0±9,8*	93,0±7,9
ЮҚС	82±8,6	76±8,9*	92±8,2
Фентанил (мкг/кг/с)	3,0	2,0*	4,0
Операциядан кейинги оғриқсиз давр (соат)	3,0	8,0*	5,0
Кетопрофенга талаб, мг	200	100*	100
ВАШ	31	18*	26
Зўриқиш натижасида оғриқ кучайиш ҳолатлари (%)	77,3%	25,7%*	53,4%
Асоратлар (бош оғриғи, АГ, операциядан кейинги кўнгил айниш ва қусиш)(%)	45,5	12,3%*	24,7

Изоҳ: *— гуруҳлар орасидаги фарқнинг ишончлилик даражаси, $p < 0,05$.

Келтирилган жадвалдан кўришиб турибдики, ринохирургик беморларда умумий анестезияга регионар компонентни қўшган ҳолда қўлланилганлиги барча ўрганилган периоперацион даврнинг кечишига сезиларди таъсир кўрсатган. Интероперацион даврда анестетикларнинг адекват дозадан киритилишининг камайганлиги ўртақ ва ЮҚС нинг сезиларли пасайишига ва наркоздан силлиқ чиқиши кузатилди. Анестезия давомийлиги (индукциядан экстубациягача) бўйича яққол ўзгаришларнинг бўлмаганлиги, РА ни ўтказишга кетган вақт, беморнинг эрта уйғониши билан тенглашиб кетди.

Келтирилган кўрсаткичлардан кўришиб турибдики, Операция давомида ва ундан кегин даврда 2–гуруҳда ВАШ бўйича оғриқ интенсивлиги камайган, бу эса анальгетикларга бўлган талабни ҳам камайтирган, операциядан кейинги даврда юзага келадиган асоратлар (кўнгил айнаш, қусиш, бош оғриғи, АГ) частотаси сезиларли камайган. Операциядан кейинги 3 соат давомида ўтказилган мониторинги асосида ВАШ бўйича оғриқ интенсивлиги сезиларли даражада камайганлиги кузатилди. Кейинги даврларда 1 ва 3 гуруҳлар орасида сезиларли ўзгаришлар кузатилмади (2 жадвал).

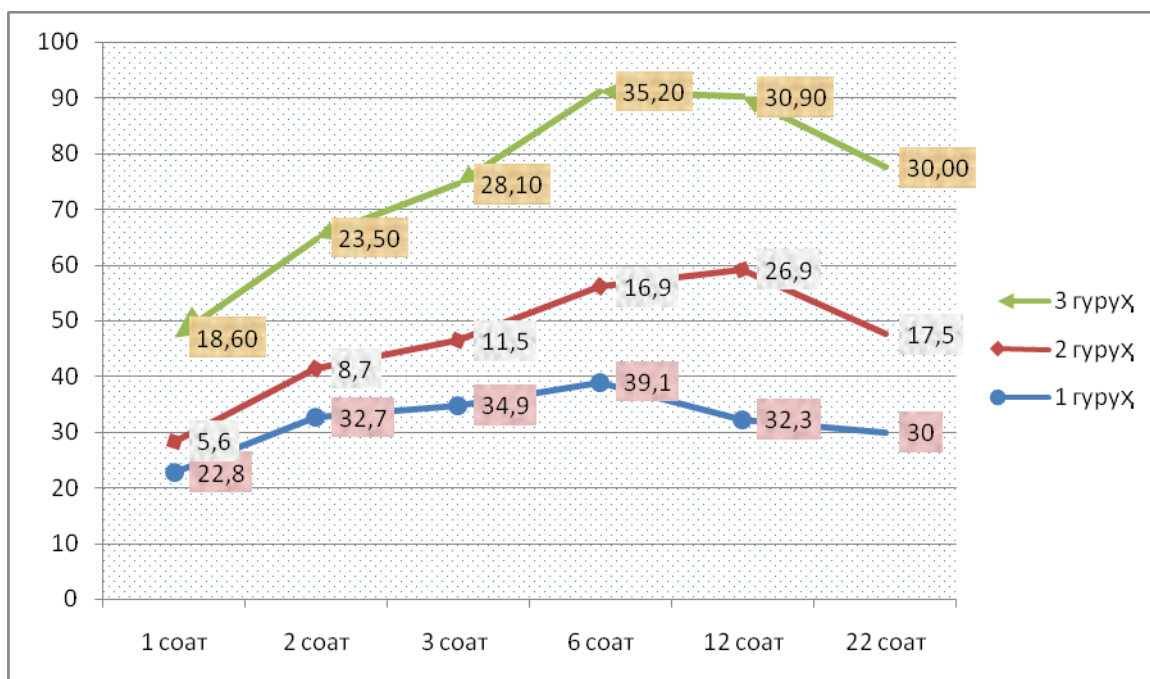
Жадвал №2

Операциядан кейинги даврда ВАШ бўйича оғриқ интенсивлигини қиёсий баҳолаш

Операциядан кейинги давр	1 гуруҳ	2 гуруҳ	3 гуруҳ
1 соат	22,8	5,6	18,6
2 соат	32,7	8,7	23,5
3 соат	34,9	11,5	28,1
6 соат	39,1	16,9	35,2
12 соат	32,3	26,9	30,9
22 соат	30	17,5	30

РА қўлланилганлиги, операциядан кейинги анальгезия сифатига таъсир кўрсатиб, анестезиянинг бошқа турларига нисбатан мониторингни ҳар бир даврида ВАШ бўйича оғриқ кучини сезиларли пасайишига олиб келди.

Жарроҳликдан кейинги биринчи кунда ВАШ бўйича оғриқнинг интенсивлигини таққослаганда, гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқ йўқ кузатилди. Шундай қилиб, 1-гуруҳдаги беморларда оғриқ сезиларининг интенсивлиги операциядан 1 соат ўтгач, 22,8 мм, 2-гуруҳда – 5,6 мм, 3-гуруҳда – 18,6 мм, операциядан 3 соат ўтгач 1-гуруҳда – 34,9 мм, 2-гуруҳда – 11,5 мм, 3-гуруҳда – 28,1мм, операциядан 6 соат ўтгач 1-гуруҳда – 39,1 мм, 2-гуруҳда – 16,9мм, 3-гуруҳда – 35,2 мм, 12 соатдан кейин 1-гуруҳда – 32,3 мм, 2-гуруҳда – 26,9 мм, 3-гуруҳда – 30,9 мм, аммо 2-гуруҳда 22 соатдан кейин оғриқ синдромининг интенсивлиги сезиларли даражада паст эди – 17,5 мм, 1-гуруҳда - 30 мм 3-гуруҳда – 30 мм. Гуруҳлардаги оғзаки дескриптор шкаласи бўйича оғриқ синдроми интенсивлиги қийматлари ҳам худди шундай динамикага эга эди.



1–расм. Ўтказилган анестезия усулига кўра операциядан кейинги даврда ВАШ бўйича оғриқ интенсивлигини баҳолаш

Шундай қилиб, келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, 1 ва 2 гуруҳларда ўтказилган анестезия усули, иккала гуруҳда операция даврида самарали интраоперацион аналгезияни таъминлаган бўлсада, операциядан кейинги даврда, сутка давомида асоратларнинг юзага келиши ва оғриқ синдромининг кучли намоён бўлиши билан кечган. Умумий анестезияга РА ни қўшган ҳолда қўлланиши, операциядан кейинги асоратларнинг ва оғриқ синдромининг сезиларли камайганлиги кўрсатди.

Операциядан кейинги даврда анестезия ва операцион стресс омилининг организмга таъсирини баҳолаш учун қондаги кортизол миқдори барча гуруҳларда текширилди, олинган натижалар 3–жадвалда келтирилган.

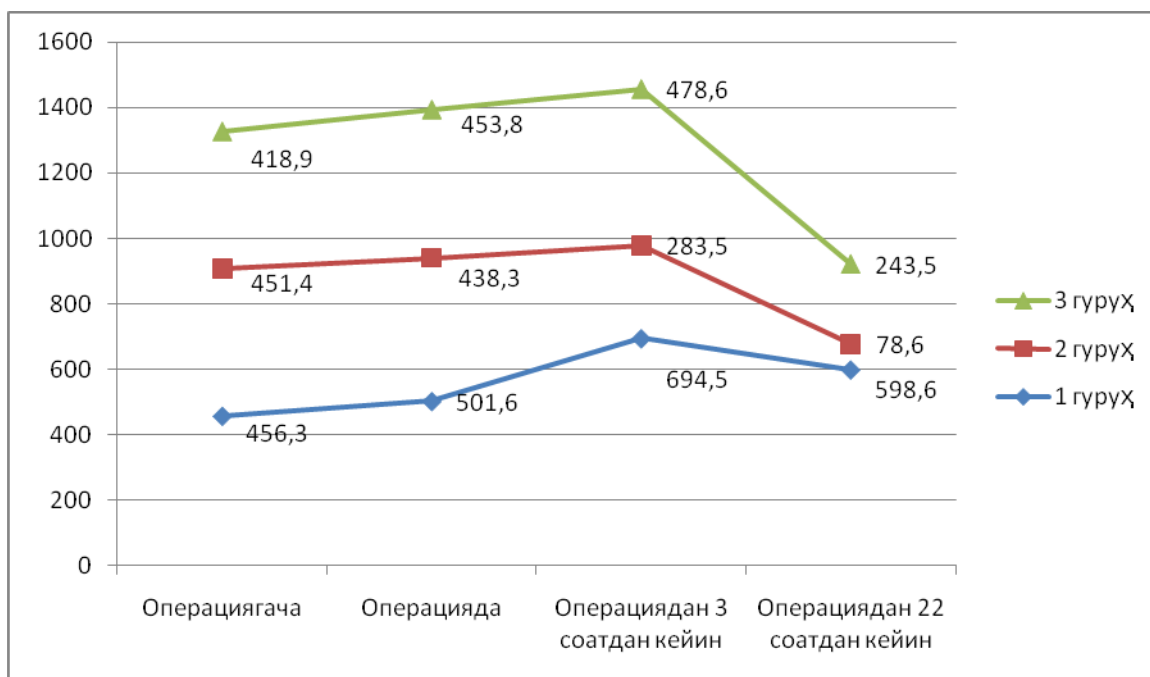
Жадвал №3

Периоперацион даврда қонда кортизол миқдорини қиёсий баҳолаш

	1 гуруҳ	2 гуруҳ	3 гуруҳ
Операциягача	456,3	451,4	418,9
Операция вақтида	501,6	438,3	453,8
Операциядан 3 соатдан кейин	694,5	283,5	478,6
Операциядан 22 соатдан кейин	598,6	78,6	243,5

Периоперацион даврда анестезия ва жарроҳлик муолажасининг организмга таъсирини аниқлаш мақсадида қонда кортизол миқдори текширилганда, гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқ йўқ кузатилди. Шундай қилиб, 1-гуруҳдаги беморларда операциягача бўлган даврда қондаги кортизол миқдори 1-гуруҳда 456,3 нмоль/л мм, 2-гуруҳда – 451,4 нмоль/л, 3-гуруҳда – 418,9 нмоль/л, операция вақтида 1-гуруҳда – 501,6 нмоль/л, 2-гуруҳда – 438,3 нмоль/л, 3-гуруҳда – 453,8 нмоль/л, операциядан 3 соат ўтгач 1-гуруҳда – 694,5 нмоль/л, 2-гуруҳда – 23,5 нмоль/л, 3-гуруҳда – 478,6 нмоль/л, аммо 2-гуруҳда 22 соатдан кейин қонда кортизол миқдори сезиларли даражада пастлиги кузатилди – 78,6 нмоль/л, 1-

гурухда – 598,6 нмоль/л, 3-гурухда – 243,5 нмоль/л. Бошқа гурухлардан фарқли равишда 2 гурухда кортизол миқдори норма чегарасидан юқорига кўтарилмади, бу эса УА билан РА ни қўлланилганлиги адекват оғриқсизлантириш ўтказилганлигидан далолат беради.



2–расм. Гурухларда қондаги кортизол миқдори динамикаси (нмоль/л)

Шундай қилиб, ринохирургияда РА ва УА ни биргаликда қўлланилиши стабил гемодинамика, анестетикларни қўллаш миқдорининг камайиши, операциядан кейинги оғриқ даражасини пасайиши, асоратларнинг юзага келишининг камайиши билан характерланади.

Шундай қилиб, УА ва РА комбинациясига асосланган умумий анестезиядан фойдаланиш ринохирургик операция пайтида беморни стрессдан ҳимоя қилишнинг энг адекват, самарали усули ҳисобланади, шунинг учун бу усул анъанавий эндотрахеал типдаги умумий анестезиядан афзалроқдир.

Текширилаётган анестезия усуллариининг самарадорлиги фармакологик схеманинг тузилиши, гемодинамиканинг асосий параметрлари ҳолати, газ алмашинуви, стресс гормони (кортизол) даражаси, операциядан кейинги оғриқ синдроми интенсивлиги билан баҳоланди.

Тадқиқотда кўриб чиқилган барча анестезия усуллари беморларда анестезик ҳимоя қилиш нуқтаи назаридан етарлича самарали эканлиги аниқланди. Шу билан бирга, ринохирургия соҳасидаги беморларга анестезия қўллаш билан боғлиқ муҳим хусусиятлар аниқланди. Бир томондан, бу замонавий анестезиология учун анъанавий бўлган кўп компонентли принципдир. Иккинчиси ўрганилаётган анестезия усуллариининг ҳар бирининг схемасида гипноз (кетамин, пропофол) ва оғриқ синдромини бартараф этиш (кетопрофен, морфин, фентанил) воситаларининг турли хил вариантларини қўллаш зарурати билан белгиланади.

Бошқа томондан, беморларнинг ушбу тоифасида, анестезиологиянинг бошқа соҳаларида бўлгани каби, анестезиянинг фармакологик схемасини ўзгарувчан турга (жарроҳлик ва анестезиянинг турли босқичларида анестезиологик воситаларни

алмаштириш) шакллантириш принципи талаб қилинади. Бу операция ва анестезия босқичларида энг адекват анестезиологик ҳимоя ва самарали газ алмашинувини таъминлаш истаги билан боғлиқ бўлиб, операцион стресс даражасига энг мос келади ва бу ринохирургик соҳадаги беморлар учун жуда муҳим бўлиб, операциядан кейинги дастлабки даврда эрта фаоллашиши мумкин.

ХУЛОСА

Бурун тўсиғи тоғай ва суяк тўқималаридан ташкил топган бўлиб, бурун бўшлиғини тенг иккига бўлиб ҳаво оқимини бурун ичига йуналишини таъминлаб беради. Натижада бурун орқали эркин нафас олиш билан биргаликда ҳаво иситилиб, намланиб берилиши билан биргаликда бошқа функциялари тикланиб ҳид сезиш шаклланади.

Бурун тўсиғини қийшайиши – туғма ёки орттирилган бўлиб, бурун суяғи ёки тоғайи тўқимасини тўлиқ ўзгартириб бурун орқали нафас олишни бузилишига олиб келади.

Бурун суяғи ва тоғайини синиши бош суяғи шикастланишларини 40% ташкил қилиб кўп учрайдиган синишлар гуруҳига киради. Бурун орқали нафас олишни бузилиши одам организмига салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Нафас олишнинг бузилиши, доимий равишда оғиз орқали нафас олиш гипоксия ҳолатини келтириб чиқариши натижасида одам организмида патологик ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Организмда кислородга бўлган талабни ошишига асаб тизими, юрак қон-томир тизими ва қонни ивувчанлигига, қисман гормонал фонга салбий таъсир кўрсатади. Маҳаллий анестезия жарроҳлик амалёти вақтида тўлиқ ишлатилмайди, балки қўшимча сифатида ишлатилади. Оғриқни қолдиргани билан бурун соҳасида ишлаганда ноҳуш сезгини йўқота олмайди, шу сабабли узок муддатли ва ҳажмли амалиётда беморлар чарчаши ва ноҳуш ҳолатни кузатишади. Умумий анестезия жарроҳга бевосита эътиборини амалиётга қаратишига ёрдам беради, бемор билан амалиёт вақтида суҳбат қилишга эҳтиёж бермайди. Қон босимини назорати амалиёт вақтида қон кетишини камайтиради, бу эса жарроҳ ишини сифатига таъсир қилади.

ЛОП-аъзолари шикастланишлари ичида бурун суяғини синиши кўп учраши сабабли оториноларинголог мутахассисига мурожаат қилинади. Суякларни синиши ташқи бурун деформациясини ҳосил қилади. Тўсиқни тўғрилаш фақат жарроҳлик йўли билан амалга оширилади. Жарроҳлик амалёти септопластика ёки бурун тўсиғини шиллик ости резекцияси бўлиб, риносептопластика таркибига киради.

Жарроҳлик амалиётини ўтказишда турли клиникада турли хил анестезия усуллари қўлланилади. Маҳаллий анестезия билан биргаликда беморни психоэмоционал ҳолатини, деформация тури, жарроҳлик амалётини давом этиш вақти ва бошқа ҳолатлар ҳисобга олиниб, кўпчилик муаллифлар умумий оғриқсизлантириш турига эътибор қаратишади. Замонавий анестетикларнинг кириб келиши жарроҳлик амалиёти вақтида ва амалиётдан кейинги даврда беморларга замонвий анестезия усуллари қўллаш билан биргаликда уларда сифатли жарроҳлик амалёти ўтказишга шароит тайёрлаб бермоқда. Биз томонимиздан кўрилган адабиётларда бурун тўсиғи суякларини репозицияси вақтида ўтказилган анестезия турлари самарадорлиги ҳақида маълумотларни камлиги, беморларда анестезиологик хавф даражаси ва интероперацион асоратлар, оғриқсизлантириш турларини қийин баҳолашлар туғрисида маълумотлар келтирилмаганлиги ишнинг долзарблигини кўрсатади.

Сўнгги пайтларда сўнгги йилларда фаол ривожланаётган оториноларингология бўлими бўлган – ринохирургия, беморларга периператив ёрдамни оптималлаштиришни талаб қилади ва даволовчи шифокорлар учун янги вазифаларни қўяди. Диагностика

усулларини такомиллаштириш, бурун бўшлиғи (ББ) ва паранасал синуслардаги патологик жараёнларни жарроҳлик йўли билан даволашни такомиллаштириш, жарроҳлик муолажалар сонининг кўпайишига ва уларнинг кўламининг кенгайишига олиб келди ва илгари қўлланилган локал анестезия (ЛА) энди беморни кўпроқ шикаст ва узоқ муддатли жарроҳлик агрессиясидан этарли даражада антиноцицептив ҳимоя қила олмайди (Тимошенко А. Л., 2005).

Максиллофациял соҳа патологияси бўлган беморларда жарроҳлик муолажаларни ўтказишда анестезия хавфсизлигини таъминлашнинг энг муҳим шarti нафас йўлларининг ўтказувчанлигини ишончли таъминлаш ва қон билан аспирация бўлишнинг олдини олишдир.

Мустақил нафас олиш билан бирлаштирилган, томир ичига ёки никобли ингаляцияли анестезия, нафас йўлларининг обструкцияси хавфи билан боғлиқ бўлмаган ва қисқа муддатга эга бўлган жағ-фасциал соҳадаги кам шикастли операциялар ва манипуляциялар учун тўлиқ оқланади.

Жарроҳлик майдонининг нафас йўллари яқинида жойлаштириш уларнинг ўтказувчанлигини таъминлашда қўшимча қийинчиликлар туғдиради. Жарроҳлик жароҳатидан қон ва шиллиқ билан аспирация бўлишини олдини олиш ва нафас йўлларининг ўтказувчанлигини сақлашнинг энг ишончли шarti трахеяни интубация қилишдир.

Касалликнинг табиатига ва операция турига қараб, интубациянинг турли усуллари танланади: оротрахеал, назотрахеал ёки илгари қўлланиладиган трахеостомия орқали. Замонавий анестезиология ва реанимацияда трахеостомияни қўллаш учун кўрсатмалар чекланган бўлса-да, баъзи ҳолатларда, айниқса ўткир яллиғланиш касалликлари (оғиз ва бўйин флегмонаси) ва жағ-фасциал шикастланишлар учун операцияларда дарҳол бажарилиши керак.

Назотрахеал интубация умумий ёки локал анестезия остида спонтан нафас олиш фонида хавфсизроқдир, бу эса бемор билан алоқа қилиш имконини беради.

Юз—жағ соҳасидаги жарроҳлик муолажалар пайтида анестезияни сақлаш ва гомеостаз бузилишларини тузатиш умумий қабул қилинганидан тубдан фарқ қилмайди. Бироқ, иккита хусусият мавжуд. Биринчиси, анестезиолог кўпинча беморнинг аҳволини кузатишнинг одатий мезонларидан (юз ва лаблар терисининг ранги, шох парда рефлекслари, қорачиқлар катталиги, уйку артерияларининг пулсацияси ва бошқалар) маҳрум бўлади, чунки бу зона жарроҳлик муолажа жойи билан мос келади. Иккинчи хусусият - эндотрахеал найнинг ва унга боғловчи элементларнинг ҳолатини назорат қилишнинг чекланганлидир. Шу нуқтаи назардан, эндотрахеал найчани маҳкамлашнинг ишончлилиги ва беморнинг аҳволини узоқдан кузатиш усуллари алоҳида аҳамиятга эга.

Операциядан кейинги даврнинг энг тез-тез учрайдиган ва хавфли асоратлари бу газ алмашинувининг бузилиши бўлиб, у одатда юқори нафас йўлларининг ўтказувчанлиги ва наркоздан кейинги нафас депрессия билан боғлиқ. Ушбу тоифадаги беморларда бу асоратларни бартараф этиш ҳар доим ҳам осон эмас, шунинг учун беморлар хуши тўлиқ тиклагандан, самарали мустақил нафас олишдан ва трахеобронхиал дарахтни яхшилаб тозалашдан сўнг экстубация қилиниши керак.

Шуни эсда тутиш керакки, трахеяни экстубация қилгандан сўнг, ҳалқум ва ҳикилдоқнинг яллиғланиши билан боғлиқ шиши кучайиши ва нафас йўлларининг кескин

обструкциясига олиб келиши мумкин, бу ҳолатда реинтубация эса жуда қийин бўлиши мумкин.

Риножарроҳликдаги жарроҳлик хавфидан анестезия хавфи ошиб кетганлиги сабабли, 2005 йилга келиб Россияда деярли 95,5% ҳолларда маҳаллий, анестезиянинг ҳар хил турлари қўлланилган (Killian бўйича инфилтрацион, аппликацион ва регионар) [Калаев, Н. Т., 2009. Тимошенко, А. Л. 2005.].

Локал анестезия (ЛА) нинг афзалликлари аниқ: бажариш қулайлиги, доридармонлар ва сарф материалларининг арзонлиги, жарроҳлик пайтида ҳам, операциядан кейинги даврда ҳам умумий анестезия учун хос бўлган ножўя реакцияларнинг йўқлиги ва операциядан кейинги даврда ўтказиладиган вақтни қисқартириш. операция хонаси. Бундан ташқари, анестезия гуруҳи беморни бошқаришда иштирок этмайди, уйғониш бўлимига эҳтиёж йўқ. Буларнинг барчаси даволаниш харажатларини сезиларли даражада камайтиради [Бородулин, В. Г. 2014].

Бироқ, ринологик муолажалар кўламининг кенгайиши ва шикастланишнинг кучайиши, периоперацион психо-эмоционал қулайликни таъминлаш зарурати туфайли анестезия ўтказишдаги олдинги ёндашувлар тегишли сифат ва хавфсизликни таъминлай олмади [Светлов, В. А. 2013]. Шунинг учун периоператив ёрдам учун анестезиологлар жалб этила бошланди, улар анестезия ёрдамини танлашда бир қатор хусусиятларни ҳисобга олишлари керак [Калаев, Н. Т. 2009].

Биринчидан, операциянинг ўзига хос хусусиятлари ва жарроҳлик майдонининг локализацияси анестезиологнинг беморнинг юзига киришини чеклайди [Ma'somi, A. 2013]. Бу тўқималарнинг кислородланишини ва юқори нафас йўллариغا яқинлашишини клиник жиҳатдан баҳолашни қийинлаштиради, агар уларнинг ўтказувчанлиги билан боғлиқ муаммолар ёки трахеяни тасодифий экстубация қилиш ёки ларингеал ниқоб (ЛМ) дислокацияси, шунингдек нафас олиш ускунасининг контурининг герметиклигини бузилиши каби муаммоларни келиб чиқишига олиб келди. Шунинг учун ринологик операцияларни анестезиологик ёндашувга муҳим талаби газ алмашинуви ҳолатини диққат билан кузатиб боришдир.

Иккинчидан, васкуляризацияни кўплиги ва жарроҳлик гемостазининг ишончли усулларининг йўқлиги туфайли тўқималардан қон кетиши, қоннинг оғиз бўшлиғи ва ошқозонга киришига олиб келиши мумкин, операциядан кейинги кўнгил айланиши ва қайт қилиш ривожланишига олиб келади, аспирация ва гипоксия хавфини оширади.

Учинчидан, оториноларингологлар томонидан "куруқ" жарроҳлик майдонини олишга учун адреналинни қўлланилиши, унинг маълум бир қисмининг қисман резорбцияси ва вегетатив реакцияларнинг юрак уриш тезлигини ошириши, қон босимини кўтарилиши ва беморнинг кўзгалувчан бўлиб қолиши шаклида ривожланиши билан кечиши мумкин. Маҳаллий гемостазнинг яна бир усули – бурун тўсиғининг суяк қисмини ва бурун суяклар фиксациялаш учун қаттиқ олдинги тампонада қилиниши, операциядан кейинги даврда беморга жиддий ноқулайлик туғдиради.

Ва ниҳоят, бурун шиллиқ қаватининг юқори рефлексогенлиги ва оғриғи операция пайтида ва, асосан, операциядан кейинги биринчи кунда (олдинги тампонаданинг қаттиқлиги туфайли) бош оғриғи, артериал гипертензия, бронхоспазм каби ножўя вегетатив реакцияларнинг ривожланишига олиб келиши мумкин.

Таърифланган муаммоларни инобатга олган ҳолда, танлов, қоида тариқасида, ўпканинг сунъий вентилизацияси (ЎСВ) билан трахея интубацияси (ТИ) ёки ЛМ ўрнатилиши

ёрдамида нафас йўлларининг ўтказувчанлигини сақлаб туриш фойдасига амалга оширилади [Ивлев, Е. В. 2016, Илюкевич, Г. В. 2016, Семенов, С. А. 2012, Al-Mazrou, K. A. 2010].

Бундай анестетик таъминот операциядан кейинги эрта даврда ўзини намоён қиладиган камчиликларга эга: кечиктирилган уйғониш, аспирация хавфи билан қолдик мушакларнинг релаксацияси ва беихтиёр ютиш пайтида ошқозонга қон оқими, оғрик синдроми. Беморларнинг ёшлигини ва кўпинча операциянинг косметик мақсадини ҳисобга олган ҳолда, операциядан кейинги давр ва биринчи навбатда этарли оғрикни йўқотишга қўйиладиган талаблар ортиб бормокда.

Бирок, риножарроҳлик пайтида ностероид яллиғланишга қарши дориларни (НЯҚД) ва ҳатто опиоид анальгетикларни буюриш ҳар доим ҳам этарли периоператив аналгезияни таъминлай олмайди []. Бундай ҳолларда юқори сифатли антиноцицептив химоянинг етишмаслиги беморларнинг 12 фоизда сурункали оғрикни келтириб чиқариши мумкин []. Узоқ муддатли ринологик операциялар пайтида ва ундан кейин этарли ва хавфсиз аналгезияни таъминлаш зарурати анестетик химоя қилишнинг янги усуллари излашга ёрдам беради.

Ринологик муолажаларни анестетик даволаш усулини танлаш бир қатор омиллар, хусусан, операциянинг ўзига хос хусусиятлари, маҳаллий рефлексогенлик, нафас йўлларининг ўтказувчанлигини сақлаш зарурати ва тўқималардан қон кетиши билан белгиланади [].

УАда умумий жарроҳликда қон йўқотилишини камайтиришнинг навбатдаги анъанавий усули - бу назорат остидаги гипотензия. Риножарроҳликдаги бошқариладиган гипотензия усуллари бағишланган нашрларда адьювантлар, антигипертензив воситалар, анестетик ва анальгетикларнинг турли комбинацияларидан фойдаланиш таъсири ўрганилган.

"Мувозанатли соҳавий анестезия" концепциясига асосланган умумий ва соҳавий анестезиянинг комбинацияси бир вақтнинг ўзида боланинг онгини ўчириб қўйган ҳолда самарали носисептив блокировкага эришишга имкон берди. Умумий анестезиянинг соҳавий блокировка билан қўшилиши оғриксиз уйғонишни, шунингдек, онгни сақлаш ва нормал вентилляция назорати билан операциядан кейинги самарали аналгезияни таъминлайди. [].

Бурун суяги ва тоғайини синиши бўлган беморларда анестезиологик ёндашувнинг хавфсизлиги ва самарадорлиги таҳлили ўтказилди. СамМИ 1-клиникасининг ЛОР бўлимида даволанаётган беморлар 2020-2023-йиллар давомида тиббий кўрикдан ўтказилди. Ҳаммаси бўлиб, 18 ёшдан 65 ёшгача бўлган бурун суяги синиши бўлган 120 та бемор тадқиқот учун танлаб олинди. Беморлар куйидаги гуруҳларга бўлинди:

- 1-гуруҳда маҳаллий анестезия қўлланилган,
- 2-гуруҳ маҳаллий анестезия+вена ичи наркози қўлланилган,
- 3-гуруҳ кўп компонентли эндотрахеал наркоз қўлланилган.

Тадқиқот учун беморларнинг катта қисми 21-40 ёшда бўлиб, фақат 19 нафар беморнинг ёши 41 ёшдан ошган.

Гуруҳлардаги беморлар жинси, ёши, жисмоний ҳолати, клиник ва лаборатория маълумотлари ва анестезия самарадорлиши бўйича таққосланган. Операциядан олдин стандарт текширувлар тўплами ўтказилди;

Операцияга тайёргарлик умумий қабул қилинган схема бўйича амалга оширилди. Кечкурун психоэмоционал ва позицион қулайликка эришиш учун операция арафасида транквилизаторлардан бири буюрилди (мидозалм, 1 мл). Операция куни эрталаб премедикация тўлиқ амалга оширилди: атропин 0,1% -0,1 мг / кг, супрастин 0,15 мг / кг, наркотик анальгетик омнонон 2% -20 мг. Юрак-қон томир патологияси бўлган беморларда қон айланиш реакцияларининг олдини олиш учун юқорида кўрсатилган транквилизатор ҳам анестезиядан 2-3 соат олдин буюрилган ёки мушак ичига 10 мг реланиум юбориш билан алмаштирилган.

Операцияга тайёргарлик кўришда оториноларингологлар 1:100 нисбатда адреналин билан биргаликда маҳаллий оғриқсизлантирувчи воситанинг заиф эритмаси (ропивакаиннинг 0,25% эритмаси ёки 0,5% лидокаин) билан бурун бўшлиғининг РА ни амалга оширдилар. Қон кетишини камайтириш мақсадида барча гуруҳларда қон йўқотиш фибринолиз ингибиторлари ишлатилади: транексамин ёки аминокaproн кислота (мос равишда 5 мл ва 15 мг / кг дозада).

Амалдаги анестезия техникасига қараб, беморлар 3 гуруҳга тақсимланди. Биринчи гуруҳда (n= 40) тригеминал асабнинг I ва II шохлари терминаллариининг РА билан биргаликда маҳаллий анестезия амалга оширилди. Иккинчи гуруҳда (n = 40) анестезия биринчи гуруҳ усули бўйича тригеминал асабнинг I ва II шохлари терминаллариининг РА билан биргаликда амалга оширилди (2-гуруҳ, УА + РА). Асептик шароитда кириш анестезияси ва ИТ га киритилгандан сўнг, стандартлаштирилган усуллар ёрдамида супратроклеар, субтроклеар, супраорбитал, инфраорбитал ва олд алвеоляр нервларнинг РАси ўтказилди (Палчун В.Т. ва бошқ., 2006). РА учун 10 мл 0,75% бупивакаин эритмаси ишлатилган. Назорат гуруҳида (1-гуруҳ, Кўп компонентли УА + СЎВ, n=40) сунъий ўпка вентилляцияси (СЎВ) билан УА шароитида операция қилинди. Анестезияга индукция натрий тиопентал 3 мг/кг ёки пропофол 2 мг/кг, фентанил 2-2,5 мкг/кг. билан амалга оширилди. Миоплегия - ардуан 0,6 мг/кг. Кейинчалик, ИТ амалга оширилди, нормокапния режимида механик вентилляцияга ўтказилди. Базис наркоз анестетик кетамин билан таъминланди. Кетамин, мушак релаксантлари ва фентанил керак бўлганда стандарт дозаларда қўлланилди.

Операциядан сўнг беморлар уйғониш бўлимига, сўнгра ихтисослаштирилган бўлимнинг умумий бўлимига ўтказилди. Мутахассислар томонидан гемодинамик параметрларни кузатиб борилди, оғриқни йўқотиш зарурлигини аниқладилар ва визуал аналог шкаласи ёрдамида оғриқ интенсивлигини баҳоладилар.

Барча гуруҳларда операциядан кейинги оғриқни йўқотишнинг ягона тактикаси қўлланилди, бу белгиланган оғриқ қолдирувчи воситаларнинг оғриқнинг интенсивлиги ва статистик қайд қилиш шаклига қатъий мувофиқлигига асосланган.

Операциядан кейинги даврда юрак-қон томир, нафас олиш, овқат ҳазм қилиш ва сийдик тизимларининг дисфункциясига олиб келадиган асосий омиллардан бири оғриқ синдроми фонида автоном нерв тизимининг фаоллашиши ҳисобланади.

Ошқозон-ичак трактининг стресс билан боғлиқ шикастланишининг ривожланишининг олдини олиш учун протон помпаси ингибиторлари (омепразол 40 мг) анестезияга киришдан 1 соат олдин томир ичига юборилган. Антибиотик профилактикаси цефтриаксон 1 г дан ҳар 12 соат да томир ичига юбориш орқали эришилди.

Тадқиқотнинг математик таъминоти кичик гуруҳлар учун вариацион ва параметрик бўлмаган статистика усулларида фойдаланган ҳолда статистик

маълумотларни қайта ишлаш учун Microsoft Excel электрон жадвал муҳаррири ва Statistica for Windows дастурий пакети ёрдамида амалга оширилди. Олинган натижалар СИ бирликларида ифодаланган. Статистик кўрсаткичларнинг ишончлилиқ даражаси сифатида $p < 0,05$ қабул қилинди.

Ўрганилаётган анестезия усуллариининг самарадорлиги анестезия ва жарроҳликнинг асосий босқичларида анестетик дори воситаларининг фармакологик таъсири, гемодинамиканинг асосий кўрсаткичлари ҳолати, газ алмашинуви, стресс гормони (кортизол) даражаси, шунингдек самарали газ алмашинуви шартлари бўйича баҳоланди.

Тадқиқот мобайнида кўриб чиқилган барча анестезия усуллари беморларда анестезиологик ҳимоя қилиш нуқтаи назаридан етарлича самарали эканлиги баҳоланди.

Шу билан бирга, ортиқча вазн билан оғриган беморларга анестезия қўллаш билан боғлиқ муҳим хусусиятлар аниқланди.

Ўтказилган анестезия бўйича интраоперацион даврда гуруҳлардаги клиник кўрсаткичлар ўзаро солиштириб кўрилганда, ринохирургик беморларда умумий анестезияга регионар компонентни қўшган ҳолда қўлланилганлиги барча ўрганилган периоперацион даврнинг кечишига сезиларли таъсир кўрсатган. Интероперацион даврда анестетикларнинг адекват дозадан киритилишининг камайганлиги ўртақ ва ЮҚС нинг сезиларли пасайишига ва наркоздан силлиқ чиқиши кузатилди. Анестезия давомийлиги (индукциядан экстубациягача) бўйича яққол ўзгаришларнинг бўлмаганлиги, РА ни ўтказишга кетган вақт, беморнинг эрта уйғониши билан тенглашиб кетди.

Ўтказилган тадқиқот асосида операция давомида ва ундан кегин даврда 2-гуруҳда ВАШ бўйича оғриқ интенсивлиги камайган, бу эса анальгетикларга бўлган талабни ҳам камайтирган, операциядан кейинги даврда юзага келадиган асоратлар (кўнгил айниш, қусиш, бош оғриғи, АГ) частотаси сезиларли камайган. Операциядан кейинги 3 соат давомида ўтказилган мониторинги асосида ВАШ бўйича оғриқ интенсивлиги сезиларли даражада камайганлиги кузатилди. Кейинги даврларда 1 ва 3 гуруҳлар орасида сезиларли ўзгаришлар кузатилмади.

РА қўлланилганлиги, операциядан кейинги анальгезия сифати таъсир кўрсатиб, анестезиянинг бошқа турларига нисбатан мониторингни ҳар бир даврда ВАШ бўйича оғриқ кучини сезиларли пасайишига олиб келди.

Жарроҳликдан кейинги биринчи кунда ВАШ бўйича оғриқнинг интенсивлигини таққослаганда, гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқ йўқ кузатилди. Шундай қилиб, 1-гуруҳдаги беморларда оғриқ сезиларининг интенсивлиги операциядан 1 соат ўтгач, 22,8 мм, 2-гуруҳда – 5,6 мм, 3-гуруҳда – 18,6 мм, операциядан 3 соат ўтгач 1-гуруҳда – 34,9 мм, 2-гуруҳда – 11,5 мм, 3-гуруҳда – 28,1мм, операциядан 6 соат ўтгач 1-гуруҳда – 39,1 мм, 2-гуруҳда – 16,9мм, 3-гуруҳда – 35,2 мм, 12 соатдан кейин 1-гуруҳда – 32,3 мм, 2-гуруҳда – 26,9 мм, 3-гуруҳда – 30,9 мм, аммо 2-гуруҳда 22 соатдан кейин оғриқ синдромининг интенсивлиги сезиларли даражада паст эди – 17,5 мм, 1-гуруҳда - 30 мм 3-гуруҳда – 30 мм. Гуруҳлардаги оғзаки дескриптор шкаласи бўйича оғриқ синдроми интенсивлиги қийматлари ҳам худди шундай динамикага эга эди.

Шундай қилиб, келтирилган маълумотлардан кўриниб турибдики, 1 ва 2 гуруҳларда ўтказилган анестезия усули, иккала гуруҳда операция даврида самарали интраоперацион анальгезияни таъминлаган бўлсада, операциядан кейинги даврда, сутка давомида асоратларнинг юзага келиши ва оғриқ синдромининг кучли намоён бўлиши билан

кечган. Умумий анестезияга РА ни қўшган ҳолда қўлланиши, операциядан кейинги асоратларнинг ва оғриқ синдромининг сезиларли камайганлиги кўрсатди.

Операциядан кейинги даврда анестезия ва операцион стресс омилининг организмга таъсирини баҳолаш учун қондаги кортизол миқдори барча гуруҳларда текширилди.

Периоперацион даврда анестезия ва жарроҳлик муолажасининг организмга таъсирини аниқлаш мақсадида қонда кортизол миқдори текширилганда, гуруҳлар ўртасида сезиларли фарқ йўқ кузатилди. Шундай қилиб, 1-гуруҳдаги беморларда операциягача бўлган даврда қондаги кортизол миқдори 1-гуруҳда 456,3 нмоль/л мм, 2-гуруҳда – 451,4 нмоль/л, 3-гуруҳда – 418,9 нмоль/л, операция вақтида 1-гуруҳда – 501,6 нмоль/л, 2-гуруҳда – 438,3 нмоль/л, 3-гуруҳда – 453,8 нмоль/л, операциядан 3 соат ўтгач 1-гуруҳда – 694,5 нмоль/л, 2-гуруҳда – 23,5 нмоль/л, 3-гуруҳда – 478,6 нмоль/л, аммо 2-гуруҳда 22 соатдан кейин қонда кортизол миқдори сезиларли даражада пастлиги кузатилди – 78,6 нмоль/л, 1-гуруҳда – 598,6 нмоль/л, 3-гуруҳда – 243,5 нмоль/л. Бошқа гуруҳлардан фарқли равишда 2 гуруҳда кортизол миқдори норма чегарасидан юқорига кўтарилмади, бу эса УА билан РА ни қўлланилганлиги адекват оғриқсизлантириш ўтказилганлигидан далолат беради.

Шундай қилиб, ринохирургияда РА ва УА ни биргаликда қўлланилиши стабил гемодинамика, анестетикларни қўллаш миқдорининг камайиши, операциядан кейинги оғриқ даражасини пасайиши, асоратларнинг юзага келишининг камайиши билан характерланади.

Шундай қилиб, УА ва РА комбинациясига асосланган умумий анестезиядан фойдаланиш ринохирургик операция пайтида беморни стрессдан ҳимоя қилишнинг энг адекват, самарали усули ҳисобланади, шунинг учун бу усул анъанавий эндотрахеал типдаги умумий анестезиядан афзалроқдир.

Текширилаётган анестезия усуллариининг самарадорлиги фармакологик схеманинг тузилиши, гемодинамиканинг асосий параметрлари ҳолати, газ алмашинуви, стресс гормони (кортизол) даражаси, операциядан кейинги оғриқ синдроми интенсивлиги билан баҳоланди.

Тадқиқотда кўриб чиқилган барча анестезия усуллари беморларда анестезик ҳимоя қилиш нуктаи назаридан етарлича самарали эканлиги аниқланди. Шу билан бирга, ринохирургия соҳасидаги беморларга анестезия қўллаш билан боғлиқ муҳим хусусиятлар аниқланди. Бир томондан, бу замонавий анестезиология учун анъанавий бўлган кўп компонентли принципдир. Иккинчиси ўрганилаётган анестезия усуллариининг ҳар бирининг схемасида гипноз (кетамин, пропофол) ва оғриқ синдромини бартараф этиш (кетопрофен, морфин, фентанил) воситаларининг турли хил вариантларини қўллаш зарурати билан белгиланади.

Бошқа томондан, беморларнинг ушбу тоифасида, анестезиологиянинг бошқа соҳаларида бўлгани каби, анестезиянинг фармакологик схемасини ўзгарувчан турга (жарроҳлик ва анестезиянинг турли босқичларида анестезиологик воситаларни алмаштириш) шакллантириш принципи талаб қилинади. Бу операция ва анестезия босқичларида энг адекват анестезиологик ҳимоя ва самарали газ алмашинувини таъминлаш истаги билан боғлиқ бўлиб, операцион стресс даражасига энг мос келади ва бу ринохирургик соҳадаги беморлар учун жуда муҳим бўлиб, операциядан кейинги дастлабки даврда эрта фаоллашиши мумкин.

1. Ринохирургик беморларда анестезологик хавф даражаси ва асоратларнинг юзага келиши операция вақтида қон кетиш ва операциядан кейинги даврда оғриқ синдромининг намоён бўлиши билан аниқланди.

2. Маҳаллий анестезия ва умумий оғриқсизлантириш вақтида ташқи нафас олиш фаолияти, қон-томир тизими функционал ҳолатини баҳоланганда, регионар анестезия билан комбинацияланган ҳолда ўтказилган умумий анестезия бемор ҳаётий муҳим аъзолар фаолитида жиддий ўзгаришлар келтириб чиқармаслиги аниқланди.

3. РА ва УА ни комбинирланган ҳолда қўлланилиши, СЎВ билан УА га нисбатан организмда периперацион даврда қонда стресс гормони бўлган кортизолнинг ўзгаришининг норма чегарасида ушлаб туриши аниқланди.

Адабиётлар

1. Akhmedov R. F. Modern views on the etiopathogenesis and diagnosis of burn sepsis (Literature review) //International Journal of Pharmaceutical Research. – 2021. – Т. 13. – №. 1. – С. 687-693.
2. Abdurakhmanovich A. A., Furkatovich A. R. Methods of early surgical treatment of Burns //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 528-532.
3. Курбонов Н. А., Ахмедов Р. Ф. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEEP BURNING PATIENTS //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
4. Хакимов Э. А. и др. Печеночная дисфункция у больных с ожоговым сепсисом //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 66-67.
5. Ахмедов Р. Ф., Карабаев Х. К. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И ДИАГНОСТИКИ ОЖГОВОГО СЕПСИСА //Проблемы биологии и медицины. – 2020. – №. 5. – С. 244-248.
6. Карабаев Х. К. и др. Результаты хирургического лечения ожогового сепсиса //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 29-30.
7. Ахмедов Р. Ф. и др. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПРОКАЛЬЦИТОНИНА КАК МАРКЕРА ОЖГОВОГО СЕПСИСА У ДЕТЕЙ //Детская хирургия. – 2020. – Т. 24. – №. S1. – С. 18-18.
8. Ахмедов Р. Ф., Карабаев Х. К. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ СЕПСИСА ПРИ ОЖГОВОЙ БОЛЕЗНИ //Актуальные вопросы современной науки и образования. – 2022. – С. 183-185.
9. Шоназаров И. Ш., Ахмедов Р. Ф., Камолидинов С. А. ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ИНТРААБДОМИНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ //Достижения науки и образования. – 2021. – №. 8 (80). – С. 66-70.
10. Шоназаров И. Ш., Камолидинов С. А., Ахмедов Р. Ф. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ СПАЕЧНОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ МЕТОДОМ //Вопросы науки и образования. – 2021. – №. 31 (156). – С. 69-78.
11. Ахмедов Р. Ф. и др. Полиорганная недостаточность при ожоговом сепсисе //Роль больниц скорой помощи и научно исследовательских институтов в снижении предотвратимой смертности среди населения. – 2018. – С. 204-205.
12. Ахмедов Р. Ф. и др. Наш опыт лечения ожогового сепсиса //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 10-11.
13. Ахмедов Р. Ф. и др. Диагностическая значимость уровня прокальцитонина при ожоговой болезни //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 11-12.

14. Рузибоев С. и др. Методы и средства местного консервативного лечения обожженных //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2016. – №. 4 (91). – С. 186-192.
15. CLASSIFICATION, DIAGNOSIS AND TREATMENT //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 79-90.
16. Elmuradov G. O. K. et al. QORIN BO ‘SHLIG ‘I YOPIQ JAROHATLARIDA SONOGRAFIYA VA VIDEOELAPAROSKOPIYANI QO’LLASH //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 173-180.
17. Erkinovich K. Y. METHODS OF EARLY SURGICAL TREATMENT OF BURNS //Central Asian Research Journal for Interdisciplinary Studies (CARJIS). – 2022. – Т. 2. – №. Special Issue 4. – С. 184-188.
18. АВАЗОВ А. А. и др. KUYISHLARDA ERTA XIRURGIK DAVOLASH USULLARI //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
19. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Мухаммадиев М. Х. ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНТЕГРАЛЬНОЙ ШКАЛЫ BISAP ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 158-164.
20. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
21. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
22. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
23. Ачилов М. Т. и др. ОЦЕНКА ЛЕЧЕБНОГО ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 62-69.
24. Даминов Ф. А., Карабаев Х. К., Хурсанов Ё. Э. ПРИНЦИПЫ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ (Обзор литературы) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 133-142.
25. Даминов Ф. А., Хурсанов Ё. Э., Карабаев Х. К. НАШ ОПЫТ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 143-151.
26. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. STANDARDIZATION OF THE THERAPEUTIC DIAGNOSTIC APPROACH FOR COMBINED CLOSED INTESTINAL INJURY //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 120-132.
27. Джаббаров Ш. Р., Хурсанов Ё. Э. У. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 152-161.
28. Джаббаров Ш. Р. СТИМУЛЯЦИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 1. – С. 345-349.
29. Джаббаров Ш. Р. Хирургическое лечение эхинококкоза печени у детей : дис. – Научно-исследовательский институт педиатрии Научного центра здоровья детей РАМН, 2010.
30. Джаббаров Ш. Р., Киргизов И. В., Дударев В. А. Стимуляция регенерации печени после эхинококкэктомии у детей //Справочник врача общей практики. – 2011. – №. 4. – С. 54-57.
31. Джаббаров Ш. Р., Киргизов И. В., Кобилов Э. Э. Биохимические показатели крови у больных с осложнённым эхинококкозом печени //Материалы XVI съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». М. – 2009. – С. 107.

32. Дударев В. А. и др. Дифференциальная диагностика кист печени у детей //Российский педиатрический журнал. – 2009. – №. 4. – С. 36-39.
33. Дударев В. А. и др. Нарушения в системе гемостаза при кистозно-очаговых поражениях печени у детей и пути медикаментозной коррекции //Педиатрическая фармакология. – 2009. – Т. 6. – №. 3. – С. 139-142.
34. Курбонов Н. А., Ахмедов Р. Ф. MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF DEEP BURNING PATIENTS //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
35. Рузибоев С. А., Авазов А. А., Хурсанов Е. Э. СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ И РЕЦИДИВНЫХ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 184-191.
36. Саттаров Ш. Х., Рузобаев С. А., Хурсанов Ё. Э. ОПТИМИЗАЦИЯ ПУТИ КОРРЕКЦИИ ЭНДОТОКСИКОЗА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИТОНИТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 144-150.
37. Саттаров Ш. Х., Рузобаев С. А., Хурсанов Ё. Э. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСТОМИИ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 238-242.
38. Тухтаев Ж. К., Хурсанов Ё. Э. У. ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 20-31.
39. Хамроев Г. А., Хурсанов Ё. Э. ОРГАНОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ МАССИВНОМ РАЗМОЗЖЕНИИ ЯИЧКА //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 3. – С. 185-194.
40. ХУРСАНОВ Я. Э. и др. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 5.
41. Шакиров Б., Авазов А., Хурсанов Ё. COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTENSIVE DEEP BURNS LOWER LIMBS //EurasianUnionScientists. – 2022. – С. 24-26.
42. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. ДИАПЕВТИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 44-51.
43. Шоназаров И. Ш., Мизамов Ф. О., Хурсанов Ё. Э. ДИАПЕВТИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНЭНДОБИЛИАРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 44-51.
44. 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.
45. Эльмурадов А., Хурсанов Ё. Э. У. ПОСТКОЛОНИАЛЬНАЯ/ДЕКОЛОНИАЛЬНАЯ КРИТИКА И ТЕОРИЯ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОТНОШЕНИЙ //Research Focus. – 2022. – Т. 1. – №. 2. – С. 198-208.