

РИНОЛОГИК ОПЕРАЦИЯЛАРДА АНЕСТЕЗИОЛОГИК ЁНДАШУВНИ ИЛМИЙ – АМАЛИЙ ЖИҲАТЛАРИ (Адабиётлар шарҳи)

магистр Бегимов Оламгир Акрам ўғли

Илмий раҳбар Ғойибов С.С.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7627270>

Аннотация: Сўнгги пайтларда сўнгги йилларда фаол ривожланаётган оториноларингология бўлими бўлган – ринохирургия, беморларга периоператив ёрдамни оптималлаштиришни талаб қилади ва даволовчи шифокорлар учун янги вазифаларни қўяди. Диагностика усуллари тақомиллаштириш, бурун бўшлиғи (ББ) ва паранасал синуслардаги патологик жараёнларни жарроҳлик йўли билан даволашни тақомиллаштириш, жарроҳлик муолажалар сонининг кўпайишига ва уларнинг кўламининг кенгайишига олиб келди ва илгари қўлланилган локал анестезия (ЛА) энди беморни кўпроқ шикаст ва узок муддатли жарроҳлик агрессиясидан этарли даражада антиноцицептив ҳимоя қила олмайди (Тимошенко А. Л., 2005).

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА ПРИ РИНОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ (Литературный обзор)

Аннотация: Ринохирургия, активно развивающееся в последние годы направление оториноларингологии, требует оптимизации периоперационной помощи больным и ставит новые задачи перед лечащими врачами. Совершенствование методов диагностики, усовершенствование хирургического лечения патологических процессов в полости носа (ПБ) и околоносовых пазухах привели к увеличению количества оперативных вмешательств и их объема, а применяемая ранее местная анестезия (ЛА) в настоящее время обладает достаточной антиноцицептивной активностью. больному от большей травмы и длительной хирургической агрессии защитить не могут (Тимошенко А. Л., 2005).

КИРИШ

Бурун суяги синиши (БСС) юз скелети ва ЛОР аъзоларининг энг кўп учрайдиган шикастланишидир [1, 2], бунга шошилиш кўрсатмалар билан оториноларингологга ташриф буюриш сабабдир. Тўғри ташхис қўйиш даволаш тактикасини аниқлаш, ишончли хулоса чиқариш учун зарур.

Ташхисни аниқлаштириш учун кўплаб тиббиёт муассасаларида диагностика ускулларининг катта танлови мавжуд (радиография, КТ, МРТ, ултратовуш ва эндоскопик текширув асбоблари). Рационал танланган тадқиқот алгоритми ўз вақтида ташхис қўйиш, етарли ва тўлиқ даволаш чораларини кўришга олиб келади ва иқтисодий самарадорликни таъминлайди.

Ташқи бурун шаклини тиклаш айниқса муҳим вазифадир, чунки шикастланишнинг косметик салбий таъсири баъзи ҳолларда жабрланувчиларда руҳий касалликларга олиб келиши мумкин; Ходимнинг ташқи кўриниши муҳим бўлган касблар мавжуд [3]. Ташқи буруннинг деформацияси, бурун тўсиғидаши ривожланган силжиш туфайли бурун орқали нафас олишда қийинчиликларга олиб келиши мумкин [4]. Бурундан нафас олишнинг бузилиши ҳам буруннинг, ҳам ундан узокдаги органлар ва тизимларнинг функцияларига салбий таъсир қилади [5]. Кўпгина муаллифлар [1, 6] жароҳатлардан кейинги дастлабки босқичларда- биринчи ҳафтада, агар тўқималарнинг шишиши деформациянинг табиатини аниқлашга ҳалақит бермаса ва бириктирувчи тўқима чандиқлари ҳали шаклланмаган бўлса, бурун шаклини тиклашни маслаҳат беришади.

Шундай қилиб, Щчербина Э.В. [7] бемор тиббий ёрдамга мурожаат бўлганда дарҳол суяк бўлақларини қайта жойлаштиришни маслаҳат беради; кейинчалик, шиш йўқолганидан кейин, агар керак бўлса, мавжуд деформацияни тузатиш мумкин. Бурун суяқларини қайта жойлаштириш учун рухсат этилган максимал вақт жуда ўзгарувчан - жароҳатлардан кейин бир ҳафтадан тўрт ҳафтагача [1, 6, 7, 8]. Бурун суяқларининг жойлашишини ўзгартиргандан сўнг узоқ вақт давомида буруннинг доимий деформацияси бўлган беморларни текширганда, барча ҳолатларда фақат ташқи бурун шаклини яхшилаш мумкинлиги аниқланди [9]. Сўнгги йилларда ёпик ринопластика ва риносептопластика кўрсатмаларга мувофиқ БСС билан оғриган беморларни даволашда қўлланилмоқда [10, 11, 12]. Бир вақтнинг ўзида риносептопластика - буруннинг деформацияси ва тўсиқнинг қийшиқлиги бўлган беморларни даволаш учун мақсадга мувофиқ жарроҳлик тактикаси. Ташқи бурундаги косметик операциялар ва бурун тўсиғидаги операцияларнинг натижалари бирига боғлиқ бўлиб, жарроҳлик аралашуви бир вақтнинг ўзида буруннинг эстетик ва нафас олиш функцияларини тиклаши керак [13]. Оптимал даволаш тактикасини танлаш ҳал қилинмаган муаммо бўлиб қолмоқда. Фармакология ва анестезиологиянинг ривожланиши билан бирга анестезия усуллари ҳам такомиллаштирилмоқда Шундай қилиб, замонавий тиббиётнинг ривожланишини ҳисобга олган ҳолда, бурун суяқлари синган беморларни ташхислаш ва даволаш учун оптимал алгоритмларни ишлаб чиқиш долзарбдир.

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

Мустақил нафас олиш билан бирлаштирилган, томир ичига ёки ниқобли ингаляцияли анестезия, нафас йўллариининг 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 жойлашиши уларнинг ўтказувчанлигини таъминлашда қўшимча қийинчиликлар туғдиради. Жарроҳлик жароҳатидан қон ва шиллиқ билан аспирация бўлишини олдини олиш ва нафас йўллариининг 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 оғиз бўшлиғидаги операцияларда, оғиз бўшлиғининг чандикли торайишида, чакка-жағ бўғимнинг анкилозида, оғиз бўшлиғида эндотрахеал найнинг мавжудлиги жарроҳнинг манипуляцияси учун жиддий тўсиқ бўлган ҳолларда қўлланилади. У "кўр-кўрона", тўғридан-тўғри ларингоскопия назорати остида ёки фиброскоп ёрдамида амалга оширилади.

Фиброоптик бронхоскоп билан трахеяни энтубация қилиш ҳозир кенг қўлланилади, чунки у атравматик бўлиб, ҳикилдоқ ва ҳалқумдан фаол аспирацияга имкон беради. Эндоскопик интубация фавқулодда ва танланган операциялар учун қўлланилади,

бу манипуляцияни бевосита ларингоскопия билан бажариш жуда қийин ва хавфли ҳисобланади.

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

Назотрахеал интубация техникаси қуйидагича: Интубация бошланишидан бир неча дақиқа олдин бурун шиллиқ қавати ва ҳиқилдоқ-ҳалқумнинг ҳолати баҳоланади. Бундай текширув муҳим аҳамиятга эга, чунки у юзага келиши мумкин бўлган қийинчиликларни, хусусан, контактли қон кетишини қўпайтиришни, овоз бойламининг рефлексатор қисқаришининг яққолигини, ҳиқилдоқ усти тоғайининг шакли ва жойлашини баҳолашга имкон беради.

Дастлабки текширув эндоскопистга интубация учун қайси бурун йўлини қўллашни ҳал қилиш, ҳиқилдоқ-ҳалқумнинг индивидуал структуравий хусусиятларини қайд этиш ва анестезиолог билан муолажанинг кейинги тактикасини ишлаб чиқиш имконини беради. Кейин интубацион найни эндоскопга қурилманинг дистал қисми 3-4 см чиқиб турадиган тарзда қўйилади. Анестезияга кириш умумий қабул қилинган усул бўйича амалга оширилади. Эндоскопли эндотрахеал найча бурун йўли орқали вестибуляр ҳалқумга силлиқ ҳаракатлар билан амалга оширилади.

Агар эндоскоп ҳиқилдоқнинг шиллиқ қаватига тегса, овоз бойламинининг кескин рефлексли қисқариши юзага келса, анестезиолог қўшимча равишда анестезикни (100-150 мг барбитуратлар) киритади. Эндоскопнинг найдан чиқиб турган дистал қисми ҳиқилдоқ орқали овоз бойлами ости бўшлиғига ўтказилади ва ундан кейин эндоскопик найча эндоскоп бўйлаб гўё ўтказгич бўйлаб энгил айланиш ҳаракатлари билан киритилади. Найчани трахеяга киритгандан сўнг дарҳол аниқ йўтал рефлекси пайдо бўлади. Эндоскопист визуал равишда фиберскоп орқали найчанинг трахеяда эканлигига ишонч ҳосил қилади ва дарҳол эндоскопни ундан олиб ташлайди.

Анестезиолог аускултация усулида найчанинг тўғри ҳолатини назорат қилади, мушак редаксантини киритади ва механик вентилизацияни таъминлайди.

Локал анестезия остида трахеяни интубация қилиш лидокаиннинг 1% эритмаси билан амалга оширилади, у оптик толали бронкоскоп канали орқали бурун ва ҳалқум шиллиқ қаватига қўлланилади. Анестезиолог ва эндоскопист ўртасидаги тўлиқ тушуниш муваффақиятли интубациянинг калитидир.

Қийин (оротрахеал) трахеал интубация ҳолатларида ретроград усул муваффақиятли қўлланилиши мумкин. Анестезияга киритилгандан сўнг, беморнинг ўз-ўзидан нафас олиши билан крикоид мембрана ҳудудида трахеяни пункция қилиш амалга оширилади. Селдингер усули бўйича ўтказгич (чизик) киритилади, у краниал орқали ўтказилиб, оғиздан чиқарилади ва ўтказгичга эндотрахеал трубка қўйилади. Ўтказгичнинг иккала учини тортган ҳолда, найча трахеяга киритилади. Техника локал анестезия остида қўлланилиши мумкин.

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 нуктаи 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 йўллариининг 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 йўллариининг 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 инфильтрацион, аппликацион ва регионар).) [Калаев, Н. Т. , 2009. Тимошенко, А. Л. 2005.].

Локал анестезия (ЛА) нинг афзалликлари аниқ: бажариш қулайлиги, дори-дармонлар 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 йўлларига 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 усуллариининг 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 "қуруқ" жарроҳлик майдонини олишга учун адреналинни қўлланилиши, унинг маълум бир қисмининг қисман резорбцияси ва вегетатив реакцияларнинг юрак уриш тезлигини ошиши, 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 нихоят, 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 инobatга олган ҳолда, танлов, қоида тариқасида, ўпканинг сунъий вентилияцияси (ЎСВ) билан трахея интубацияси (ТИ) ёки ЛМ ўрнатилиши ёрдамида нафас йўллариининг 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 қолдиқ 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.

Бироқ, 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 ҳимоянинг етишмаслиги беморларнинг 12 фоизда сурункали оғрикни келтириб чиқариши мумкин . Узоқ муддатли ринологик операциялар пайтида ва ундан кейин этарли ва хавфсиз аналгезияни таъминлаш зарурати анестетик ҳимоя қилишнинг янги усуллариини излашга ёрдам беради.

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

Мураккаб рефлексли ўзаро таъсирларда иштирок этадиган ганглион септинаси мавжудлиги сабабли операция зонасининг юқори рефлексогенлиги операция пайтида ҳам, операциядан кейинги даврда ҳам, айниқса биринчи кунда носиген ва вегетатив реакцияларнинг ривожланишига ёрдам беради. тик турган бурун тампонлари туфайли .

Бу реакциялар бош оғриғи, артериал гипертензия, бронхоспазм билан намоён бўладиган ринокард ва ринобронхиал рефлексларнинг турига қараб боради . Бурун бўшлиғида сурункали яллиғланиш жараёнида юрак ритмининг тузилиши ўзгаради . Ринокардиал ўзаро таъсир юрак патологиясида айниқса муҳимдир . Бурун бўшлиғи ва бронхлар ўртасидаги табиий рефлекс алоқаси бронхиал астма билан оғриган беморларда ғайритабиий назобронхиал рефлекснинг шаклланишига олиб келиши мумкин . Бурун бўшлиғи рецепторларини полиплар, йирингли экссудат, қийшайган бурун тўсиғи билан доимий равишда қайта таъсирланиши билан бронхоспазм хуружлари тезлашади .

Шу муносабат билан, ринохирургияда анестезия ўтказилаётганда, ноцицептив импулсларнинг олдини олишдан ташқари, ЛА ёрдамида бурун бўшлиғидаги рефлексоген реакцияларни блокировка қилиш мақсадга мувофиқдир.

Нафас йўллариининг ўтказувчанлигини сақлаб қолиш учун бир қатор муаллифлар болалар ва катталарда ТИ ни бажаришни ёки ЛМА ни ўрнатишни тавсия қиладилар . ЛМАни қўллаш тарафдорлари куйидаги далилларни илгари сурдилар: янада барқарор гемодинамикалар ва бунинг натижасида тўқималардан қон кетишининг камайиши, қон йўқотилишининг камайиши, анестезиядан энгилроқ тикланиш ва интубациядан кейинги томоқ оғриғининг йўқлиги.

Бироқ, ушбу тадқиқотлар муаллифлари анестезиологнинг ларингеал ниқобли анестезиядан фойдаланишда тегишли тажрибага эга бўлиши кераклигига эътибор қаратишади. Шу билан бирга, нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш, қон аспирациясининг олдини олиш ва операция пайтида бемор учун ҳам, операция қилувчи жарроҳ учун ҳам қулайлик хавфсизлиги нуқтаи назаридан, сунъий ўпка вентиляция билан УА ва ТИ ёрдамида нафас йўллари ўтказувчанлигини сақлаш янада мақбулдир . Кўпгина нашрларда нафас йўллариининг ўтказувчанлиги фақат ТИ томонидан қўллаб-қувватланади .

Риножарроҳлик муаммоларидан бири бурун ва бурун бўшлиғида қон томилар кўп. Операция пайтида тўқималардан қон кетишининг кўпайиши жарроҳнинг ишига тўсқинлик қилади, операция давомийлигини оширади ва бемор учун салбий оқибатларга олиб келади.

Жарроҳлик гемостазнинг самарали усуллариининг йўқлиги оториноларингологларнинг "қуруқ" жарроҳлик майдонини яратиш учун маҳаллий адреномиметикадан фойдаланишга киришишига олиб келди . Бироқ, уларнинг резорбсияси ҳаёт учун хавфли аритмия эҳтимолини оширади .

Фибринолиз ингибитори тренаксамин кислота қон йўқотилишини камайтириш учун травматология ва ортопедияда фаол қўлланилади, бу риножарроҳликда ҳам тасдиқланган . Бироқ, жарроҳлик пайтида фибринолиз ингибиторларини қўллаш гиперкоагуляцияга олиб келиши мумкин ва беморларнинг айрим гуруҳларида (олдинги тромбозмиолик асоратлар; 60 ёшдан ошган, аёллар ва бошқалар) хавфли ҳисобланади. Бошқа томондан, протеаз ингибиторлари (апротинин, тренаксамин кислота ва бошқа аналоглар) жарроҳнинг манипуляциясидан олдин томир ичига юборилганда антикинин таъсири туфайли катта жарроҳликда ўзларининг антиноцицептив таъсирини кўрсатади .

Охир-оқибат, фибринолиз ингибиторларини тайинлаш хавф-фойдасини баҳолашга асосланган бўлиши керак. Ринологик беморлар, асосан, ҳаёт учун хавфли бўлган гиперкоагулятивликни ривожланиш хавфи минимал бўлган коморбид фонга эга бўлмаган ёшлар бўлганлиги сабабли, тренаксамин кислотадан фойдаланиш оқилона кўринади.

ХУЛОСА

УАда умумий жарроҳликда қон йўқотилишини камайтиришнинг навбатдаги анъанавий усули - бу назорат остидаги гипотензия. Риножарроҳликдаги бошқариладиган гипотензия усулларига 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 оғриқсиз уйғонишни, шунингдек, онгни сақлаш ва нормал вентиляция назорати билан операциядан кейинги самарали аналгезияни таъминлайди.

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 БИМЕДИЦИНЫ 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., Рузibaев 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., Рузibaев 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.