



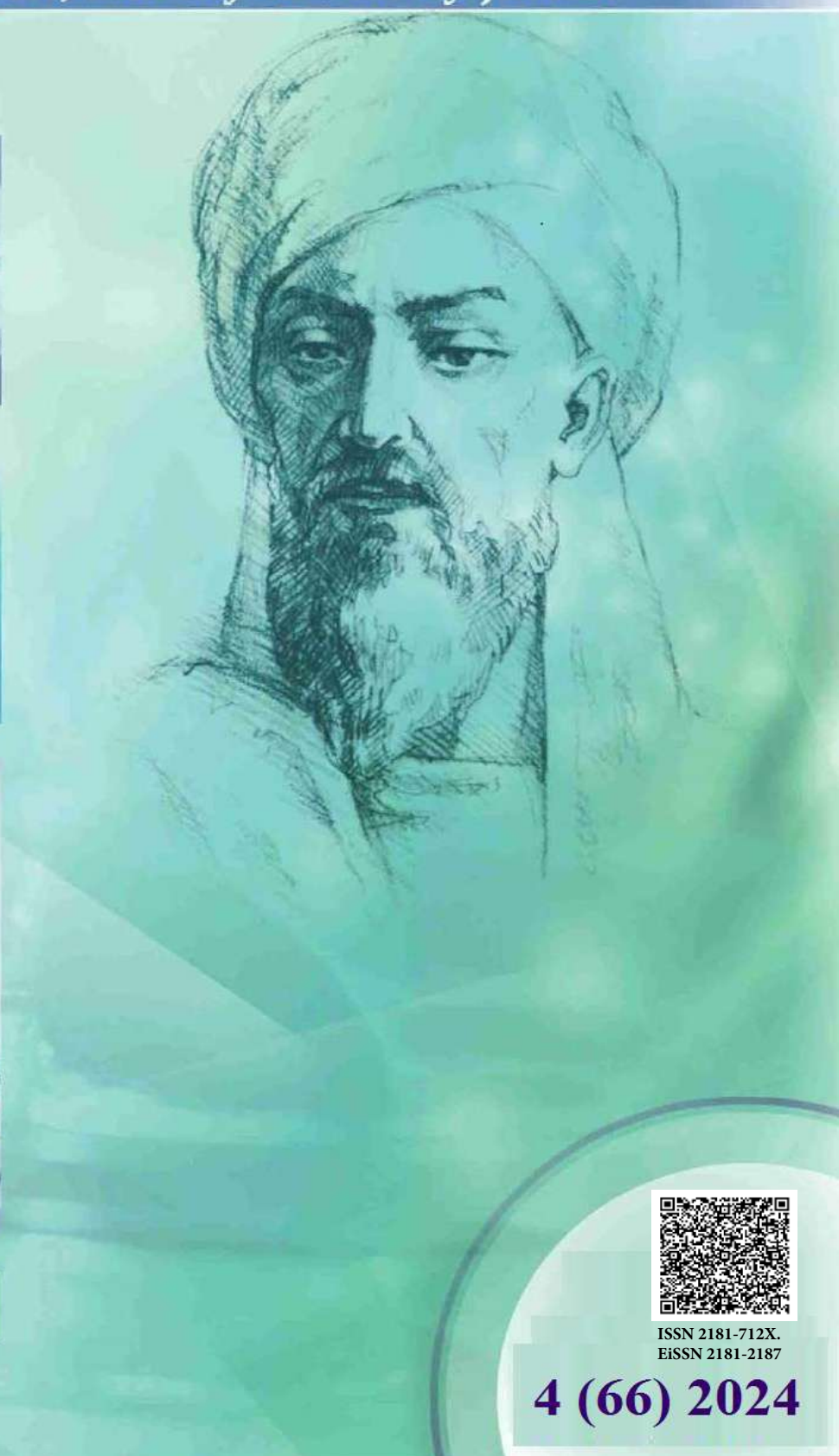
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

4 (66) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

4 (66)

2024

апрель

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 617-089.615.211.0

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ И ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Пардаев Ш.К., <https://orcid.org/0000-0001-8248-203>

Шарипов И.Л., <https://orcid.org/0009-0002-7076-2054>

Курбонов Н.З. <https://orcid.org/0009-0006-5022-8160>

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,
ул. Амира Темура, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Проведен анализ безопасности и эффективности анестезиологических пособий у пациентов с ожирением и гипертензией при рецидивирующих вентральных грыжах. Были обследованы 90 больных с ожирением при рецидивирующих вентральных грыжах в возрасте от 40 до 65 лет. Все больные были подразделены на 2 группы: первая основная группа из 60 больных, которым проводилась общая анестезия в сочетании эпидуральной анестезией. Вторая контрольная группа – 30 больных, которым проводилась многокомпонентная общая анестезия.

Ключевые слова: вентральная грыжа, ожирение и гипертензия, эпидуральная анестезия.

СЕМИЗЛИК ВА ГИПЕРТЕНЗИЯ БИЛАН РЕЦИДИВ ВЕНТРАЛ ЧУРРАЛАРДА АНЕСТЕЗИОЛОГИК ҚЎЛЛАНМАНИНГ ХУСУСИЯТЛАРИ

Пардаев Ш.К., Шарипов И.Л., Курбонов Н.З.

Самарканд давлат тиббиёт университети Ўзбекистон, Самарканд, ст. Амир Темура,
Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Семизлик ва гипертензияси бўлган рецидив вентрал чуррали беморларда анестезиологик қўлланма хавфсизлиги ва самараси таҳлил қилинган. 40 дан 65 ёшгача бўлган 90 нафар семизлик фонида рецидив вентрал чурра билан беморлар текширилган. Беморлар 2 гуруҳга бўлинган: биринчи асосий гуруҳда 60 беморга умумий анестезия эпидурал анестезия билан биргаликда ўтказилган, иккинчи назорат гуруҳида- 30 беморга кўпкомпонентли умумий анестезия ўтказилган.

Калит сўзлар: вентрал чурра, семизлик ва гипертензия, эпидурал анестезия.

FEATURES OF ANESTHETIC MANAGEMENT OF RECURRENT VENTRAL HERNIA IN PATIENTS WITH OBESITY AND HYPERTENSION

Pardaev Sh.K., Sharipov I.L., Kurbonov N.Z.

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Resume

The safety and efficacy of anesthesia in patients with obesity and hypertension in recurrent ventral hernias were evaluated. Ninety obese patients with recurrent ventral hernias aged 40–65 years were examined and divided into two groups: the first group (main group) comprised 60 patients who underwent general anesthesia combined with epidural anesthesia. The second one (control group) - 30 patients who underwent multicomponent general anesthesia.

Key words: Ventral hernia, obesity, hypertension, epidural anesthesia.

Актуальность

В настоящее время ожирением страдает значительная часть взрослого населения экономически развитых стран. Количество лиц, страдающих ожирением, прогрессивно увеличивается. Ожирение признано ВОЗ новой хронической неинфекционной «эпидемией» нашего времени. Ожирение становится все более актуальным патологическим состоянием во всем мире. По оценкам всемирной организации здравоохранения предполагается, что к 2025 году на планете свыше 700 миллионов человек будут иметь ожирение той или иной степени (WHO, 2013). Влиянию ожирения и ассоциируемых с ним метаболических нарушений на организм человека (сахарный диабет, хроническая сердечная недостаточность, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, нарушения мозгового кровотока и репродуктивной функции и пр.) уделено много внимания в современной литературе (Castro A. V. et al., 2014; Shimizu I. et al., 2015).

Цель исследования: Изучение и оценка безопасности и эффективности анестезиологических пособий у пациентов с ожирением и гипертензией при рецидивирующих вентральных грыжах.

Материал и методы

Проведен анализ безопасности и эффективности анестезиологических пособий у пациентов с ожирением и гипертензией при рецидивирующих вентральных грыжах. Были обследованы больные находящиеся на лечении в отделениях общей хирургии и хирургических болезней многопрофильной клиники СамГосМУ за период с 2020 по 2023 годы. Всего было 90 больных с ожирением при рецидивирующих вентральных грыжах в возрасте от 38 до 65 лет. Все больные были подразделены на 2 группы: **первая основная** группа из 40 больных, которым проводилась общая анестезия в сочетании эпидуральной анестезией. **Вторая контрольная** группа – 30 больных, которым проводилась многокомпонентная общая анестезия.

Результаты и обсуждения

Эффективность исследованных методик анестезии оценивали по структуре фармакологической схемы, состоянию основных параметров гемодинамики, газообмена, уровню стресс гормона (кортизол), а также по соответствию условиям поддержания эффективного газообмена на основных этапах анестезии и операции.

Определено, что все рассмотренные в работе методики анестезии обладают достаточной эффективностью в плане анестезиологической защиты у пациентов, страдающих ожирением.

Однако выявлены существенные особенности, связанные с проведением анестезии пациентам, страдающим избыточной массой тела, особенно сопутствующей гипертензией.

В обеих группах исходно у 85 человек (94,4%) имелась артериальная гипертензия различной степени (табл. 1).

Таблица.1.

Характеристика больных основной и контрольной группы в зависимости от степени артериальной гипертензии

Степень АГ	Основная группа		Контрольная группа	
	n=60	%	n=30	%
АГ 1 степени (140-159/90-99 мм.рт.ст)	19	31,7	10	33,3
АГ 2 степени (169-179/100-109 мм.рт.ст)	26	43,3	16	53,3
АГ 3 степени (180/110 мм.рт.ст)	15	25	4	13,4

У пациентов основной группы отмечены высокие цифры АД и эти показатели были сопоставили с показателями АД контрольной группы.

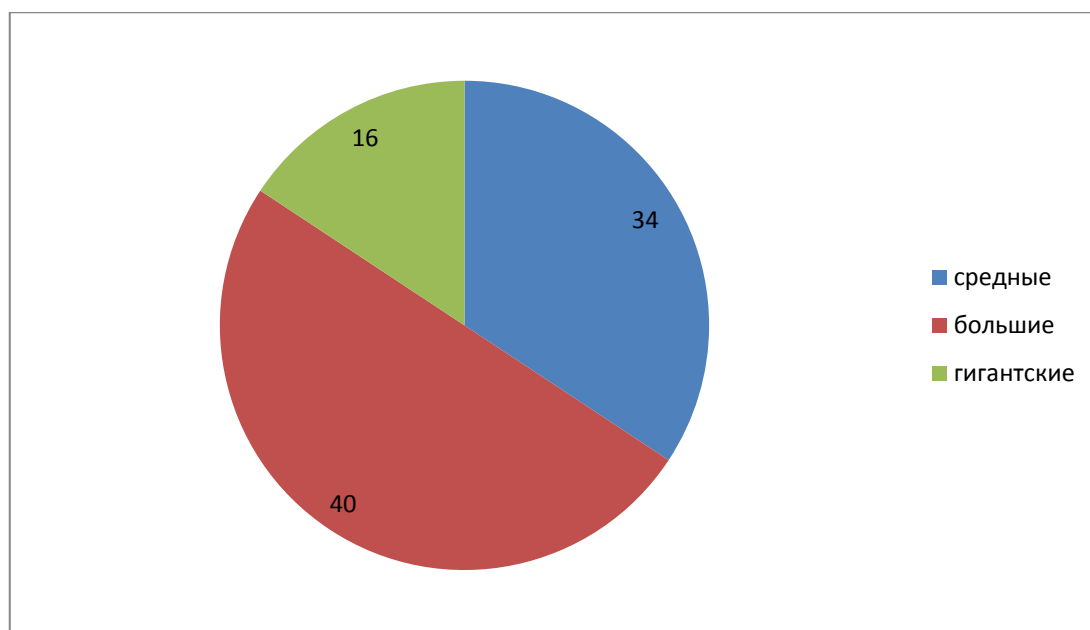
Мы выяснили сроки появления послеоперационных грыж, и при этом оказалось, что у большинства оперированных послеоперационная вентральная грыжа (ПОВГ) появились в первые три года после операции. Сроки появления грыж даны в таблице 2.

Таблица 2.

Сроки	Сроки появления грыж	
	Основная группа	Контрольная группа
До 1 года	9	4
От 1 до 3 лет	11	3
От 3 до 5 лет	15	9
От 5 до 10 лет	13	8
Более 10 лет	12	6
Всего:	40	30

Все поступившие длительное время не решались на операцию и лишь после ухудшения состояния и возникновения осложнений обратились к хирургу. Из всех пациентов с невраправимыми грыжами было 60 (66,7%), ущемленными 8 (14,4%) и с ререцидивными 12 (18,9%). У всех пластика грыжевых ворот выполнена за счет тканей брюшной стенки и рецидив возникал в первый год после операции, что указывало на не адекватный выбор пластики, и по этому в последние годы применяются аллопластические методы.

При поступлении определяли размер грыж и при этом придерживались классификации Янова В.И. (1998): малые (до 5см), средние (5-10см), большие (10-30 см) и гигантские (более 30 см). среди поступивших с малыми размерами грыж больных не было, со средними 34 (37,8%), с большими – 40(44,4%) и гигантские грыжи установлены у 16 больных (17,8), их распределение дано на рисунке 1.



Рисунка 1.

У больных обеих групп на этапах лечения, в динамике измеряли уровень внутрибрюшного давления. Исходя из полученных данных, были выявлены закономерные изменения показателей внутрибрюшного давления в сторону их повышения.

Результаты анализа методик анестезии. В 1 -группе больных, которым купирование болевого синдрома в после операционном периоде осуществлялось введением местных анестетиков в ЭП, отмечено улучшение спирометрических показателей, и нарушения газового состава крови были выражены значительно меньше. А также отмечена тенденция к снижению частоты легочных и гемореологических послеоперационных осложнений. Пациенты 2-группы, получавшие наркотические анальгетики, находились в состоянии избыточной седации, в то время как качество после операционного обезболивания было ниже достаточного. У них

отмечалась выраженная гипоксемия в течение 2-3 суток после операции, что связано с формированием микроателектазов на фоне проведения ИВЛ. Формально, наиболее соответствует задаче ранней активизации пациента анестезия на основе пропофола, как наиболее управляемого гипнотика. Но в силу того, что пропофол не обладает самостоятельной анальгетической активностью, при его использовании потребовалось дополнительное введение фентанила в 2-3 раза большее, чем при проведении анестезии на основе других гипнотических агентов. Кроме того, использование пропофола или изофлюрана в качестве основного гипнотика редко требовало дополнительного введения кетамина с целью компенсации гипотензивного эффекта на этапе индукции и, с другой стороны, ограничивает анестезиолога в выборе вегетостабилизирующих препаратов (дроперидол) из-за их синергического с пропофолом или изофлюраном гипотензивного действия на гемодинамику.

В ходе анализа критериев адекватности анестезии в группах начиная со 2-го этапа исследования и на последующих этапах зарегистрирован достоверно более низкий уровень ДАД в 1-й и 2-й группах в сравнении с исходным этапом исследования. Кроме того, выявлено достоверное увеличение показателей SpO_2 в обеих группах в сравнении с 1-м этапом исследования. На дальнейших этапах исследования различий между группами в этих показателях не выявлено, однако зарегистрировано различие в темпе диуреза, который у пациентов 1-й группы был достоверно выше начиная со 2-го и на последующих этапах в сравнении со 2-й группой (табл. 3).

Таблица 3.

Сравнительная характеристика параметров адекватности анестезии между группами

Исследуемые показатели	Исследуемые группы	Этапы исследования				
		1-й	2-й	3-й	4-й	5-й
АДс, мм рт.ст	Основная группа	134,8±12,6	138,4±11,5	126,2±9,7	121,6±8,2	122,1±9,3
	Контрольная группа	137,3±15,2	141,6±16,1	138,1±17,3	148,1±12,8	137,5±11,9
АДд, мм рт.ст.	Основная группа	82,2±10,2	82,8±8,1	76,8±4,8	75,3±5,8	76,3±6,1
	Контрольная группа	89,6±11,2	82,4±12,9	91,5±11,3	89,1±10,1	82,4±9,6
ЧСС, в 1 мин	Основная группа	76,1±5,7	98,5±4,9*	79,3±8,2	77,8±5,6	76,3±5,1
	Контрольная группа	72,9±8,1	98,8±10,1*	97,9±11,4*	91,6±8,7*	89,7±7,2
ВЕ, ммоль/л	Основная группа	-1,1±0,7	—	-1,8±0,3	—	-2,1±0,2
	Контрольная группа	-1,2±0,3	—	-3,1±0,8*	—	-3,7±0,4*
Диурез, среднее ±SD, мл/мин	Основная группа	47,2 ± 2,7	58,4 ± 2,9	59,5 ± 2,8	58,9 ± 2,9	
	Контрольная группа	48,2 ± 3,2	48,1 ± 3,5	49,3 ± 3,2	48,6 ± 3,3	
SpO ₂ , %	Основная группа	—	97,8±1,7	97,6±2,1	97,9±1,7	98,1±1,4
	Контрольная группа	—	96±3,8	95,6±3,4	96,8±2,1	96,6±2,3

Примечание: * - $p < 0,05$ по сравнению с исходными данными. 1 -й - исходные данные; 2-й - после премедикации; 3-й - травматичный этап операции; 4-й - конец операции; 5-й - через сутки после операции.

При исследовании эффективности постнаркозной реабилитации не было зарегистрировано достоверного различия во времени после окончания операции между пациентами 1-й группы -

12 (8,5–19,5) мин и 2-й группы- 11 (7,5–18) ($p = 0,125$), времени экстубации в 1-й группе - 14 (8,5–18) мин, во 2-й группе - 14 (9,5–19) ($p = 0,089$), времени пробуждения и достижения 10 баллов по шкале Aldrete у больных 1-й группы - 3 (2,5–6,5) мин, 2-й группы - 3,5 (3–7) мин ($p = 0,231$).

Первый подъем на ноги в 1-й группе произошел достоверно раньше - 186 (135–226) мин в сравнении со 2-й группой - 213 (144–258) мин ($p = 0,033$). Первые шумы перистальтики кишечника у пациентов 1-й группы появились достоверно раньше, чем у пациентов 2-й группы- 207 (175–232) и 354 (305–441) мин соответственно ($p = 0,043$), также зарегистрировано более раннее начало отхождения газов после операции в 1-й группе - 514,8 (481,7–555,1) мин в сравнении со 2-й группой - 596,1 (537,1–623,2) мин ($p = 0,039$).

Кроме того, время пребывания в стационаре у пациентов 1-й группы - 27,3 (18,4–31,3) ч было достоверно меньшим, чем у пациентов 2-й группы - 42,5 (37,8– 51,9) ч ($p = 0,032$).

Выводы

1. Методики анестезиологической защиты для пациентов с ожирением гипертензией, особенно для пациентов с морбидным ожирением, должны быть и ориентированными по альтернирующему принципу воспроизведения.
2. Оценка эффективности анестезиологической защиты по фармакологической структуре анестезии, состоянию основных параметров гемодинамики, уровню кортизола в крови и соответствия условиям обеспечения адекватного газообмена свидетельствует о преимуществах многокомпонентных внутривенных и ингаляционных методик в сочетании ЭА.
3. Основными проблемами на этапе индукции в анестезию являются обеспечение проходимости дыхательных путей. Наиболее эффективности и безопасности способы анестезиологических подходов при реконструктивных операциях по поводу рецидивирующих вентральных грыж у больных страдающих ожирением и гипертензией считается общая анестезия со сочетанием ЭА.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Анисимов М.А., Горобец Е.С., Якушина И.А. Эффективная анестезия при выполнении онкогинекологических операций у пациенток с сопутствующим морбидным ожирением. //Вестник анестезиологии и реаниматологии. 2015; 6: 46–52.
2. Белоярцев, Ф.Ф. Компоненты общей анестезии. М.: Медицина, 1997. [Beloyarcev F.F. Components of General Anesthesia. M.: Meditsina, 1997. (In Russ)]
3. Вейлер Р.В., Мусаева Т.С., Трёмбач Н.В., Заболотских И.Б. Критические инциденты в течение комбинированной анестезии при обширных абдоминальных операциях у пациентов пожилого и старческого возраста: роль предоперационного уровня бодрствования. //Анестезиология и реаниматология. 2016; 61(5). DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0201-7563-2016-61-5-352-356>
4. Хашимов Б.Б., Аутлев К.М., Кручинин Е.В. и др. Частота возникновения грыж передней брюшной стенки у пациентов с морбидным ожирением. //Уральский медицинский журнал. 2017;3:107-110.
5. Шарипов И.Л. Оценка сочетанного применения методов экстракорпоральной детоксикации у детей с почечной недостаточностью / И. Л. Шарипов // Врач-аспирант. 2012;54(5.2):332-341. – EDN PFGJLD.
6. Шарипов И.Л., Пардаев Ш.К., Юсупов Ж.Т. (2023). Особенности анестезиологического пособия при гинекологических операциях. //Journal the Coryphaeus of Science, 2023;5(4):216-222.
7. Матлубов Мансур Муратович, Семенихин А.А., Абидов А.К., Рахимов А.У., Хамдамова Э.Г. Эпидурально-сакральная анестезия как альтернатива варианта спинально-эпидуральных блокад при абдоминальном родоразрешении // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2015. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/epiduralno-sakralnaya-anesteziya-kak-alternativa-varianta-spinalno-epiduralnyh-blokad-pri-abdominalnom-rodorazreshenii> (дата обращения: 03.05.2022).

8. Матлубов М.М. Оптимизация обезболивания у пожилых больных с сопутствующей артериальной гипертензией при холецистэктомии / М.М. Матлубов, Э.Г. Хамдамова, Ж.Т. Юсупов, Ф.А. Бобоев. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2021. — № 4 (346). — С. 116-118. — URL: <https://moluch.ru/archive/346/77951/> (дата обращения: 03.05.2022).
9. Эпштейн С.Л. Периоперационное анестезиологическое обеспечение больных с морбидным ожирением. Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2012; 4(3): 5–27.
10. Muratovich, Matlubov Mansur, et al. "Hemodynamic indicators in pregnant women with obesity of various degrees of expression." *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*, vol. 8, no. 2, 15 Jan. 2021, pp. 2373+. Gale Academic OneFile, link.gale.com/apps/doc/A698524030/AONE?u=nysl_oweb&sid=googleScholar&xid=17b21266. Accessed 2 May 2022.
11. Sharipov, I. Hemodynamic gradations with combined use of extracorpordetoxification methods in children with renal failure / I. Sharipov, B. K. Xolbekov, B. R. Akramov // *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*. – 2020. – Vol. 7. – No 3. – P. 2555-2563. – EDN PPDWZO.
12. Hashimov B.B., Autlev K.M., Kruchinin E.V., et al. The incidence of hernia of the anterior abdominal wall in patients with morbid obesity. *Ural'skij medicinskij zhurnal*. 2017; 3: 107–110.(In Russ)
13. I.L Sharipov, JT Yusupov, BK Xolbekov .Personalization and preventative premedication: used drugs value and efficiency //Web of Scientist: International Scientific Research Journal 3 (02), 740-748.
14. Sharipov I. Hemodynamic gradations with combined use of extracorporeal detoxification methods in children with renal failure / I. Sharipov, B. K. Xolbekov, B. R. Akramov // *European Journal of Molecular and Clinical Medicine*. – 2020. – Vol. 7. – No 3. – P. 2555-2563. – EDN PPDWZO.
15. Sharipov I.L., Xolbekov B.K., Kurbanov N.Z. (2023). Bolalar oftalmolojarrohlidida anesteziyani takomillashtirish. //World scientific research journal, 20(1), 107-112.
16. Kurbanov N.Z., Sharipov I.L. (2023). Improvement of anesthetic protection in simultaneous operations on abdominal and pelvic organs. //World scientific research journal, 20(1), 113-116.
17. Zayniddinovich K.N., Latibovich S.I. (2024). Improving anesthetic protection and blood pressure control in simultaneous abdominal and pelvic operations in obese patients. //Journal of applied medical sciences, 2024;7(1):97-101.
18. Sharipov I.L., Qurbanov N.Z., Rakhmonov S. (2023). Improving airway patency during operations in the maxillofacial region in children. //Academia Repository, 2023;4(12):140-145.
19. Zayniddinovich K.N., Qo'lyiyevich P.S., Latibovich S.I. (2023). Increasing anesthesiological protection during simultaneous operations on the abdominal and pelvic region in patients with obesity. //Academia Repository, 2023;4(11):321-325.
20. Pardaev S.K., Sharipov I.L., Yusupov J.T. (2021). Use of combined spinal-epidural anesthesia in gynecological simultaneous operations. //Academicia: an international multidisciplinary research journal, 11(2), 1508-1513.

Поступила 20.03.2024