



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

2 (88) 2026

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
У.О. АБИДОВ
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
Д.Т. АШУРОВА
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. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
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)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
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)

2 (88)

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com
E: ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

2026
февраль

Received: 20.01.2026, Accepted: 06.02.2026, Published: 10.02.2026

УДК 618.1-089:616-089.5

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОГО АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ В ГИНЕКОЛОГИИ

Пардаев Ш.К. <https://orcid.org/0000-0001-8248-203>
Шарипов И.Л. <https://orcid.org/0009-0002-7076-2054>

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

✓ Резюме

Изучено влияние различных видов анестезии на основные параметры жизненно важных функций организма у 96 пациенток при выполнении оперативных вмешательств в гинекологии. Установлено, что комбинированная анестезия— эндотрахеальный наркоз, длительная эпидуральная анестезия достаточно адекватны и эффективны, могут быть использованы для обезболивания лапароскопических гинекологических операций любого объема. Нами определена адекватность вариантов анестезии (регионарная анестезия, тотальная внутривенная и ингаляционная в сочетании с ИВЛ) и оценены их преимущества с позиции минимального влияния на показатели газообмена, центральной гемодинамики и обеспечения защиты от хирургической агрессии. Это позволяло существенно оптимизировать анестезиологическое пособие, как при традиционном оперативном вмешательстве, так и при эндоскопическом вмешательстве. Удалось удержать гемодинамику и оксигенацию на оптимальном уровне.

Ключевые слова: комбинированное анестезиологическое пособие, регионарная анестезия, оперативная гинекология, эндоскопические операции.

EFFECTIVENESS OF COMBINED ANESTHETIC MANAGEMENT IN LAPAROSCOPIC GYNECOLOGICAL OPERATIONS

Pardayev Sh.K. <https://orcid.org/0000-0001-8248-203>
Sharipov I.L. <https://orcid.org/0009-0002-7076-2054>

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

✓ Resume

The influence of various types of anesthesia on the main parameters of vital bodily functions was studied in 96 patients undergoing gynecological surgical interventions. It was established that combined anesthesia—comprising endotracheal general anesthesia and prolonged epidural anesthesia—is sufficiently adequate and effective, and can be used for pain management in laparoscopic gynecological operations of any volume. We determined the adequacy of different anesthesia options (regional anesthesia, total intravenous anesthesia, and inhalational anesthesia combined with mechanical ventilation) and evaluated their advantages from the perspective of minimal impact on gas exchange parameters, central hemodynamics, and protection against surgical stress. This approach allowed for significant optimization of anesthetic management, both in traditional open surgery and in endoscopic procedures. Hemodynamics and oxygenation were successfully maintained at an optimal level.

Keywords: combined anesthetic management, regional anesthesia, operative gynecology, endoscopic operations.

GINEKOLOGIYADA LAPAROSKOPIK OPERATSIYALARDA KOMBINATSIYALANGAN ANESTEZIOLOGIK QO'LLANMANING SAMARADORLIGI

Pardayev Sh.K. <https://orcid.org/0000-0001-8248-203>

Sharipov I.L. <https://orcid.org/0009-0002-7076-2054>

Samarqand davlat tibbiyot universiteti. O'zbekiston, Samarqand sh., Amir Temur ko'chasi,

Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Ginekologiyada operativ aralashuvlar o'tkazilgan 96 nafar bemorda anesteziyaning turli usullarining organizm hayotiy muhim funksiyalarining asosiy ko'rsatkichlariga ta'siri o'rganildi. Aniqlanishicha, kombinatsiyalangan anesteziya - endotraxeal narkoz va uzoq muddatli epidural anesteziya - yetarlicha adekvat va samarali bo'lib, hajmi qanday bo'lishidan qat'i nazar, laparoskopik ginekologik operatsiyalarni og'riqsizlantirishda qo'llanishi mumkin. Biz anesteziya variantlarining (regionar anesteziya, umumiy vena ichiga yuboriladigan va ingalyatsion anesteziya o'pka sun'iy ventilyatsiyasi bilan birgalikda) adekvatligini aniqladik hamda ularning gaz almashinuvi, markaziy gemodinamika ko'rsatkichlariga minimal ta'siri va jarrohlik agressiyasidan himoya ta'minlash nuqtayi nazaridan afzalliklarini baholadik. Bu esa an'anaviy operativ aralashuvlarda ham, endoskopik operatsiyalarda ham anesteziologik ta'minotni sezilarli darajada optimallashtirish imkonini berdi. Gemodinamika va oksigenatsiyani optimal darajada saqlab qolishga erishildi.

Kalit so'zlar: kombinatsiyalangan anesteziologik ta'minot, regionar anesteziya, operativ ginekologiya, endoskopik operatsiyalar.

Актуальность

Проведение лапароскопии в гинекологии сопряжено с серьезным неблагоприятным воздействием на организм, связанным, помимо операционной травмы и наркоза, с двумя особенностями: повышением внутрибрюшного давления и использованием положения Тренделенбурга. Известно, что повышение внутрибрюшного давления в результате введения углекислого газа сопровождается нарушениями дыхания и гемодинамики: увеличением центрального венозного давления, снижением сердечного выброса, повышением артериального давления и тахикардией с возможными последующими нарушениями сердечного ритма [2,7,8]. Положение Тренделенбурга, в свою очередь, вызывает постуральные изменения, аналогичные вышеизложенным [3,7,8]. Большинство авторы считают эндотрахеальный наркоз единственно приемлемым методом анестезии [1, 5, 6]. Эндоскопические операции имеют ряд очевидных преимуществ [9,13]. Однако, несмотря на эти явные преимущества, их выполнение сопряжено с риском развития ряда осложнений в периоперационном периоде. Ретроспективное изучение осложнений лапароскопических операций показало, что абсолютное их большинство не связано с техникой оперативных вмешательств, а чаще обусловлено дисфункциями сердечно-легочных систем [1,13]. Отрицательные эффекты карбоксиперитонеума связаны с возникновением повышенного внутрибрюшного давления и биохимическими изменениями, происходящими вследствие всасывания углекислого газа в кровоток. Связано это с тем, что даже после не осложненных абдоминальных операций внутрибрюшное давление нередко повышается до 15 мм рт. ст. (нормальные значения внутрибрюшного давления ограничены пределами 0-5 мм рт. ст.). В то же время даже умеренное повышение внутрибрюшного давления (до 10 мм рт. ст.) оказывает значительное воздействие на функцию различных органов и систем [6,11]. Сокращение сети нижней полой вены в условиях высокого внутрибрюшного давления приводит к снижению венозного возврата крови к сердцу на 20%. Поскольку спланхическое венозное русло является главным мобильным резервуаром крови, небольшое изменение венозного возврата к сердцу (в пределах 3-7% от исходного кровотока) имеет существенное значение для сердечного выброса [10,11]. У больных с кардиальной патологией снижение сердечного выброса может быть значимым и свидетельствовать о сердечной недостаточности, не распознанной до операции, с развитием гиподинамического

синдрома в виде снижения сердечного индекса, ударного объема и увеличения общего периферического сосудистого сопротивления [12, 14].

Создание пневмоперитонеума и положения Тренделенбурга оказывает неблагоприятное действие на систему дыхания. Внутривентриальное давление выше 15 мм рт. ст. снижает растяжимость легких и увеличивает пиковое и среднее давление в дыхательных путях [4, 5]. Падение функциональной остаточной емкости легких во время общей анестезии провоцирует закрытие дыхательных путей со снижением вентиляции нижележащих зон легких и достигает наибольшего значения в положении Тренделенбурга. Можно ожидать развитие этого феномена практически у всех пациентов старше 30-35 лет [3, 11, 13].

Цель исследования: оценка эффективности анестезиологического пособия при лапароскопических оперативных вмешательствах в гинекологии

Материал и методы

Для решения поставленных задач нами проведено анестезиологическое пособие у 32 пациенток (контрольная группа) в оперативной гинекологии по традиционному хирургическому методу оперативного вмешательства, при небольших и кратковременных гинекологических операциях и у 64 больных (основная группа) в плановой гинекологии оперативное вмешательство проведено лапароскопической методикой при оперативных вмешательствах на придатках и яичниках. Возраст больных в группах составил соответственно $35 \pm 2,7$ (18-58) лет и $38 \pm 1,3$ (44-66) лет; масса тела - $63 \pm 1,8$ и $68 \pm 1,5$ кг. Во время анестезии осуществляли мониторинг за частотой дыхания (ЧД) и содержанием углекислого газа в конечно-выдыхаемом воздухе ($F_{em}CO_2$) с помощью газоанализатора, число сердечных сокращений (ЧСС) и насыщением гемоглобина артериальной крови кислородом (SpO_2) с помощью пульсоксиметра, гемодинамикой кардиомонитор (Mindray, Китай). Определяли время восстановления сознания больных после анестезии и наличие психоэмоциональных расстройств.

Результат и их обсуждение

Анализ результатов этих наблюдений во время операций в экстренной гинекологии позволил определить наиболее рациональный вариант анестезии, который предусматривал в/в введение фентанила на операционном столе (0,7-0,8 мкг/кг) с последующим применением пропофола в/в болюсно в течение 60 сек в дозе 2,0 мг/кг. Для поддержания анестезии пропофол вводили каждые 4-5 мин по 20-40 мг. Если операция затягивалась и длилась более 20 мин, анестезию в таком случае дополняли кетаминот 1-2 мг/кг. Пропофол, который вводили внутривенно в среднем в течение одной минуты, вызывал быстрое спокойное засыпание. Перед анестезией в операционной у больных, как правило, отмечалась гипердинамическая реакция со стороны дыхания и кровообращения, что проявлялось увеличением ЧСС и частоты дыхания, увеличением АДс, снижением $F_{em}CO_2$. После наступления сна существенно урежалась ЧСС, снижалось АДс, наблюдалась тенденция к гипотонии и брадикардии. Обмен CO_2 существенно не изменялся, однако в отдельные моменты отмечалось как повышение $F_{em}CO_2$, так и понижение при запаздывании введения очередной дозы пропофола. У некоторых больных при быстром переходе из гипердинамии в состояние сна кратковременно западала челюсть, снижалась вентиляция и начинала уменьшаться SpO_2 , что отразилось и на средней величине SpO_2 . Разгибание головы и выдвигание нижней челюсти вперед (у 70% больных), ингаляция кислорода через носоглоточный катетер (58%) или маску (7%), кратковременная искусственная вентиляция легких (6%) позволяли в течение нескольких секунд нормализовать оксигенацию в легких. После завершения индукции анестезии показатели вентиляции и оксигенации стабилизировались и мало отличались от исходных. Существенных различий в изменении артериального давления, вентиляции и газообмена в легких между группами выявлено не было. Практически одинаково быстро (через $5,8 \pm 0,23$ и $6,5 \pm 0,65$ мин после окончания операции соответственно) у них восстанавливалось и сознание. При этом все больные были спокойны, многие расценивали свое состояние, как после хорошего естественного сна. При наступлении сна, во время и после операции - у больных не было каких-либо неприятных ощущений психоэмоционального дискомфорта. В целом 97,3% пациенток оценили анестезию на

«отлично» и лишь 2,3% - на «хорошо». Причем снижение оценки было обусловлено не качеством самой анестезии, а неприятными впечатлениями от болезненной многократной пункции вены при постановке системы для инфузии и рвоты в послеоперационном периоде. При эндоскопических оперативных вмешательствах прооперированы 64 пациенток, из них более 70% - старше 30 лет. Подавляющее большинство имели экстрагенитальные патологии, в том числе артериальная гипертония диагностирована у 35% больных, патология мочевыводящих путей у 11%, патология органов дыхания у 15%, заболевания сердца у 8%. Структура оперативных вмешательств: у 80% - резекция яичника, а у 5 больных - в сочетании с овариоэктомией, у 5 женщин проведены радикальные оперативные вмешательства на матке. Премедикация у подавляющего числа пациентов состояла из атропина 0,5-1 мг, омнопона 10-20 мг, димедрола 10 мг, дормикума 10 мг. После проведения вводной анестезии, интубации трахеи, создавали карбоксиперитонеум (инсуффлятор «KARL STORZ-endoskope endoflator 40 UI 400», Германия) со скоростью инсуффляции CO₂ от 0,5 до 1,5 л/мин под контролем показателей гемодинамики. Внутривентральное давление во время операции поддерживали на уровне 9-12 мм рт.ст. Разрешение карбоксиперитонеума проводили после окончания операции, перед экстубацией трахеи. С целью оптимизации анестезиологического обеспечения лапароскопической операции нами использовалась комбинированная эпидуральная (бупивакаин 0,5%-10-20 мл) и общая анестезия (пропофол-фентанил-изофлуран) по разработанной схеме: премедикация - феназепам в дозе 5 мг внутрь вечером накануне операции. За 40 мин до начала анестезии, внутримышечно: омнопон - 20 мг, димедрол - 10 мг и дормикум - 10 мг, в зависимости от исходного состояния психоэмоционального статуса. На операционном столе: атропин - 0,01 мг/кг. Вводный наркоз: пропофол внутривенно болюсно-2,0-2,5 мг/кг, в сочетании с фентанилом - 2,0-3,0 мкг/кг. Миорелаксация дитилин 1,5-2 мг/кг, интубация трахеи, ИВЛ (Mindray WATO EX- 35- Германия) по закрытому контуру с FiO₂ - 0,4, минутный объем дыхания = (масса пациента/10+1) л/мин, дыхательный объем = 7-8 мл/кг, давление на вдохе - менее 16-20 мм рт.ст. и соотношением вдох/выдох - 1:2. Поддержание анестезии: изофлуран 1-2 об%, МАК-0,7-0,8 и дробное введение фентанила - 1,0- 3,0 мкг/кг, каждые 20-25 мин операции. Введение изофлурана следует прекратить за 5-6 мин до окончания операции. Миоплегия - ардуаном в дозе 0,04 -0,06 мг/кг и поддержание 0,01 мг/кг каждые 40-50 мин. Интраоперационная инфузия - 10-15 мл/кг/ч кристаллоидных растворов. Интраоперационно функцию сердечно-сосудистой системы (ССС) контролировали с помощью стандартного мониторинга (Mindray и MEC 15 Гамбург, Германия), (ЭКГ, ЧСС, неинвазивно измеряемое АД сист, АД диас, АД сред, SaO₂). Интраоперационно регистрацию параметров гемодинамики производили на следующих этапах:

1. Исходные данные (перед вводным наркозом).
2. После индукции и интубации трахеи.
3. После создания карбоксиперитонеума.
4. Наиболее травматичный этап операции.
5. После экстубации трахеи.

Создание карбоксиперитонеума у больных привело к повышению АД и ОПСС. Однако, рациональная методика инсуффляции CO₂ в брюшную полость и применение пропофола или изофлурана (снижающего ОПСС), позволили поддерживать уровень АД и ОПСС, на данном этапе исследования, на исходном значении. На 4 этапе исследования у больных среднесистолическое давление снизилось на 7% от исходного и предыдущего этапов исследования, что свидетельствует о рациональной адаптации сердечно-сосудистой системы к карбоксиперитонеуму. Параметры колебаний показателей гемодинамики на этапах исследования свидетельствуют об адекватности анестезиологического пособия операционной травме у больных. Применение рациональной методики создания карбоксиперитонеума и комбинированной эпидуральной, внутривенной и ингаляционной пропофол-изофлуран-фентаниловой анестезии на фоне ИВЛ, поддержание оптимального уровня гемодинамики при эндоскопическом вмешательстве создают благоприятные условия для адаптации организма к особенностям техники операции. Однако из-за патофизиологических сдвигов, которые сопровождают карбоксиперитонеум, отбор пациенток должен учитывать нарушения гемодинамики и предоперационное состояние системы дыхания.

Выводы

Учитывая положительные черты эпидуральной анестезии и дальнейшее развитие техники лапароскопических операций, можно предположить, что в ближайшем будущем регионарная анестезия как компонент комбинированной анестезии позволит шире использовать лапароскопических операциях в гинекологической практике из-за быстрого восстановления жизненно важных функций организма. Кроме того, установленный эпидуральный катетер позволяет проведение эффективного послеоперационного обезболивания. Наряди с этим улучшаются перистальтика кишечника и диурез, а также обеспечивает раннюю активацию пациента и сокращается койка дней.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бутров А.В., Губайдуллин Р.Р., Пошихонов Ф. Опыт применения искусственной вентиляции легких с высоким положительным давлением конца выдоха в анестезиологической практике. Вестник РУДН. 2001;(3):37–41.
2. Каспарова Г.А., Пардаев Ш.К. Оптимизация анестезиологического обеспечения у пожилых пациентов при лапароскопической холецистэктомии. EJMNS. 2025;(3).
3. Киреев С.С., Матвеев А.Ф., Алёшина А.А. Выбор оптимального внутривенного анестетика в «гинекологии одного дня». Вестник новых медицинских технологий. 2013;20(1):74–75.
4. Конторович М.Б., Зислин Б.Д., Бердникова А.А., Пьянкова О.В. Транспорт кислорода в условиях искусственной вентиляции легких. Вестник интенсивной терапии. 2009;(3):11–15.
5. Овчинников А.М., Осипов С.А. Особенности анестезии при диагностических и лечебных эндоскопических абдоминальных вмешательствах. Анестезиология и реаниматология. 2003;(3):16–19.
6. Соколенко Г.В., Коровин А.Я., Кулиш В.А. Спинальная анестезия при гинекологических эндоскопических операциях. Эндоскопическая хирургия. 2005;(1):45–46.
7. Шифман Е.М., Бутров А.В., Федулова И.В. Эпидуральная блокада в анестезиологическом обеспечении лапароскопических операций в гинекологии. Анестезиология и реаниматология. 2007;(2):65–69.
8. Шмерлинг Г.Д., Тихонин В.Г., Собко И.А., Коломоец А.В. Спинальная анестезия при малоинвазивных операциях в гинекологии. В: Материалы VIII Всероссийского съезда анестезиологов-реаниматологов. Омск; 2002. р. 394.
9. Шарипов И.Л. Оценка сочетанного применения методов экстракорпоральной детоксикации у детей с почечной недостаточностью. Врач-аспирант. 2012;54(5.2):332–341. EDN: PFGJLD.
10. Шарипов И.Л., Пардаев Ш.К., Юсупов Ж.Т. Особенности анестезиологического пособия при гинекологических операциях. Journal the Coryphaeus of Science. 2023;5(4):216–222.
11. Arturovna K.G. Indirect measurement of intra-abdominal pressure in elderly patients after laparoscopic cholecystectomy: clinical significance and prognostic value. Medical Research Journal. 2026;1(4):91–96.
12. Kasparova G.A., Pardayev Sh.K. Influence of different anesthetic techniques on hemodynamic parameters in elderly patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. EJMNS. 2025;(3).
13. Sharipov I.L., Kholbekov B.K., Akramov B.R. Hemodynamic gradations with combined use of extracorporeal detoxification methods in children with renal failure. European Journal of Molecular and Clinical Medicine. 2020;7(3):2555–2563. EDN: PPDWZO.
14. Sharipov I.L. Evaluation of the combined use of extracorporeal detoxification methods in children with renal failure. Graduate Doctor (Vrach-Aspirant). 2012;54(5.2):332–341.
15. Sharipov I.L. Indicators of systemic hemodynamics with the combined use of replacement therapy methods in children with renal failure. Medicus. International Medical Scientific Journal. 2020;5(35):13–18.
16. Marana E., Colicci S., Meo F., Marana R., Proietti R. Neuroendocrine stress response in gynecological laparoscopy: TIVA with propofol versus sevoflurane anesthesia. J Clin Anesth. 2010;22(4):250–255.
17. Gerges F.G., Kanazi G.E., Jabbour-Khoury S.I. Anesthesia for laparoscopy: a review. J Clin Anesth. 2006;18:67–68.

Поступила 20.01.2026