

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ**

Кўлёзма ҳуқуқида

УДК: 618.3-06.:616-001-089:617-089.5

**АТАШЕВ АЙБЕК РАИМБЕРГАНОВИЧ
ГИНЕКОЛОГИЯ ВА ТРАВМАТОЛОГИЯДА ЮҚОРИ ХАВФ
ГУРУҲИГА КИРУВЧИ БЕМОРЛАРДА ПЕРИОПЕРАТИВ
АСОРАТЛАРНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА АНЕСТЕЗИОЛОГИК
ҲИМОЯНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ**

14. 00. 37 - Анестезиология ва реаниматология

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасини олиш учун тақдим

этилган диссертация

АВТОРЕФЕРАТИ

Тошкент – 2009

**Илмий иш ЎзР ССВ Акушерлик ва Гинекология РИИАТМ ва
РШТЁИМ Урганч филиалида бажарилган.**

- Илмий раҳбар:** тиббиёт фанлари доктори,
Ким Ен Дин
- Расмий оппонентлар:** тиббиёт фанлари доктори, профессор
Аваков Вячеслав Ервандович
- тиббиёт фанлари доктори, профессор
Мухитдинова Хури Нуритдиновна
- Етакчи ташкилот:** Санкт-Петербург давлат педиатрия
тиббиёт академияси

Илмий иш ҳимояси «___» _____ 2009 йилда соат ___ да
Тошкент тиббиёт академияси ҳузуридаги Д 087.09.01. рақамли
Ихтисослашган Кенгаш мажлисида бўлиб ўтади.

Манзил: Ўзбекистон Республикаси, Тошкент шаҳри, 100109, Фаробий
кўчаси, 2-уй.

Диссертация билан Тошкент Тиббиёт Академияси кутубхонасида
танишиш мумкин.

Автореферат “___” _____ 2009 йилда тарқатилди.

**Ихтисослашган кенгаш
илмий котиби,
тиббиёт фанлари доктори, профессор**

АСРАРОВ А.А.

ДИССЕРТАЦИЯГА УМУМИЙ ИЗОХ

Муаммонинг долзарблиги. Организмни операцион ва анестезиологик агрессияда турли анестезиологик усулларни қўллаганда ҳимоя қилиш ва шунингдек критерияларни мос қилиши ҳозирги кунгача тортишувларга сабаб бўлмоқда. (Меерсон Ф.З., 1988; Лебединский К.М., 2000; В.И.Страшнов, 2006). Охирги йилларда регионар анестезияни жаррохлик, травматология, акушерлик ва гинекология сохаларида қўлланилишига қизиқиш ошмоқда. (Липко А.В., Носков И.Ю., 1988; Анисимов О.Г., Ахтямов И.Ф., Малыкин К.А., 2005; Glaser C., Marhofer P., Zimpfer G., 2002).

Муаммоларни ўрганишлик даражаси. Нейроаксиал анестезияни (НАн) ва умумий кўп компонентли анестезияни СЎВ(УККАн ва СЎВ) билан қўлланилиши кўпинча беморларда асосий ҳаётий зарур системаларни бузилиши кузатилади, асосан оғир соматик патологияларда. Модомики уларда ҳам бошқа бирор бир анестезиологик қўлланмага хос камчиликлар мавжуд. (Антипин Д.П., Вайнштейн Б.Д., 2004; Репин К.Ю., Давидова Н.С., 2004; Thrush D.N., Downs J.B., 1999; McLeod G.A., 2004).

Сўнгги ўн йилликда, хорижий адабиётларда спинал эпидурал анестезияни қўлланилиши ҳақидаги ишлар пайдо бўлди (СЭАн), кўпинча хирургик анестезиологияда кенг қўлланилмоқда, унинг гинекологик ва травматологик операцияларда қўлланилиши ҳақида ғоятда қарама-қарши маълумотлар мавжуд. (Глушенко В.А., Варганов Е.Д., 2006; Страшнов В.И., Забродин О.Н., Бандар А., 2006; Karota E., Kouta A., 2006).

Замонавий анестезиологияни муваффақиятларидан бири бу нейроаксиал анестезия (эпидурал, спинал, спино-эпидурал) методини кенг қўлланилишидир. Бемор организмга хирургик ва анестезиологик агрессиянинг комплекс таъсири оғрик патофизиологияси тасаввурини ўзгартиради. (Беркович А.Н., 1997; Глушенко В.А., Дорофеев Н.Р., 2004; Koracz D.J., Allen H.W., Thompson G.E., 2000). Аммо шуни ҳам унутмаслик керакки, регионар анестезия (РАн) ҳам бошқа ҳар бир анестезиологик метод қўлланмаси сингари камчиликларга эга, бунга эътиборсизлик қилиш эса оғир соматик патологияли беморларнинг организмда витал функцияларининг бузилишига олиб қилиши мумкин.

Ушбу гуруҳ беморларда марказий сегментар блокларни қўллашда бир оз афзаллигига қарамай жиддий хавотирланиш ўринлидир, чунки ҳаётни таъмин қилувчи асосий системаларни ишдан чиқишига юқори даражада операция пайтида ва шунингдек операциядан кейинги даврда олиб қилиши мумкин. (Лебединский К.М., 2000; Morrison S.J., Dominguez J.J., Frascarolo P., 2000).

Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда шуни айтиш мумкинки, ҳозирги вақтда ҳам аввалгидек анестезиянинг турли вариантларини ҳаётни таъминловчи ва регулятор системаларга бемор организмга қандай таъсир қилиши периператив асоратларни юқори даражадаги хавфлилиги травматология ва гинекологияда тўлиқ ўрганилмаган. Уларни қўллашга

қарши ва қўллаш мумкин бўлган ҳолатлар ишлаб чиқилмаган. Ҳаётни таъминловчи асосий системаларни компенсатор реакцияларни қўллаган ҳолда маҳаллий анестетикларни оптимал хавфсиз дозалари аниқланмаган. Шунинг учун гинекологик ва травматологик операцияларда юқори даражадаги периоператив асоратли беморлар учун оптимал қўлланма танлаш ечилмаган.

Диссертация ишининг илмий тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Иш Давлат фан техника программаси – 9 га киради. “Инсон касалликларининг профилактикасини, диагностикасини, даволашни ва реабилитациясини янги технологияларини ишлаб чиқариш”.

Тадқиқот мақсади. Юқори даражадаги асоратли беморларни хавфсизлигини ошириш, периоперацион асоратларни прогноз қилиш методини ишлаб чиқариш ва замонавий анестезиологик вариантдаги қўлланмани қўллаш (спинал эпидурал) гинекологик ва травматологик операцияларда.

Тадқиқот вазифалари. Юқори даражали хавф гуруҳида бўлган беморларда гинекологик ва травматологик операция утказишда спинал эпидурал анестезияни ишлаб чиқариш, исботлаш ва объектив баҳолаш.

1. Умумий кўп компонентли анестезияни СЎВ билан ва спинал эпидурал анестезияларни марказий гемодинамика, ВНС, иммунологик ва глюкокортикоид статусга, эндотелиал система кўрсаткичларига таъсирини гинекологик ва травматологик профилдаги пациентларда периоператив даврда ўрганиш. Уларни тенглаштириб баҳолашларини ўтказиш.
2. Операциядан олдинги даврда актив ортостатик синама фонида периоперацион асоратларни башорат қилиш усулини ишлаб чиқиш.

Ҳимояга олиб чиқилаётган асосий ҳолатлар:

1. Спинал-эпидурал анестезия, умумий кўп компонентли СЎВ билан анестезияга қараганда, кўп жихатдан анестезиологик ва операцион травмалар натижасида юзага келган таъсиротларга орқа мия орқа шохи нейронларининг ноцицептив реактивлигини ўзгаришини олдини олади, бу эса уни гинекологик ва травматологик операцияларда адекват анестезиологик усул сифатида қўллашни кўрсатади.
2. Нейроаксиал анестезиянинг ҳавола қилинган варианты, ҳаётий муҳим системаларга операция ва операция олди даврида салбий таъсир ўтказмайди, гинекологик ва травматологик операцияларда қон йўқотишни камайтиради.
3. Операциядан олдинги даврда актив ортостатик проба ва кардиоинтервалография ҳолатини баҳолаш билан нейроаксиал блокада натижасида гемодинамик бузилишларни башорат қилиш ва олдини олиш мумкин. Агар КИГни қўллашнинг иложи бўлмаганда юракнинг икки қарра ҳайдалиш кўрсаткичини нейроаксиал блокадада периоперацион асоратларни башорат қилиш усулларида бири сифатида кўриш мумкин.

4. Спинал-эпидурал анестезия кучли вегетатив таъминланган ва нормал пациентларда қўлланилганда периоперацион давр гемодинамик стабиллик билан кечади, агар вегетатив таъминланиш етарли бўлмаса уни қўллаш тақиқланади.

Илмий янгилиги. Илк бор гинекологик ва травматологик операцияларда юқори даражали хавф гуруҳига кирувчи беморларда периоператив асоратлар олдини олиш ва замонавий анестезиологик усул қўлланиларини комплекс тенглаштирма баҳоланиши кўрсатилмоқда,. Периоперацион асоратларни прогноз қилиш методи ишлаб чиқилган, вегетатив таъминланишни бошланғич тенглигини ҳисобга олган ҳолда ва уни актив ортостатик нагрузкаси реакциясига жавоби. Илк бор илмий асосланган ишлаб чиқилган варианты спинал-эпидурал анестезияни ультракаин билан нейроаксиал блокадада узоқ давом этадиган гинекологик ва травматологик операцияларда. Унинг кўп компонентли СЎВ билан анестезиядан афзаллиги аниқланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.

1. Анестезиологик метод қўлланиларининг гинекологик ва травматологик операциялардаги тенглаштирма баҳоланиши комбинирланган спинал эпидурал анестезияни 4 ва 1% (1-1,2 ва 0,8-1 мг/кг) ультракаин билан қўлланилишини тавсия қилиниши, марказий сегментар блокадалашнинг эффектив усули.
2. СЎВ билан умумий кўп компонентли анестезия, унинг етарли нейровегетатив химояси бўлишига карамай, у хирургик аралашувларда ва анестезияда гиперкўзғалишга орқа мия орқа шохи нейронларига қаршилиқ кўрсатмайди ва шунинг учун ноцицептив химояни периоператив даврда тўлиқ таъминлай олмайди.
3. Периоперацион асоратларни прогноз қилиш мақсадида анестезияни методини қўллашда индивидуал ёндашиш зарур, вегетатив реактивликни ва альтернатив критерияни иккиламчи актив ортостатик пробага жавобан қўлланилади.
4. Спинал-эпидурал анестезия, гемодинамик, вегетатив, глюкокортикоид, цитокин ва эндотелиал соҳага пери ва постоператив даврда гинекологик ва травматологик операцияларда манфий томонлама таъсир кўрсатмайди. Операциядан кейинги узоқ анельгезияни эпидурал компонент билан СЭАн таъминлайди.
5. Спинал-эпидурал анестезияни қўлланилиши, гинекологик ва травматологик операцияларда шубҳасиз қон йўқотишни умумий кўп компонентли СЎВ билан анестезияга қараганда 1,6 ва 1,7 марта камайтиради ва кам ҳолатларда донор қонини қуйиш зарур бўлади.

Тадқиқот натижаларини амалиётда қўлланилиши. Таклиф қилинган замонавий вариант НАн(спинал-эпидурал) гинекологик ва травматологик операцияларда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг акушерлик ва гинекология илмий текшириш институти клиникасида, РШТЁИМ Урганч филиалида, А ва Г илмий текшириш

институти филиалларида, вилоят туғруқхонасида Урганч шаҳридаги, кўлланилмокда.

Ишнинг апробациялари. Диссертациянинг асосий ҳолатлари Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлигининг А ва Г ИТИ илмий кенгаш йиғилишида тақдим қилинган (Тошкент, 2007-2008). VI Бутунроссия интисомийлик илмий амалий конференциясида Петрозаводск 20-26 май 2008; XI Бутунроссия анестезиолог-реаниматологлар съезида СПб - 2008; кафедралараро илмий семинарида акушерлик ва гинекология, анестезиология реанимотология кафедрасида ТошПМИ (Тошкент, 2009), ТТА қошидаги апробацион кенгашда (Тошкент, 2009)

Диссертация натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси буйича журналларда 4 та мақола, 6 та тезис ундан иккитаси чет эт матбуотида.

Ишнинг ҳажми ва тузилиши. Диссертация 121 машинада ёзилган бетларда изох қилинган. 4 бобли мукаддимадан ташкил топган, натижа, хулосалар, амалий тавсиялар. Иллюстрациялар: 9 табица, 18 расм, адабиётларнинг курсаткичи 94 ватанимиздаги авторлар ва яқин чет мамлакатлардаги, шунингдек 101 чет мамлакатларнинг манбаларидан олинган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Текширув материали ва усуллари. Иш клиник назоратлар асосида бажарилган, касаллик тарихини анализлари, анестезия протоколлари, интенсив кузатув карталари, шунингдек комплекс функционал биохимик текширувлар асосида 250 гинекологик ва травмотологик беморларда ўтказилган текширувлар 46-72 ёшдагиларда даволанаётган РШТЎИМ Урганч филиалидаги ва Акушерлик ва гинекология илмий текшириш институтида ўтказилган. Текширувни операцияга 2-3 кун қолганда ва оператив аралашув даврида ўтказишди.

Барча беморлар шартли равишда икки гуруҳга бўлинди: I – 122 беморлар ($59,1 \pm 1,5$ ёшдагилар ва оғирлиги $62,3 \pm 1,2$ кг) даги уларга умумий СЎВ билан кўп компонентли анестезия анестезиологик кўлланма сифатида кўлланилди. II – 128 аёл ($61,39 \pm 1,7$ ёшли ва вазн оғирлиги $65,6 \pm 1,5$ кг) даги оператив аралашув спинал эпидурал анестезия кўлланилиб ўтказилган. I гуруҳда 63 (51,6%) да оператив аралашув гинекологик операциялар ўтказилган (Iг), 59 (48,4%) да травмотологик (Iт), II гуруҳда 63 (II т 49,2%) ва 65 (II т 50,8%) га тўғри келган. 29 бемор стенокардиядан азият чекишарди, бўлмача экстрасистолияси билан (11), ритмнинг синусли тахикардия типини буйича бузилиши (16), титроқ аритмия (13), қоринча экстрасистолияси (39), гипертония касаллиги билан (59), шуни таъкидлаб ўтиш керакки бу ерда 2-3 патология бирга келган.

Операцияга асосий кўрсаткич бўлиб бачадон ампутацияси ва қин орқали экстерпацияси 60%, қин орқали экстирпацияси бачадоннинг олдинги ва орқадаги қин пластикаси 66%, болдир ва оёқ қафти

суякларининг синиши олдинги ва орқа пайларнинг йиртилиши 47%, интрамедуляр остеосинтез майдаланган суякларнинг пастки қисмларнинг ва аппарат Елизаровни қўйилиши 56%, думғаза тос суякларининг Мальгени бўйича синиши 21%, анестезия хавфи II-III даражада баҳоланди. ASA классификацияси бўйича.

I гуруҳдаги оператив аралашув вақти (гинекология) $148,6 \pm 5,9$ ва II гуруҳдаги $152,6 \pm 6,1$ мин ташкил қилди, травматологик операцияларда I гуруҳда $158,7 \pm 6,2$, ва II гуруҳда $165,6 \pm 5,9$ ташкил қилди.

Қон йўқотиш I (г) гуруҳда $384,5 \pm 20,6$ мл, II (г) гуруҳда $240,6 \pm 16,5$ мл. I (т) гуруҳда $580,6 \pm 25,6$ мл ва II (т) гуруҳда $340,6 \pm 21,2$ мл ташкил қилди.

Шундай қилиб текширилатган гуруҳлар ёши, вазн оғирлиги, соматик патологиялар характери, оператив аралашувнинг вақти бўйича бир хил бўлганлиги билан уларни объектив тенглаштира баҳолашга эришилди.

Анестезиологик усуллар қўлланмаси. Iг ва Iт гуруҳларда премедикацияни операциядан 30-40 минут олдин палатада ўтказилди. Мускул орасига седуксен $0,15-0,2$ мг/кг, димедрол $0,2$ мг/кг қилинди. Операция столида яққол брадикардия аниқланганда (ЧСС 60 уриш минутига) атропин ($0,1$ мг/кг) қилинди. Операцияларни умумий кўп компонентли анестезияни ўпканинг сунъий вентиляция қилиш шароитида (УККАн ва СЎВ билан) ўтказилди. Наркоздан 3-5 минут олдин ардуан билан прекураризация қилинди ($0,01$ мг/кг). Наркоз индукцияси 1% ли тиопентал натрий ($7-8$ мг/кг) эритмаси билан бошланди. Дитилин (2 мг/кг) билан тотал миоплегия фонида трахеяни интубация қилинди, ЎСВ азот оксиди аралашманинг 1:1 нисбатда нормавентиляция режимида РО-6Н-03 аппаратида ўтказилди. Фентанилни (5 мг/кг) вена ичига юбориш билан анальгезияга эришилди. Оғрикисизлантириш азот оксиди билан (1:1), фентанил (5 мкг/кг/соат), зарурият туғилганда нейровегетатив ҳимояни сибазон ($0,15$ мг/кг) билан кучайтирилди. Тотал миоплегияи ардуан билан ($0,1$ мг/кг/соат) қилинди.

Iг ва Iт гуруҳларда СЭАни икки сегментли вариантда ўтказилди. Олдин ёнбош ҳолатда эпидурал бўшлиқ катетеризация қилинд $T_{XII} - L_1$ соҳада, катетер 4см краниал йўналишда ўтказилди, $L_{II} - L_{III}$ соҳадан субарахноидал бўшлиқ “pencil-point” G25 ўлчамли игнаси билан пункция қилинди, 4%ли ультракаиннинг гипербарик эритмаси ($1,0-1,2$ мг/кг) интратекал юборилди. Седацияни кучайтириш зарурияти туғилганда пропафол (2 мг/кг/соат) вена ичига юборилди. Сенсор-мотор сегментар блокнинг сусайиши клиник белгилар пайдо бўлиши билан эпидурал 12 мл 1% ультракаин эритмаси юборилди, кейинчалик зарурият туғилганда ультракаинни ҳар 80-90 минутда такроран юборилди, анестезия белгилари сусайишини кутиб ўтирмасдан, лекин унинг дозаси 12 млдан кўп бўлмади. Периоперацион инфузион терапия $15-16$ мл/кг /соатни ташкил қилди, қон йўқотиш (1000 гача) коллоидлар (1:1) еки кристаллоидлар (1:3) билан тўлдирилди.

Анестезиологик методларнинг самарадорлиги ва унинг ҳаётий муҳим системаларга таъсири, умумий қабул қилинган клиник белгиларга асосланиб ва функционал электрофизиологик усуллар ёрдамида баҳоланди.

Юрак уруш тезлиги (ЮУТ, минутига), ўрта динамик босим(ЎДБ) ва SatO₂ % Жанубий Корея “BIOSYS” фирмасининг BPM-300 мониторида аниқланди.. Марказий гемодинамика эхокардиографик текшириш методи, Medison (Япония) фирмаси “ SA 600” аппарати орқали баҳоланди. Чап қоринчанинг қуввати индексини (ЧҚҚИ, Вт·м⁻²) ўрганилди. Юракнинг икки қарра ҳайдалиш кўрсаткичи (ИКХК,нисб.бир.); зарб индекси (ЗИ, мл/м²) ва юрак индекс(л/мин.м²)ларини, зарб уриши (ЗУ) ва юрак минутлик ҳажмини (ЮМХ) тана майдонига (S) нисбатига олинган ҳолда ҳисобладик. Пуазейля формуласи бўйича умумий периферик томир қаршилиги(УПТК) ҳисобланди. Вегетатив нерв системасининг (ВНС) функционал ҳолатини кардиоинтервалография(КИГ) маълумотларига асосланиб баҳоланди, бунда юрак ритмини математик анализдан фойдаланилди.(Баевский Р.М, Берсенева А.П.,1997)., қуйидаги кўрсаткичлар ҳисобланди: мода (Мо с); мода амплитудаси (АМо%); вариацион тебранишни(Δх с); зўриқиш индекси (ЗИ.нисб.бир.).

Интерлейкинлар (IL- 1β, IL - 1ra и TNF) стандарт реактивлар тўплами (фирма “Вектор БЕНТ ”,Россия, Новосибирск) ёрдамида аниқланди., одам интерлейкинларини биологик суюқликларда ва тўқима муҳитларидаги сони текширилди. Оптик зичликни иммунофермент анализаторида аппарат “HOSPITEX” ердамида аниқлашди.

Буйрак усти безининг глюкокортикоид функциясини қон плазмасидаги кортизолнинг умумий йиғиндисидан аниқланди. Буни радиоиммун анализ методини қўйиш орқали фирма “Immunotech”(Чехия) стандарт йиғиндиларини ишлатган ҳолда аниқланди. Марказий гемодинамика параметрларини ва ВНС V этапда текширилди: I- оператив аралашувга 2-3 қолганда, II- анестезиядан кейин (I-гуруҳда трахея интубациясидан кейин, II- 8 минутда), III- операциянинг энг кўп травматик босқичида, IV- анестетикни эпидурал юборгандан кейин еки 112,2±1,1 минутидан кейин, ва V-операция тугагандан кейин. Интерлейкинларни текшириш, кортизолнинг умумий йиғиндисини ва эндотелиоцитларни V-этапда ўтказилди. I-стационарда қабул қилинганда, II- анестезиядан кейин ,III- операциянинг травматик босқичида, IV- операция тугаганда, ва V- 24 соатдан кейин.

Операциядан олдинги вақтда ва оператив аралашув вақтида актив ортостатик синама қўлланилади, нейроаксиал блокга қон айланишини реакциясини таъсирини баҳолаш мақсадида беморлар 2 гуруҳга бўлинди. I гуруҳда вегетатив тонусни кардиоинтервалография(КИГ) кўрсаткичлари баҳоланди, II гуруҳ беморларда юракнинг икки қарра ҳайдалиш кўрсаткичинини (ДП) аниқлаш орқали. Текширув учун 42 (ҳар бирида 21 дан бўлган гуруҳларда) беморларда анестезиологик хавф билан III даражали ASA

бўйича бўлган, бу ерда гемодинамиканинг бузилиши эҳтимолларда ўтказилган.

Ультракаинни оптимал дозасини аниқлаш, унинг ҳажми ва концентрациясини камайтириш учун, кўзгалиш эффе́ктини эукинетик типдаги қон айланишни беморларни биз танлаб олдик, доза ва концентрацияси бўйича уларни III гуруҳга 11 одамдан ҳар бирини бўлиб чиқдик. I гуруҳни анестезиологик қўлланма сифатида СЭАн қўллаган беморлар ташкил қилди, ультракаинни 4%ли эритмасини интратекал юбордик, 2% ли 12,5мл эпидурал юборилди, II гуруҳга 4%ли ультракаинни интратекал, 1%ли 12,5мл эпидурал юборилди, III гуруҳга 4%ли ультракаин, эпидурал 0,5%ли 12,5мл. Текширувларни анестезиягача, интратекал юборилганда 8 минут кейин ва 10 минут эпидурал юборилгандан кейин ўтказилди. Текширувлар натижалари шуни кўрсатдики, марказий гемодинамиканинг стабил кўрсаткичлари клиник кўрсатмади II гуруҳда қайд қилинди. Шу пайтнинг ўзида шуни таъкидлаб ўтиш керакки, III гуруҳга қўшимча анальгезия қилиш зарурияти талаб қилинган эди. Шу жумладан шуни таъкидлаб ўтиш керакки, СЭАни энг оптимал концентрацияси ва дозаси ультракаинни эпидурал компонентда 1%ли(1,25-1,7мг кг)да, аммо 12,5мл ошмаган ҳолатда. Олинган натижаларни вариацион статистик усулда Стьюдента критериясини ва Спирменнинг ранг корреляция коэффицентини қўллаган ҳолда ишланди.

Олинган натижалар ва уларнинг муҳокамаси.

Биз шуни аниқладикки, гинекологик операцияларда беморларда бир хил бошланғич қон айланиш режими текширувчи гуруҳларда, ҳар хил гемодинамик силжишлар анестезия ва оператив этапда қайд қилинди. Трахеяни интубациясидан кейин I гуруҳда, яққол гипердинамик реакция қайд қилинди, шу вақтнинг ўзида II гуруҳда бу яққол характерга эга эмас эди. Шу жумладан ЮИ, ЧҚҚИ, УПТҚ, ЎДБ, ИКХК, ЮУТ лар II чида юқорироқ эди. 21;42; 36,8; 29,4; 45,5 ва 19,6% ($P<0,001$) га тенгдир. Амалий бу ҳолат бошқа этапларда ҳам сақланиб қолди, фақат операция тугагандан кейин ЎДБ ҳақиқатдан бир биридан фарқ қилмади.

Травматологик операцияларда энг кўп ўзгариш анестезиологик қўлланма сифатида УККАн ва СЎВ билан қўлланилганда рўй берди.Энг кўп гемодинамик силжишлар амалиётда барча этапларда рўй берди, шунингдек II гуруҳнинг бошланишида ҳам, аммо шу жумладан СЭАн ишлатилган гуруҳда бу унчалик яққол характерга эга бўлмади. Яъни Пчи ва Пчи этапларда ЮИ, ЧҚҚИ, УПТҚ, ЎДБ, ИКХК, ЮУТ юқорироқ эди. II чида 22,2 7,8; 34,8 114; 37,6 30; 27,9 7,7; 44,2 14,8; 21,2 13,1% ($P<0,001$) га тенг. Операция тугагандан кейин II гуруҳда стабил гемодинамик профиль қайд қилинди, шу жумладан I оператив аралашув СЎВ муҳитида марказий анальгезияни наркотик аналгетиклар ва атаралгезия қўлланилишига қарамай.

Шундай қилиб, супраспинал блокада(Ігр)даги ноцицептив импульсацияни марказий структурасини тормозлайди, лекин тўлиқ патологик импульсацияни афферент йўллар орқали блокировка қилмайди, шунинг учун нейровегетатив реакциянинг системасини ноқулайлигини оператив аралашувда негатив жиҳатдан гемодинамикада акс этади. Шу вақтнинг ўзида НАн(Ігр) гемодинамик ноцицептив жавобларини мустақкам блокировка қилади, миокард кислородни камроқ истеъмол қилишига қарамай, бу анча тежамли ва хавфсиз қон айланиш режимини таъминлайди.

ВНС бошланғич функционал ҳолатида I ва II гуруҳларда гинекологик операцияларда, гуморал канални юрак ритмининг регуляциясида анча камайган ҳолатини характерлайди.Юрак ритмининг тенглаштира кўрсаткичларини баҳоланиши шуни кўрсатдики, анестезиологик қўлланма сифатида (Ігр) беморларда УККАн ва СЎВ билан қўлланилганда, оператив аралашув давридаги барча анестезия этапларида компенсатор механизмлар адаптациясининг анча таранглиги кузатилди. II чига қараганда.

Яъни терини кесишдан олдин трахея интубациядан кейин , анестезияни барча компонентларини етарли таъминланишига қарамай анча марказий бошқарилишини кузатилди: ЗИ ва Амо 321да ва 169% ($P < 0,001$) да юқорироқ эди, Мо ва Дх эса II гуруҳда анча пастроқ 25 ва 27,8%да ($P < 0,001$), бундай тенденция амалиётда операция тугагунча сақланиб қолди.

Шундай қилиб, ВНС ҳолати I чи гуруҳда марказий контурни анча таъсирини автономга ўтказди, бир вақтнинг ўзида II чига; марказий ва автоном бошқариш принципларини оптимал бузилиши кузатилди. Бу шунга гувоҳлик қиладики, системанинг бутунлигини максимал адаптацион ҳолат мумкин қадар тўлиқ блокада қилади. Ноцицептив импульсацияни супраспинал марказий структура тенглигида ва СЭАни хавфсизлигини адекватлигини таъкидлайди.

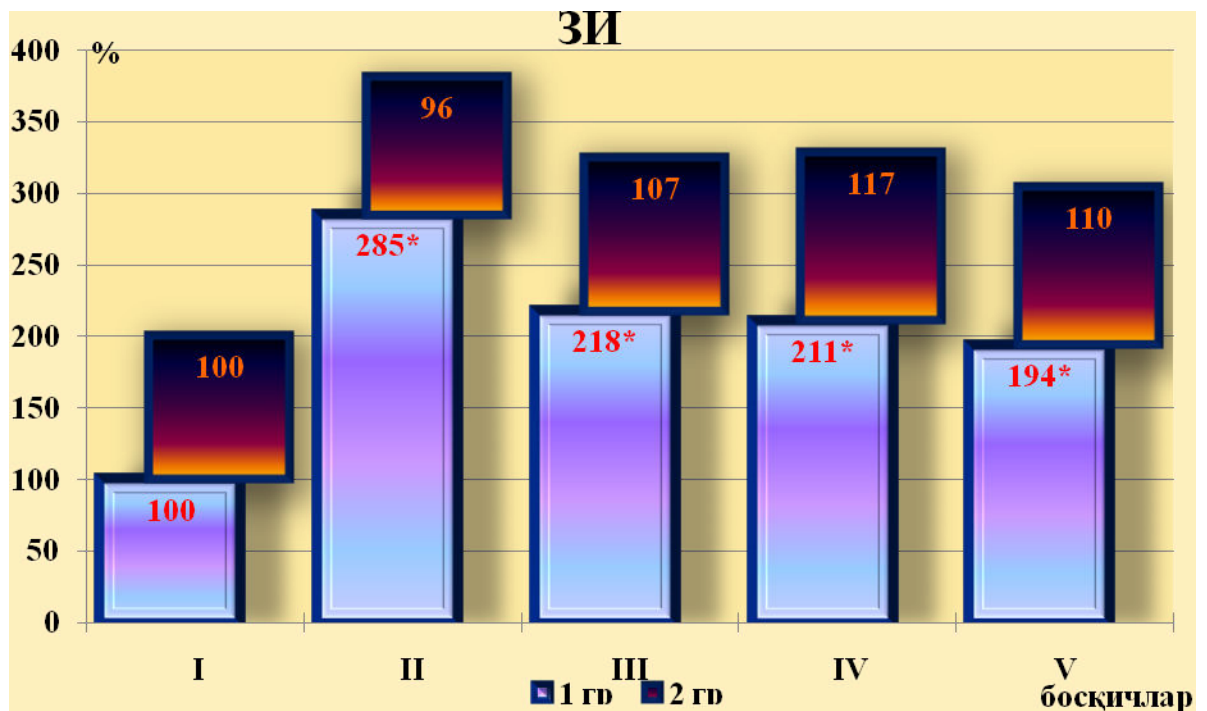
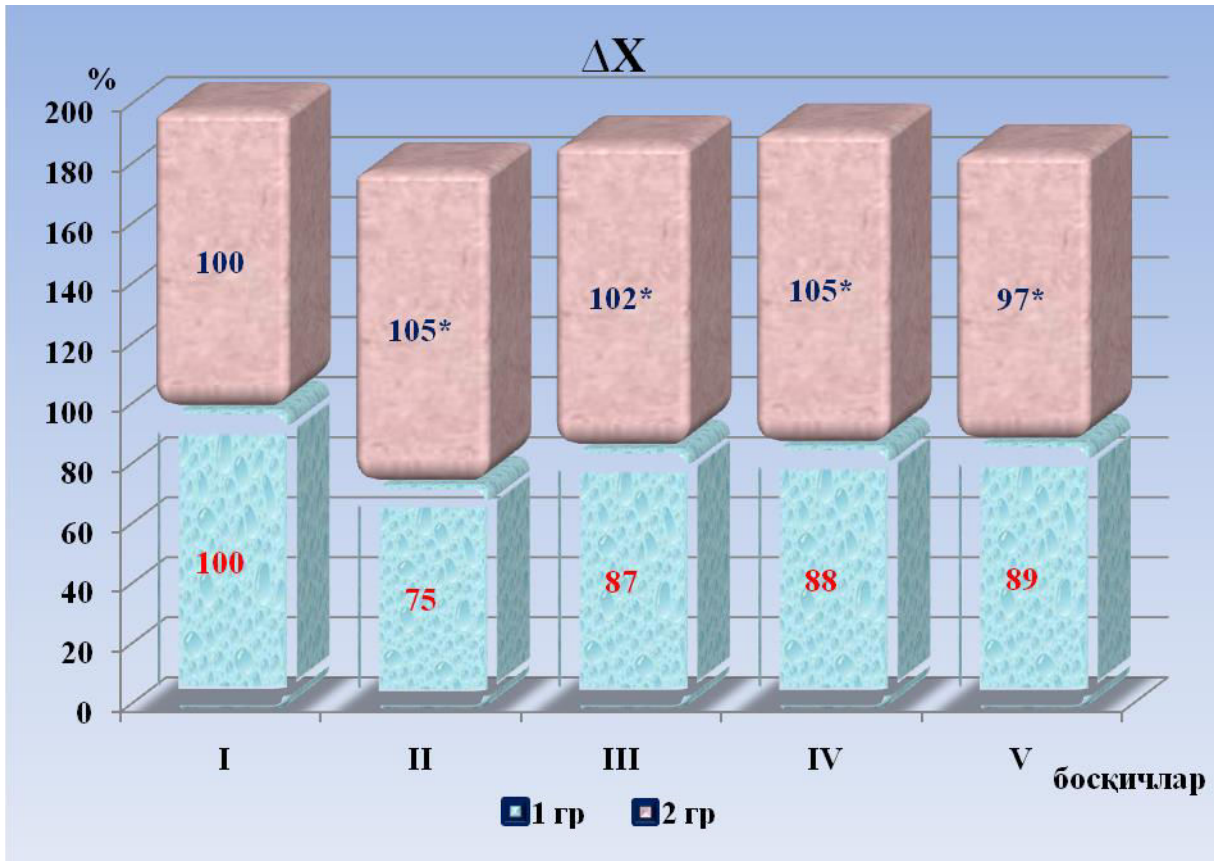
Юрак ритмининг тенглаштира баҳоланиши шуни крсатдики, травматологик операцияларда шунингдек, анестезиологик қўлланма сифатида (Ігр) беморларида УККАн ва СЎВ билан қўлланилган, марказий ва бошқаришнинг активлигини деярли барча амалий этапларда қайд қилинган. II чига қараганда . Марказий бошқарилишни асосий даражасини трахеяни интубация қилгандан кейин кузатилди, анестезиянинг барча компонентлари билан таъминланишига қарамай, яъни ЗИ ва Амо 80,6да ва 35,7% ($P < 0,001$)да юқорироқ бўлган, Мо ва Дх эса пастроқ 12,2 ва 14% ($P < 0,001$) тенглаштирилганда II гуруҳда бу ҳолат операция тугагунча сақланиб қолди. Шундай қилиб, юрак ритмининг ўзгариши I гуруҳда. Регулятор механизмларни анча таранглашганини кўрсатади, бутун организм функционал ҳолатини анестезиянинг ва операциянинг барча этапларида характерлайди, II чига тескари физиологик системаларни функцияси нормал даражада бўлганлиги қайд қилинди, яъни бу бутун системаларни максимал адаптациясига эга бўлишидир.

Стресс реализация системасини текширишни амалга ошириш ўз ичига куйидагиларни киритди: гинекологик ва травматологик аралашувларда операция даврида ва операциядан кейин плазмадаги кортизол радиоиммун метод билан аниқланди.

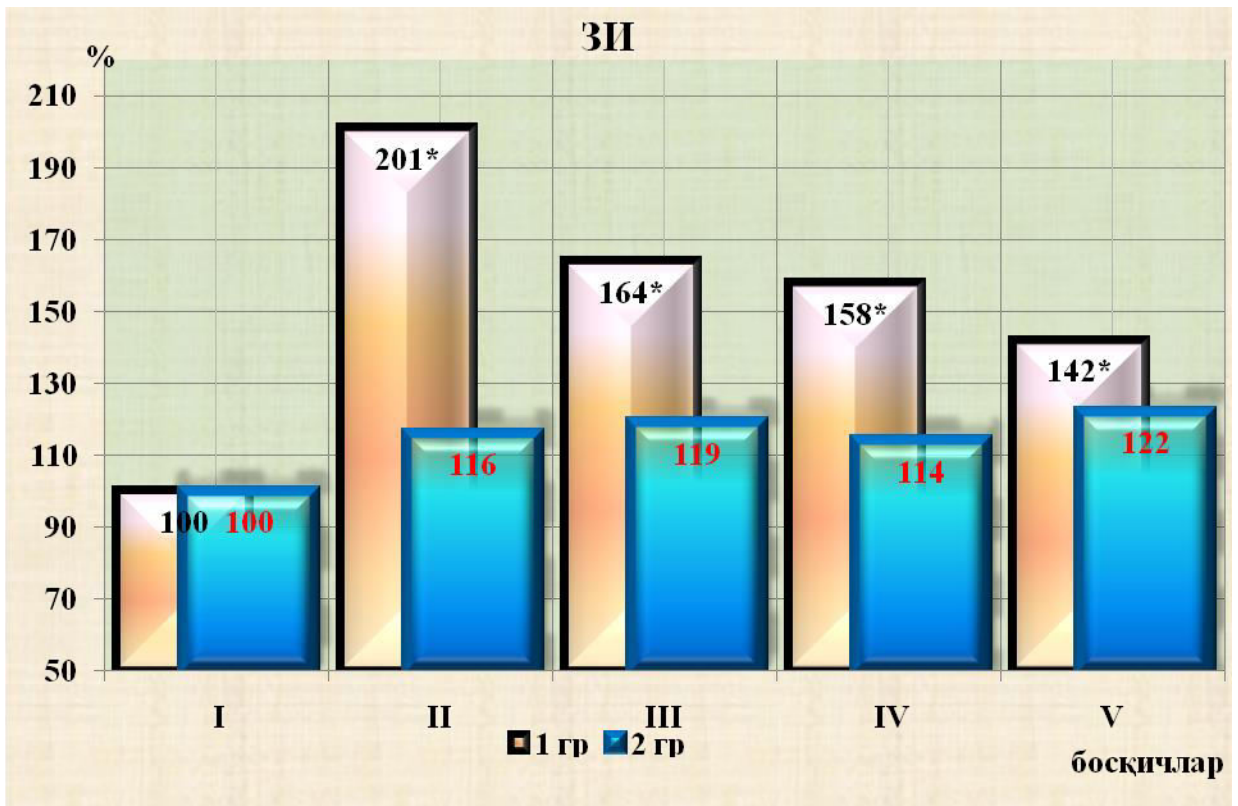
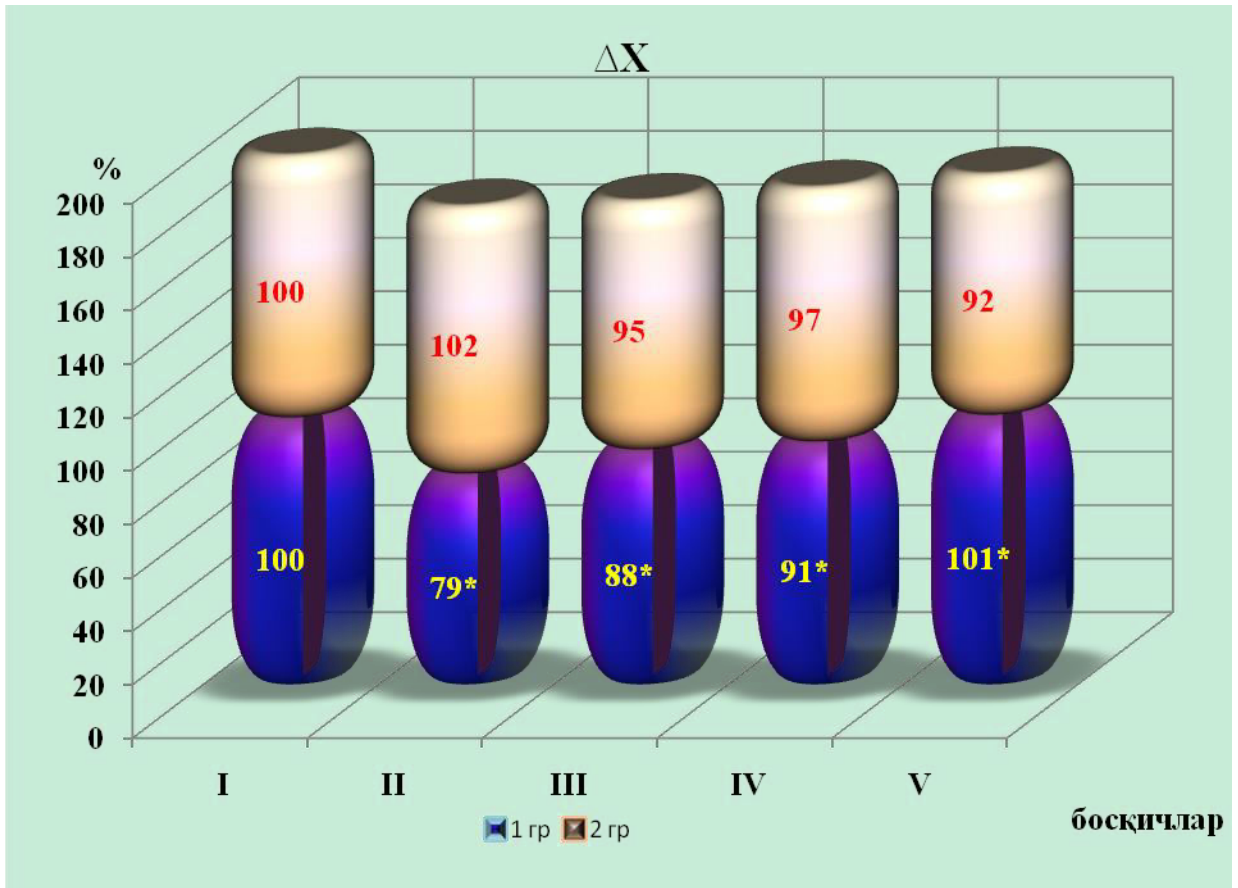
Буйрак усти безини глюкокортикоид функцияси реакциясини текшириш даври шуни кўрсатдики, у ўзининг активлигини иккала турдаги анестезияда ҳам кўрсатди, шундан I гуруҳда операция ва анестезиянинг асосий этапларида у организмнинг физиологик адаптация реакциялардан ташқарига чиқди (стресс нормалар). Глюкокортикоид ҳимоянинг камайишини бошланишида травматологик этапда яққол кўриниб турган фонда, бу ўзининг аксини биринчи сутканинг охирида топди. Бирламчи кўрсаткичларнинг анча пасайиши. II гуруҳда стресс реализация системалари озгина реакциялар билан кифояланди, бу организмни ҳимоф кучини камайишига олиб келмади ва бу анча потенциал хавфсиз.

Интерлейкинларни статусини тенглаштирма баҳоланиши шуни кўрсатдики, иммун статусдаги анча катта ўзгаришлар I чи гуруҳда II чига қараганда кўпроқ рўй беради, асосан гинекологик операцияларда текширишнинг асосий барча босқичларида (II, III, IV ва V) IL-1 β ва TNF α да анча юқорида 103-148; 88-70,2; 29,6-147 ва 39-149% да, шу жумладан IL-1 α тенглаштирма пастроқ 15,4; 19; 29,7 ва 36,8% да.

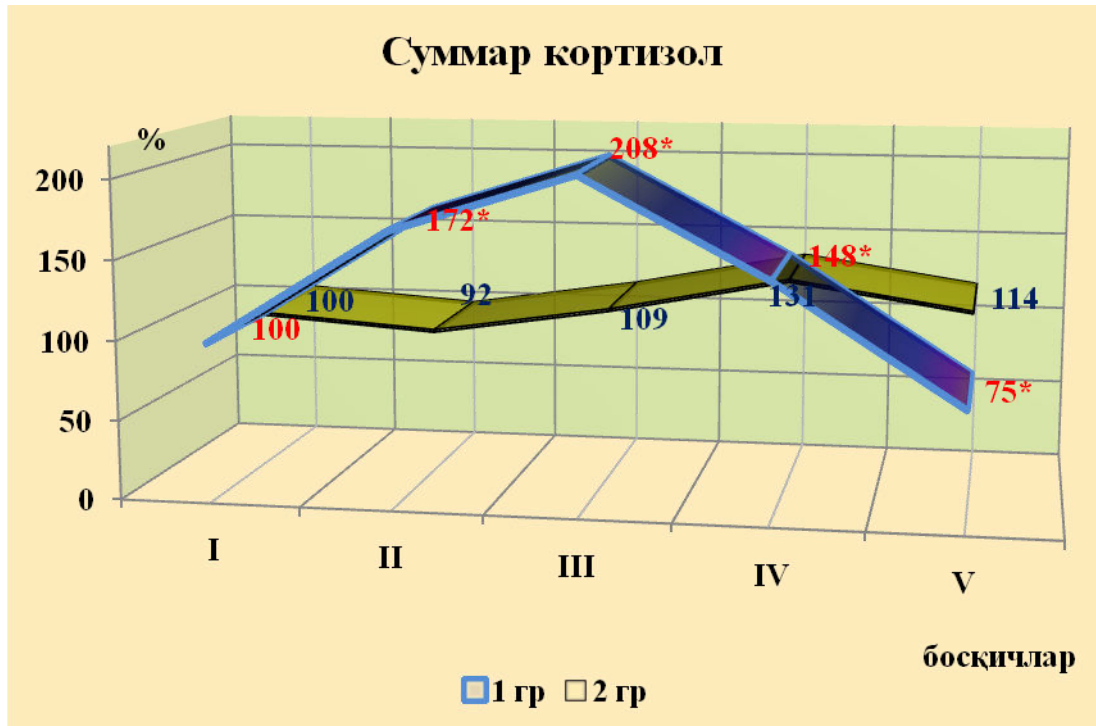
Шундай қилиб, хирургик аралашув умумий анестезия шароитида ўтказилган, интерлейкинли статусга депрессив эффект кўрсатади гинекологик беморларда. Бу интерлейкинларнинг синтезининг дисбалансини чуқурлашувида ўз аксини ифода этади. IL-1 β ва TNF α прояллиғланишларнинг агрессив маҳсулотларини кучайтириш томонида кўрсатмади, шу жумладан яллиғланишга қарши звеносининг компенсатор активлиги (IL-1 α) намоён бўлмади. СЭАн қўлланилиб операция қилинган беморларда, операция бошида ва анча травматик босқичида энг юқори даражадаги прояллиғланишли интерлейкинлар рўйхатга олинган, энг паст миқдордагилар билан бирга, мана шу интерлейкинларни ишлаб чиқаришининг дисбалансини аниқлади бу гуруҳда, аммо бу ўзгаришлар УККАн ва СЎВ билан қўлланилган гуруҳга нисбатан аниқ кўрсатилган характерга эга эмас. Операция охирида ва биринчи сутка охирларида яллиғланишга қарши интерлейкинларни синтезининг камайиши кузатилди ва унинг яллиғланишга қарши звеносига қарши компенсатор активлиги ошган. Шунинг учун СЭАн иммунсақлаш ва иммуностимулятор ҳолатига таъсир кўрсатди.



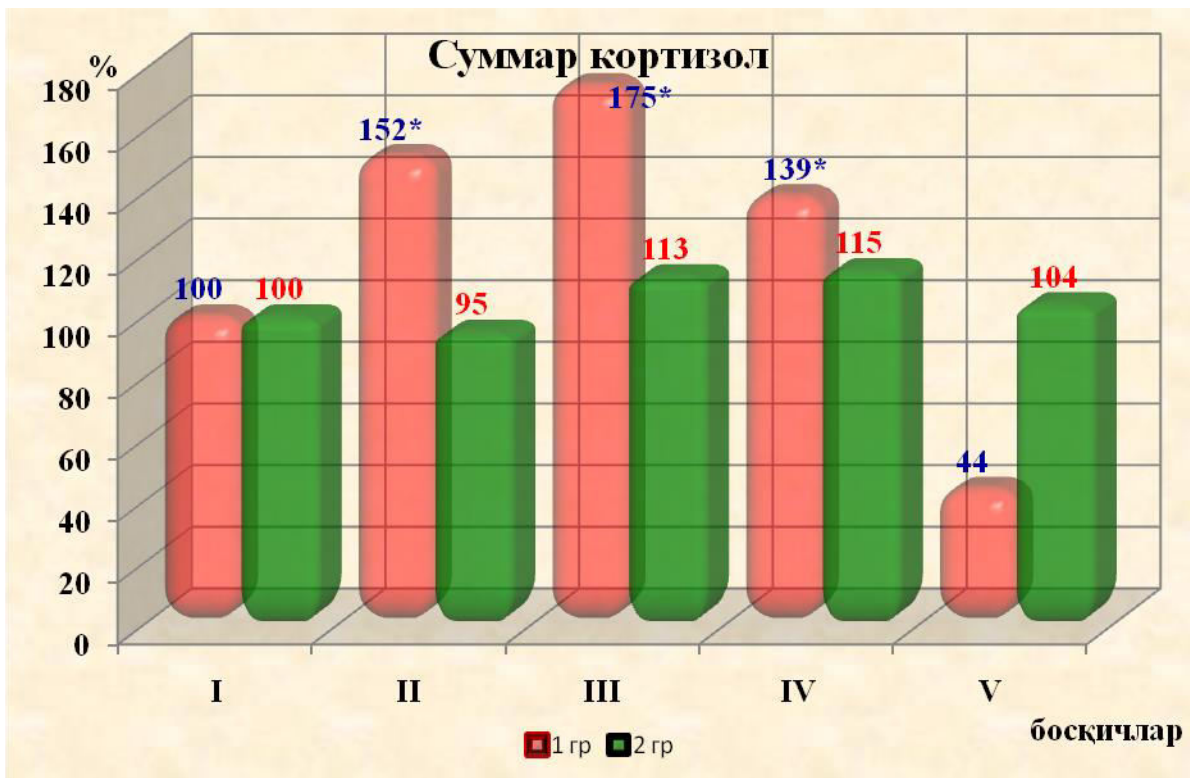
1 – расм. Вегетатив нерв системасы кўрсаткичларининг 1 ва 2 гуруҳларда гинекологик операция босқичлари пайтида ўзгаришлари. .* - 1 ва 2 гуруҳ орасидаги ишончлилик.



2 – расм. Вегетатив нерв системасы кўрсаткичларининг 1 ва 2 гуруҳларда травматологик операция босқичлари пайтида ўзгаришлари. .* - 1 ва 2 гуруҳ орасидаги ишонччилик.



3 – расм. Суммар кортизолнинг 1 ва 2 гуруҳларда гинекологик операция босқичлари пайтида ўзгаришлари. .* - 1 ва 2 гуруҳ орасидаги ишонччилик.



4 – расм. Суммар кортизолнинг 1 ва 2 гуруҳларда травматологик операция босқичлари пайтида ўзгаришлари. .* - 1 ва 2 гуруҳ орасидаги ишонччилик.

Травматологик операциялардаги интерлейкин статусининг тенглаштира баҳоланиши шуни кўрсатдики, II чи гуруҳга қараганда I чи гуруҳда иммунстатуснинг анча ўзгариши кузатилади. Барча асосий текшириш босқичларида (II,III,IV ва V) IL- 1 β ва TNF α лар анча юқори эди 126-96; 28-29; 147-39 ва 63-119%да, шу жумладан IL - 1 α да 18,6; 16,7; 39,2 ва 46,3% да камроқ.

Юқорида кўрсатилган ўзгаришларни инобатга олган ҳолда, травматологик профилдаги беморларда интерлейкин статусини актив кўтарилиши характерланади, яъни гинекологик беморларга нисбатан анча яққол кўриниб турган яллиғланиш реакцияси жой олади.

Гинекологик операциялардаги тенглаштира баҳолаш шуни кўрсатдики, циркуляция қилаётган эндотелиоцитларга эндотелийнинг функционал ҳолатига кўпинча зарар кўрсатади УККАн ва СЎВ билан қўллаш. Яъни операция бошлангандан кейин, травматологик моментида, тугаганда ва биринчи сутка охирида I чи гуруҳда улар 108; 106; 94 ва 68%да анча юқори бўлган, II га қараганда. Умумий анестезияни қўллаш анча катта эндотелиал дисфункцияни келтиради.

Травматологик операцияларда десквамерланган эндотелиоцитларни тенглаштира баҳолаш текширилатган гуруҳларда шуни кўрсатдики, анчагина кўп эндотелиал дисфункцияни УККАн ва СЎВ билан қўллаганда ўрин олган. Операция бошлангандан кейин травматик босқичида, тугаганда ва биринчи сутка охирида улар 116; 118; 82 ва 26,7% да анча юқори бўлган II га қараганда.

Травматологик беморларда бошланғич натижалар шуни кўрсатдики, циркуляция қилаётган эндотелиоцитлар миқдори анча юқорироқ эндотелиал дисфункция гинекологик беморларга нисбатан.

Буйрак усти безининг глюкокортикоид функцияси, корреляция коэффициенти орасида ва эндотелий ҳолати травматологик пациентларда УККАн ва СЎВ билан қўлланган шароитда операция қилганда, бири бирига яқин мусбат боғланишни аниқладик анча травматик моментида операциянинг $r=0,9$ ($P<0,01$), биринчи сутка охирида ўртача ўзаро боғланиш даражаси $r=0,6$ ($P>0,05$). Ҳавола қилинган ўзгаришлар шуни кўрсатадики, УККАн ва СЎВ билан тўлиқ ноцицептив ҳимояни операцион ва анестезиологик агрессияни бутун текшириш даврида таъминлай олмайди ва такрор эпизодлар билан қон айланишга кўпчилик эндотелиоцитларни келиб тушушига кўмаклашган ва натижада бу транзитор полиорган етишмовчиликни келтириб чиқаради, бошланғич стадияларнинг турли функционал бузилишларида стресс реализация реакцияси қонда юқори бўлса, эндотелиал дисфункция шунча кўп ифодаланади.

Трахеяни интубациясидан кейин корреляция коэффициенти анча травматологик моментда манфий юқори ўзаро боғлиқлигини оралик суммар кортизол ва яллиғланиш звеноси иммун системасидаги (IL-1 га) I гуруҳда травматологик операцияларда: $r= - 0,79$ ($P<0,05$) ва $r= - 0,96$ ($P<0,01$)

ва гинекологик операцияларда - $r = -0,76$ ($P > 0,05$) и $r = -0,82$ ($P < 0,05$) да. II чида $r = -0,2$ ва $r = -0,51$ ($P > 0,05$) ва $r = -0,15$ ва $r = -0,2$ ($P > 0,05$), бу шуни кўрсатадики, кам ва ўрта даражадаги қайталама ўзаро боғлиқликдир. Яъни шуни таъкидлаш керакки стресс реализация система реакцияси қанча кучли бўлса, шунча яллиғланишга қарши звено активлиги сўнади (II - 1ra) УККАн ва СЎВ билан қўлланилганда.

Операция тугагандан кейин стресс реализация ва цитокин системалари орасида юқори манфий боғланиш белгиланганлиги аниқланди. II чи гуруҳда гинекологик ва травмотологик операцияларда $r = 0,81$ ва $r = 0,78$ ($P < 0,05$). Кортизолнинг юқори нисбий фонида (I чи гуруҳ билан тенглаштирилганда) катта яллиғланишга қарши активизация рўй беради. Шундай қилиб, даражали корреляция коэффициенти шуни кўрсатадики, иккита ҳар хил ўрганилувчи белгилар орасида фактик даражадаги параллелизм мавжуд бўлиб, бу стресс реализация ва иммун системаларини жипс боғланиш борлигини баҳолайди. Кортизолнинг миқдори кўпайганда 2чи гуруҳда, кортизолнинг умумий йиғиндиси концентрациясининг камайиши операция тугагандан кейин яллиғланишга қарши звенонинг компенсатор активлигига олиб келади (II - 1ra).

Ҳаётий муҳим системаларнинг кўрсатилган ўзгаришлари гинекологик ва травмотологик турдаги беморларда, замонавий анестезиологик қўлланмани қўллаган ҳолда, УККАн ва СЎВ билан қўлланилишида анестезиологик ҳимояни тўлиқ таъминламаслигини кўрсатади. Шу вақтнинг ўзида СЭАн тезлик билан сенсор-мотор блокни таъминлаган, ажойиб миоплегияни маҳаллий анестетикни минимал дозасини қўллаганда келтириб чиқаради, ноцицептив импульсни тўлиқ блокада қилади, тўлиқ анестезияни таъминлаб ва нейровегетатив ишончли ҳимоялайди операциядан кейинги яқин даврда. Анестезияни турли вариантларини қўллаганда кўпинча учраб турадиган асоратлардан бири оператив аралашув даврида, бу асосий ҳаётни таъминловчи системаларга таъсирдир пациенларда, гемодинамик стабилликни бузилиши, хусусан нейроаксиал анестезияни қўллаганда келиб чиқади. Шунинг учун биз кўшимча текширувларни улар пайдо бўлган ўтказишни мақсадга мувофиқ деб билдик. Клиник натижаларни ва электрофизиологик текширишларни (КИГ) 63 беморда анализ қилиб ўтказганда оператив аралашувга тахминан 2-3 кун вақт қолганда оғир соматик патологиясиз ҳолатлар ўрганилди.

ВНС функционал ҳолатининг ўзгариши актив ортостатик синамага 4 минутдаги жавоби ўрганилди. ВНС бошланғич функционал ҳолатида унинг функционал нагрузкасини ва реакцияларини 3 вегетатив реактивлик турга бўлдик. Барча беморларнинг бошланғич ҳолати нормотания ҳолатида баҳоланди. Актив ортостатик синама ўтказилгандан кейин 3 гуруҳ пациентлар аниқланди: I ВНСнинг балансдаги ҳолати, марказлаштириш ва автономлашнинг принципларини оптимал бирикиши, II ВНСнинг гиперсимпатик ҳолати, марказий контур регуляциясини

автономга биров таъсири, III ВНСнинг асимпатик ҳолати, автоном контурнинг қаттиқ активлигининг кўриниши ҳолати.

Ретроспектив олинган натижаларни ВНСнинг ҳолати билан солиштириб кўрдик ва гемодинамикани оператив аралашувда шу контингент беморларда кўрдик.

Қуйида қонуният ишлаб чиқилди: гемодинамик стабиллик вегетатив реактивликка физиологик зўриқтириш берилганда ва анестезиологик қўлланма вариантларига боғлиқ.

Нейроаксиал анестезия қўллаш учун кўрсатма бўлиб, ВНС нинг бошланғич балансланган ҳолатига олинади. (марказий ва автоном принципларнинг оптимал бирикиши) ва гиперсимпатик ҳолати ВНСнинг (марказий регуляция контурининг автономга биров таъсири), Асимпатик ҳолатда ВНСнинг (автоном контурнинг қаттиқ активлиги) бу ерда фақат умумий кўп компонентли анестезия СЎВ билан қўлланилади.

Шу вақтнинг ўзида КИГ ни ҳисоблашни ҳисобга олган ҳолда шуни айтиш керакки, бу маълум бир вақтни олади ва қўшимча аппаратлар бўлишини талаб қилади, биз юракнинг икки қарра ҳайдалиш кўрсаткичи (ИКХК)ни ҳисобладик, юрак томир системасига гемодинамик зўриқтириш таъсирини ақс эттириш учун.

ИКХК ни тинч ҳолатда ва актив ортостатик синаманинг 4 минутида ҳисоблаб чиқдик.

Нейроаксиал анестезиянинг беморларда нормал вегетатив таъминланишида қўлланилиши, гемодинамик стабиллик билан бутун периперацион даврда кечди, шундай ҳолат кўп миқдордаги вегетатив таъминланган пациентларда ҳам кузатилди.

Актив ортостатик синамани ўтказган беморларда вегетатив таъминланишнинг етишмовчилиги аниқланганда, спинал-эпидурал анестезияни қўлланилиши кўпинча 90% ҳолатдан кўпроғида стабил бўлмаган гемодинамик тур кузатилишига олиб келар эди.

Шундай қилиб, КИГни вегетатив нерв системасини функционал ҳолатини текшириш усуллари сифатида қўллашни шу вақтнинг ўзида ИКХК ни баҳолаш, ВНСга адаптацион таъсирларнинг ҳулосаси сифатида, яъни зўриқтириш беришга жавоб кўрсаткичи аниқланади. Шу жумладан ИКХК ни КИГни қўллашнинг иложи бўлмаганда, периперацион асоратларни башорат қилиш усулларида бири сифатида кўриш мумкин.

ХОТИМА

УККАн ва СЎВ билан умумий анестезия, барча анестезияни ҳамма компонентларини етарли таъминлаганда ҳам, периператив даврда ноцицептив химояни тўлиқ таъминлай олмайди, шу вақтнинг ўзида спинал-эпидурал анестезия 4 ва 1%ли (1-1,2 ва 0,8-1мг/кг) ультракаин билан, гемодинамик, вегетатив, глюкокортикоид, цитокин ва эндотелиал кўрсаткичга периператив даврда манфий таъсир кўрсатмайди.

Гемодинамик ностабилликни периперацион даврдаги башорат қилиш мезони сифатида ИКХК ни ишлатиш мумкин.

Хулосалар:

1. Ультракаинли спинал-эпидурал анестезия, умумий кўп компонентли анестезияни СЎВ билан қўллаганга қараганда кучли юзага келган системали яллиғланишга чегараланган жавоб имкониятини беради, эндоцитлар ва яллиғланишга қарши цитокинларни миқдорини камайтиради яллиғланишга қарши махсулотларни цитокинларни активлаштиради, стрес юзага келиш системасида озгина жавоб билан кифояланади, организмнинг химоя кучларини заифлашишига олиб келмайди. Умумий кўп компонентли анестезия СЎВ билан етарли миқдордаги анестезия компонентлар билан таъминланганлигига қарамасдан тўлиқ ноцицептив химояни таъминламайди.

2. Спина-эпидурал анестезия қўлланилган текширилаётган гуруҳларда операциянинг энг травматик босқичида кортизол ва иммун системанинг яллиғланишга қарши кўрсаткичлари орасида юқори бўлмаган манфий боғлиқлик аниқланди (II-1 га): $r = -0,51$ ($P > 0,05$) ва $r = -0,2$ ($P > 0,05$), бу эса кучсиз ва ўрта даражадаги тесқари боғлиқлик борлигидан далолат беради. Кортизолнинг миқдорини 15,4 ва 31,7%га ошиши эса гинекологик ва травматологик операцияларнинг тугаш давридан бошланиш даврига нисбатан, иммун системасининг яллиғланишга қарши қаторини активланишига олиб келади.

3. СЭАн қўлланилган оператив аралашувларда беморларда умумий анестезиядан фарқли равишда қон йўқотиш ишончли даражада кам учрайди ва донор қонини куйишга эҳтиёж кам бўлади. Травматологик операцияларда I гуруҳда 28(47,5%) беморларга донор қонининг гемотрансфузияси ўтказилди ва қолган 31(52,5%) га гемотрансфузия ўтказилмади. II гуруҳда фақат 11(16,9%) ҳолатда гемотрансфузия, қолган 54(83,1%)да ўтказилмади.

4. Анестезиологик қўлланмани анча оқилона усулини танлаш мақсадида ва интраоперацион асоратларни олдини олиш учун кардиоинтервалографияни текшириш методларидан бири деб кўриш мумкин. КИГни қўллашнинг иложи бўлмаганида, гемодинамик ностабилликнинг периперацион даврда башорат қилиш мезони сифатида ИКХК ни ишлатиш мумкин.

Амалий тавсиялар:

1. Комбинацияланган спинал-эпидурал анестезия 4 ва 1%ли(1 -1,2 ва 0,8-1 мг/кг) ультракаин билан гинекологик ва травматологик операцияларда марказий сегментар блокада қилишнинг хавфсиз ва эффектив усулидир. Пери ва постоперацион даврда гемодинамикага, глюкокортикоид,

вегетатив, цитокин ва эндотелиал тизимга яққол манфий таъсир кўрсатмайди.

2. СЭАн компонентининг операциядан кейинги эпидурал анестезияси, яллиғланишга яққол чегараланган системаси жавоб беради, яллиғланишга қарши цитокинлар ва эндотелиалларни плазмадаги даражасини камайтиради ва яллиғланишга қарши цитокинларни махсулотини оширади.

3. Умумий кўп компонентли анестезияни СЎВ билан қўлланилиши унинг анестезия компонентлари билан бирга таъминланганлигига қарамасдан ноцицептив химояни периоператив даврда таъминлай олмайди.

4. Оператив аралашув давридаги гемодинамик ностабиллик башорати мезони сифатида ИКХК ни актив ортостатик синама ўтказгандан кейин қўллаш мумкин. Нормал ва кўп вегетатив таъминланган беморларда (11,4 нисб.бир. ва 12,3дан юқори нисб.бир.) нейроаксиал анестезияни қўллаш гемодинамик стабилликни 90%дан юқори ҳолатда кузатилади, етарсиз вегетатив таъминланишда (10,5 паст нисб.бир.) спинал эпидурал анестезияни қўллаш ман этилади.

5. Спинал-эпидурал анестезияни умумийдан фарқли ҳолатда қўллаш, гинекологик ва травматологик операцияларда қон йўқотиш ҳажмини кўп жиҳатдан, яъни 1,6 ва 1,7 марта камайтиради.

Диссертация иши бўйича чоп этилган ишлар рўйхати

1. Аташев А. Р., Ким Ен Дин. Критерии безопасности регионарной анестезии при длительных оперативных вмешательствах.//Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья.- 2008.-№1.-С.22-24.

2. Ким Ен Дин, Аташев А. Р. Влияние современных методов анестезиологического пособия на состояние отдельных звеньев иммунитета при гинекологических операциях.//Бюллетень ассоциации врачей Узбекистана.- 2008.-№1. 50-52.

3. Аташев А. Р., Ким Ен Дин, Каримов З.Д. Новые возможности нейроаксиальной блокады в экстренной гинекологии.//Вестник экстренной медицины.-№1.-С.59-63.

4. Аташев А. Р., Ким Ен Дин, Абидов А. К. Сравнительная оценка современных методов анестезиологического пособия у пациентов с высоким риском осложнений.//Украинский медицинский альманах.-2009.-Том 12.№2.- С.10-13.

5. Аташев А. Р. Уразбаев А. О. Особенности анестезиологического пособия в травматологии.//III Научно-практическая конференция “Актуальные проблемы нейрохирургии”, посвященная 10-летию создания Республиканского Научного центра нейрохирургии.-11 апреля 2008.С.52

6. Аташев А. Р. Прогностическая значимость эндотелиальной дисфункции у больных травматологического профиля.//III Научно-практическая

конференция “Актуальные проблемы нейрохирургии”, посвященная 10-летию создания Республиканского Научного центра нейрохирургии.-11 апреля 2008.С.76

7. Аташев А. Р. Ким Ен Дин. Безопасность анестезии у пациентов с высоким риском осложнений.//Материалы VI Всероссийской междисциплинарной научной конференции и I Всероссийской конференции общероссийской общественной организации регионарной анестезии и лечения острой боли. Петрозаводск 20-24 мая 2008.-С.226-231

8. Ким Ен Дин, Аташев А. Р. Возможность использования гемодинамических индексов в профилактике артериальной гипотензии при использовании нейроаксиальных блокад.// XI Всероссийский съезд анестезиологов-реаниматологов Санкт Петербург сентябрь 2008.С.385-386.

9. Аташев А. Р. Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия.//Материалы III съезда анестезиологов реаниматологов Узбекистана 28-31 октября 2009 г.-С.178.

10. Аташев А. Р., Ким Ен Дин. Безопасность регионарной анестезии в гинекологии. Материалы III съезда анестезиологов реаниматологов Узбекистана 28-31 октября 2009 г.-С.179.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгор А. Р. Аташевнинг 14.00.37- Анестезиология ва реаниматология ихтисослиги бўйича “Гинекология ва травматологияда юқори ҳавф гуруҳига кирувчи беморларда операция олди асоратларини олдини олиш ва анестезиологик ҳимояни оптималлаштириш” мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч сўзлар: умумий комбинациялашган оғриқсизлантириш, спинал-эпидурал оғриқсизлантириш, гинекология, травматология, гемодинамика, вегетатив асаб тизими, эндотелиоцитлар, кортизол ва цитокинлар.

Тадқиқот объектлари: гинекологик ва травматологик беморлар.

Ишнинг мақсади: юқори ҳавф гуруҳига кирувчи гинекологик ва травматологик беморларда операция олди асоратларини олдини олиш, замонавий ва ҳавфсиз оғриқсизлантириш усулларини ишлаб чиқиш.

Тадқиқот усули: эхокардиография – марказий гемодинамика, ВНС – кардиоинтервалография, иммунофермент таҳлил – цитокинлар, радиоимун усулда – кортизол, эндотелиоцитлар.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги: Жаррохлик амалиёти олди ва амалиёт даврида умумий комбинациялашган оғриқсизлантириш орқали тўлиқ ноцицептив ҳимояга эришиб бўлмайди, 4 ва 1% ли ультракаин билан спинал-эпидурал оғриқсизлантириш самарали бўлиб ҳаётий муҳим тизимларга салбий таъсир кўрсатмайди. Жаррохлик амалиёти олди даврида гемодинамик ностабиллик мезони қилиб юракнинг икки қарра ҳайдалиш кўрсаткичини олиш мумкин. Биринчи марта юқори ҳавф гуруҳига кирувчи гинекологик ва травматологик беморларда операция олди асоратларини олдини олиш, оғриқсизлантириш усулларини комплекс таққослаш ва баҳолаш кўрсатиб берилди.

Амалий аҳамияти: Гинекологик ва травматологик жаррохлик амалиёти даврида оғриқсизлантириш усулларини комплекс таққослаш ва баҳолаш ультракаин билан комбинацияланган спинал-эпидурал оғриқсизлантиришни самарали ва ҳавфсиз марказий сегментар блок эканлигини тасдиқлади. Жаррохлик амалиёти олди даврида умумий комбинациялашган оғриқсизлантириш орқали тўлиқ ноцицептив ҳимояга эришиб бўлмаслиги аниқланди. Жаррохлик амалиёти олди давридаги асоратларни олдини олиш учун юракнинг икки қарра ҳайдалиш кўрсаткичини актив ортостатик синамага нисбатан жавоб реакциясини аниқлаш зарур.

Тадбиқ қилиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги: Гинекологик ва травматологик жаррохлик амалиётида таклиф қилинган нейроаксиал блокаданинг бу замонавий тури Республикаимизнинг Акушерлик ва Гинекология ИТИ ва филиалларида, РШТҒИМ Урганч филиалида, Урганч шаҳри вилоят туғруқхонасида йўлга қўйилган. Бу усулнинг узок давом қилувчи жаррохлик амалиётларида қўллаш асоратларни камайтиришга ёрдам беради

Қўлланиш соҳаси. Анестезиология ва реаниматология, гинекология.

РЕЗЮМЕ

диссертации Аташева А. Р. на тему: «**Оптимизация анестезиологической защиты у пациентов с высоким риском периоперативных осложнений в гинекологии и травматологии**» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.37 -Анестезиология-реаниматология.

Ключевые слова: общая многокомпонентная анестезия, спинально-эпидуральная анестезия, гинекология, травматология, гемодинамика, вегетативная нервная система эндотелиоциты, кортизол и цитокины.

Объекты исследования: пациенты в гинекологии и травматологии.

Цель работы: - повышение безопасности пациентов с высоким риском осложнений, путем разработки методов прогнозирования периоперационных осложнений и современных вариантов анестезиологического пособия (спинально – эпидуральной), при гинекологических и травматологических операциях.

Методы исследования: Центральная гемодинамика - эхокардиографическое исследование, ВНС- кардиоинтервалография, цитокины-иммуноферментный анализ, кортизол-радиоимунный метод, эндотелиоциты.

Полученные результаты и их новизна: Общая анестезия с ИВЛ, не способна обеспечить полноценную ноцицептивную защиту в периоперативном периоде, в то время как спинально-эпидуральная анестезия 4 и 1% ультракаином, не оказывает выраженного отрицательного влияния на основные системы жизнеобеспечения в периоперативном периоде. В качестве критерия прогноза гемодинамической нестабильности в периоперационном периоде, можно использовать двойное произведение. Впервые дана комплексная сравнительная оценка современных методов анестезиологического пособия при гинекологических и травматологических операциях у пациентов с высоким риском периоперативных осложнений.

Практическая значимость: Сравнительная оценка методов анестезиологического пособия при гинекологических и травматологических операциях, позволила рекомендовать комбинированную спинально-эпидуральную анестезию ультракаином при гинекологических и травматологических операциях, как безопасный и эффективный способ центральной сегментарной блокады. Общая анестезия с ИВЛ, не обеспечивает полноценную ноцицептивную защиту в периоперативном периоде. С целью прогнозирования периоперационных осложнений, следует использовать двойное произведения в ответ на активную ортостатическую пробу.

Степень внедрения и экономическая эффективность: Предложенный современный вариант НАн (спинально-эпидуральная) при гинекологических и травматологических операциях внедрены в клинике Научно-исследовательского института акушерства и гинекологии Минздрава Республики Узбекистан, Ургенчского филиала РНЦЭМП, в филиалах НИИ А и Г, областном родильном доме г. Ургенч. Использование

его при длительных оперативных вмешательствах, снизят число периоперативных осложнений.

Область применения. Анестезиология и реаниматология, гинекология.

RESUME

Thesis of Atashev A.R. on the scientific degree competition of the philosophy doctor of medical sciences in 14.00.37 speciality - Anesthesiology - resuscitation subject: "Optimization of the anesthesiological defense in the patients with high risk of perioperative complications in the gynecology and traumatology"

Key words: general multicomponent anesthesiology, spinal-epidural anesthesia, gynecology, traumatology, hemodynamics, vegetative nervous system, endotheliocytes, cortisol, cytokines.

Subjects of the inquiry: Patients in the gynecology and traumatology.

Aim of the inquiry: To improve safety of the patients with high risk of complications with development of the methods of prognosis of the perioperative complications and of the current variants of the anesthesiological maintenance (spinal-epidural) in gynecological and traumatological surgeries.

Methods of investigation: Central hemodynamics is studied with use of echocardiographic investigation, vegetative nervous system with cardiointervalography, cytokines with immuno-enzymatic analysis, cortisol with radioimmune method, and endotheliocytes.

The results achieved and their novelty: The general anesthesia with IPL failed to provide desirable nociceptive defense in the perioperative period while spinal-epidural anesthesia with 4 and 1% ultracain has no marked negative effect on the main vital systems in the perioperative periods. The double product may be used as predictive criteria of hemodynamic instability in the perioperative period. The complex comparative evaluation of the current methods of the anesthesiological supplying has been made for the first time for gynecological and traumatological operations in the patients with high risk of perioperative complications.

Practical value: Comparative assessment of the methods of anesthesiological supplying in gynecological and traumatological operations allowed recommendation of the combined spinal-epidural anesthesia with ultracain in gynecological and traumatological operations as safe and effective method of the central segmental blockade. The general anesthesia with IPV cannot provide full nociceptive protection in the perioperative period. With purpose of prognosis of perioperative complications it should be used double product in response to active orthostatic test.

Degree of embed and economic effectivity: The proposed current variant of neural axial blockade (spinal-epidural) in gynecological and traumatological operations has been introduced in the Clinic of Scientific Research Institute of Obstetrics and Gynecology of the Ministry of Health of the Republic of

Uzbekistan, Urgench Branch of the Research Center of Emergency Medical Care, in the branches of Scientific Research Institutes of Obstetrics and Gynecology, Province Maternity Home in Urgench. The use of this method in prolonged operative interventions will result in reduction of the number of perioperative complications.

Sphere of usage: Anesthesiology and resuscitation, gynecology.