

## НАШ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

*Гойибов Лазиз Мухтор угли., Клиник ординатор СамМУ Самарканд Узбекистан  
Соҳиба Зиёдуллаевна., Баҳора Комилжоновна.,  
Умид Арзиқулович факультет ВПДО кафедра неврологии СамМУ Самарканд  
Узбекистан*

**Резюме.** В последнее время растет количество пациентов с тревожными расстройствами, ставшими самой распространенной группой психических и поведенческих расстройств. Подавляющее число этих пациентов обращаются не к психиатрам, а к врачам-интернистам, так как на первый план обычно выступают соматические нарушения. В этой связи врачи различных специальностей должны владеть знаниями об этой патологии для своевременного ее выявления и коррекции, а в более сложных случаях направлять пациентов к психотерапевтам, психиатрам. В статье представлено 3 клинических наблюдения пациентов с различными проявлениями тревоги и особенностями выбора тактики их ведения. Приводится пример успешного использования современных анксиолитических препаратов (буспирон, тофизопам) в комплексной терапии пациентов. Особенности спектра действия буспилона обуславливают его широкое применение в клинике «малой» психиатрии: при различных астенических расстройствах, в том числе в рамках постковидного синдрома; при тревожных расстройствах, ассоциированных со стрессом, в том числе при мягких вариантах панического и генерализованного тревожного расстройства; при наличии «невроза ожидания» у пациентов соматического стационара; в рамках терапии органического тревожного расстройства, при лечении тревоги у пациентов пожилого возраста.

**Ключевые слова:** тревожные расстройства, паническое расстройство, анксиолитики, COVID-19, стресс, невротический уровень, психопатологические состояния, антидепрессанты, буспирон, тофизопам.

## CLINICAL EXPERIENCE IN PATIENT MANAGEMENT WITH ANXIETY DISORDER

**Abstract.** These days, the number of patients with anxiety disorders has been growing, which has become the most common group of mental and behavioral disorders. The overwhelming number of such patients turn not to psychiatrists, but to internists, as somatic disorders commonly come to the fore. In this regard, doctors of various specialties should have knowledge concerning this pathology for timely detection and correction, while in more complex cases, should refer patients to psychotherapists and psychiatrists. The article presents 3 clinical cases of patients with various manifestations of anxiety and the choice patterns of patient management. The article also brings an example presenting the successful use of modern anxiolytics (buspirone, tofisopam) in the complex therapy. The features of the action spectrum of buspirone cause its wide clinical use of "small" psychiatry: in various asthenic disorders, including in the setting of postcovid syndrome; in anxiety disorders associated with stress, including mild variants of panic disorder and generalized anxiety disorder; in the presence of expectation

neurosis in patients with a somatic disorder; in as part of the therapy of organic anxiety disorder, in the treatment of anxiety in elderly patients.

**Keywords:** anxiety disorders, panic disorder, anxiolytics, COVID-19, stress, neurotic level, psychopathological conditions, antidepressants, buspirone, tofisopam.

### **Введение**

Двадцать первый век проходит под знаком стресса вследствие различных политических, социальных, эпидемиологических и других катаклизмов [1, 2]. Продолжающаяся урбанизация с ускорением темпа жизни, напряженностью в профессиональной сфере, необходимостью ежедневных перемещений как минимум в режиме «дом — работа — дом», требующем зачастую существенного количества времени, недостаток отдыха в целом и сна в частности, нарастающий информационный бум, значительная скученность людей дома, в транспорте и, зачастую, на рабочем месте — ожидаемые источники стресса [3, 4]. В то же время появились дополнительные источники стресса, такие как пандемия COVID-19 и ее последствия, напряженная социально-экономическая ситуация в мире и т. д. [5–8]. Все эти факторы негативно влияют на психическое здоровье человека, вызывают избыточное психоэмоциональное напряжение и в части случаев ведут к формированию различных психопатологических состояний, в том числе невротического уровня [9–11].

### **Механизмы развития и клинические проявления тревоги**

Тревога, которая в эволюционном смысле рассматривается как древний приспособительный механизм, обеспечивавший древнему человеку выживание, в современных условиях во многом утратила эту функцию. В реалиях XX века тревожные реакции зачастую становятся избыточными и, как следствие, патологическими, вызывая развитие различных психоэмоциональных и даже психосоматических расстройств. Тревога — весьма распространенный симптом, встречающийся в клинике «малой» психиатрии, который обнаруживается в структуре невротических, психосоматических, личностных и других расстройств, но отнюдь не ограничивается ими [12]. Тревожные расстройства стали самой распространенной группой среди всех психических и поведенческих расстройств современного человека. Они встречаются у каждого десятого пациента, посещающего врачей общей практики. В рутинной клинической практике тревога является главной жалобой у 10–15% амбулаторных и 10% стационарных больных. Подавляющее число этих пациентов обращаются не к психиатрам, а к интернистам, так как на первый план обычно выступают соматические нарушения. Переживание тревоги — одна из самых частых эмоций человека в современном мире. Тревога здорового человека — это диффузное, неясное, неопределенное ощущение надвигающейся опасности, угрозы, которое сопровождается:

- двигательным беспокойством;
- изменением восприятия окружающего мира;
- комплексом соматовегетативных ощущений (сердцебиение, затрудненное дыхание, тремор, ощущение сухости во рту, гипергидроз ладоней и стоп, легкая тошнота, учащенное мочеиспускание, неприятное ощущение в животе).

Во множестве пословиц, метафор и сравнений тревога описывается не столько как душевное, сколько телесное чувство: «душа ушла в пятки», «дрожит как осиновый лист», «все внутри колотится», «все внутри похолодело». В биологическом плане тревога — разновидность стресса, который проявляет себя на разных уровнях: нейроэндокринном, висцеральном, психическом, поведенческом. Это защитное чувство, которое передается на генетическом уровне и имеет биологическую целесообразность: предупреждает человека об опасности, мобилизует организм на совершение необходимых действий (нападать или спастись бегством). Тревога как нормальное чувство возникает, например, когда пациенту предстоит обследование или хирургическая операция.

Однако зачастую тревога является облигатным симптомом многих соматических заболеваний: наблюдается при бронхиальной астме, стенокардии, инфаркте миокарда, сахарном диабете, уремии, гипотиреозе, ревматоидном артрите, системной красной волчанке и других аутоиммунных заболеваниях. Она также встречается в структуре многих психических заболеваний: приступы шизофрении, алкогольный абстинентный синдром, алкогольный делирий, депрессивный эпизод и др. [13]. Все многообразие тревожных состояний можно классифицировать таким образом:

1. Непатологическая тревога психически и соматически здоровых людей.
2. Повышенная тревожность как черта характера.
3. Тревога при соматических заболеваниях (соматическая тревога).
4. Тревога в структуре других психологических заболеваний.
5. Собственно тревожные расстройства.

Существует ряд причин, вызывающих тревогу:

- Психосоциальные причины: тревога — следствие воздействия социальных стрессов и межличностных конфликтов.
- Биологические причины: наличие повышенной генетической подверженности, суть которой в снижении содержания  $\gamma$ -аминомасляной кислоты (ГАМК) в головном мозге и повышении содержания серотонина, дофамина и норадреналина.

### **Анатомические структуры, ответственные за состояние тревоги**

Механизм возникновения тревоги является сложным, реализующимся на уровне взаимодействия различных анатомических структур:

- синее пятно варолиевского моста;
- миндалина;
- гиппокамп;
- височная кора мозга.
- Поведенческая (бихевиоральная) модель возникновения и развития тревожных расстройств предполагает роль [13]:
- условно-рефлекторных механизмов;
- подкреплений;
- социального научения.

### **Ведение пациентов с тревожным расстройством**

Ведение пациентов с тревожным расстройством, особенно коморбидных больных, является сложной задачей, решать которую необходимо совместными усилиями разных специалистов. Между тем основная роль в выборе тактики ведения, включающей комплексную терапию, должна принадлежать психотерапевту, психиатру. Именно это понимание целесообразности ведения пациентов с тревогой психиатрами использовано при формировании рубрикации МКБ-10. Согласно этой классификации тревожные, тревожно-фобические расстройства отнесены к рубрикам F40–F45. При этом в структуре указанных рубрик классификации значительное внимание уделено паническому расстройству.

В клинической практике врачи различных специальностей часто сталкиваются с паническим расстройством (эпизодическая пароксизмальная тревога, пароксизмальное тревожное расстройство) у пациентов, обращающихся за помощью к врачам скорой медицинской помощи, приемных покоев соматических больниц, кардиологам, неврологам.

Распространенность панических расстройств среди населения составляет 1,5–2,0%, особенно часто наблюдается у молодых людей в возрасте 20–30 лет. При этом женщины подвержены этому заболеванию в 2 раза чаще, чем мужчины.

Приступ острой тревоги (паника) возникает без внешней причины, неожиданно и имеет «телесные» проявления панической атаки:

- затруднение дыхания или чувство нехватки воздуха, удушье;
- сердцебиение, тахикардия, чувство трепетания в груди: «сердце дрожит», «колотится» или «выскакивает из груди»;
- ощущение боли или дискомфорта в грудной клетке;
- озноб или прилив жара;
- тремор конечностей или всего тела;
- двигательное беспокойство, стремление к деятельности в виде реакции «борьбы — бегства» (чаще последнее);
- потливость;
- тошнота, рвота, дискомфорт в области желудка;
- парестезии (ощущение покалывания в руках и ногах);
- чувство нереальности окружающего мира (дереализация) или отчуждения и нереальности самого себя (деперсонализация);
- страх умереть, либо сойти с ума, либо потерять контроль над собой.

Такой приступ возникает остро и длится от 5 до 30 мин. Частота приступов: от нескольких раз в день до еженедельных, в среднем 2–3 раза в неделю.

Панические атаки сопровождаются:

- агорафобией;
- страхом пребывания в тех местах или ситуациях, где приступы уже возникали;
- в закрытых пространствах, откуда в случае приступа трудно будет выйти и где невозможно получить помощь (переполненный транспорт, большие магазины, рынки, стадионы, кинотеатры).

Для панических атак характерен феномен «ожидающей тревоги» — ожидания следующего приступа, «феномен избегающего поведения», когда пациенты:

- больше времени проводят дома;
- переходят на удаленную работу;
- ищут работу рядом с домом в пределах шаговой доступности;
- перестают работать;
- перестают выполнять социальные и семейные обязанности (поход в магазин, в налоговую инспекцию и т. д.);
- нуждаются в постоянном наблюдении и сопровождении членов семьи (фактически наступает инвалидность) [13].

В свете продолжающейся эпидемии новой коронавирусной инфекции необходимо отметить, что тревожные расстройства, коморбидные с ней, представлены широким спектром:

- генерализованное тревожное расстройство;
- паническое расстройство;
- обсессивно-компульсивное расстройство;
- социальное тревожное расстройство;
- посттравматическое стрессовое расстройство.

По данным разных авторов, симптомы тревожных расстройств в период эпидемии встречаются в широком диапазоне частот от 24–28,8% до 44,9–45% [14–19].

Учитывая особенности механизмов реализации тревоги с участием нейротрансмиттеров, использование препаратов, влияющих на их регуляцию, является оправданным.

Соответственно, при лечении таких состояний необходимы препараты с «противотревожным» (анксиолитическим) эффектом [20, 21]. Буспирон (Спитомин®) — один из них. Он не действует на бензодиазепин-ГАМК-хлорид-ионофорный рецепторный комплекс, но является частичным агонистом 5-HT<sub>1a</sub> рецепторов, и механизм его действия связан прежде всего с модуляцией серотониновой системы. Буспирон также обладает умеренным сродством к пресинаптическим D<sub>2</sub>-рецепторам, однако не ясно, играет ли это свойство какую-либо роль в анксиолитическом эффекте. Седативный эффект буспирона значительно слабее эффекта типичных анксиолитиков. Важно, что буспирон не нарушает психомоторные функции. Буспирон оказывает анксиолитический эффект, примерно аналогичный эффекту бензодиазепинов, однако в отличие от них не вызывает толерантности, зависимости, а после завершения курса лечения не вызывает синдрома отмены [22–24]. У буспирона отсутствует существенное влияние на бензодиазепиновые рецепторы, а также на связывание ГАМК. Таким образом, в его спектре действия отсутствуют противосудорожный и миорелаксирующий эффекты, что отличает этот препарат от «классических» бензодиазепинов [25, 26]<sup>1</sup>.

Буспирон показан при различных состояниях, в клинической картине которых присутствует тревога. Фармакодинамические особенности буспирона обуславливают его широкое применение в клинике «малой» психиатрии: при различных расстройствах, в том числе в рамках постковидного синдрома; при тревожных расстройствах, ассоциированных со стрессом, в том числе при мягких вариантах панического и генерализованного тревожного расстройства; при

наличии «невроза ожидания» у пациентов соматического стационара; в рамках терапии органического тревожного расстройства, у пациентов пожилого возраста [21, 27–30].

### **Собственные клинические наблюдения**

Приведем собственные клинические наблюдения, иллюстрирующие эффективность применения анксиолитических средств (Спитомин<sup>®</sup>, Грандаксин<sup>®</sup>) при разных вариантах тревожных расстройств. Во всех приведенных случаях при назначении лекарственной терапии мы постарались следовать действующим федеральным клиническим рекомендациям лечения тревожных расстройств<sup>2</sup>.

#### **Клиническое наблюдение 1**

Пациент Н., 28 лет. Весной 2022 г. перенес COVID-19 с температурой тела до 39 °С, астенией, аносмией. После выздоровления сохранялись умеренно выраженные астенические проявления, которые сопровождались повышенной нервозностью, тревожностью, беспокойством, чувством внутреннего напряжения, эпизодическими головными болями. С этими жалобами обратился за помощью. Состояние было расценено как генерализованное тревожное расстройство, спровоцированное перенесенным COVID-19. Была рекомендована комплексная терапия (ноотропная, витаминотерапия), с анксиолитической целью для более быстрого получения терапевтического эффекта был назначен буспирон с титрацией дозы до достижения суточной дозы 30 мг, разделенных на 3 приема. На фоне проводимой терапии в течение первых 2 нед. редуцировалась тревожность, уменьшились проявления психоэмоционального напряжения. В течение следующего месяца тревожные проявления были полностью купированы, уменьшились проявления астении, заметно снизилась частота головных болей. Общая продолжительность терапии буспираном в данном случае составила 2 мес.

#### **Клиническое наблюдение 2**

Пациентка А., 39 лет. В течение года претерпела ряд стрессов в семье, смену работы; сложно адаптировалась на новом месте, с затруднениями привыкала к новым служебным обязанностям, имела мелкие нарекания от начальства; была вынуждена задерживаться по окончании рабочего дня, испытывала стресс. На этом фоне появились повышенная утомляемость, рассеянность, трудности концентрации внимания. Испытывала подспудное чувство внутреннего напряжения, волнение, эпизоды тревожности: тревога возникала преимущественно в утренние часы перед выходом на работу, либо в вечернее время, перед засыпанием, сопровождалась размышлениями о предстоящем рабочем дне. Понижилось качество ночного сна. В ситуациях психоэмоционального напряжения могли возникнуть головные боли. На работе быстро уставала, продолжала выполнять свои обязанности «через силу». На фоне тревожности «бросало то в жар, то в холод» — появлялось ощущение жара на лице, «мерзли» кисти, стопы, было ощущение «мурашек» на коже.

Пациентка обратилась за помощью. Состояние было расценено как мягкая тревожная реакция на стресс. Назначена терапия тофизопамом 100 мг/сут (разделенных на 2 приема в первой половине дня), церебропротективная и

витаминоterapia. Поскольку выраженная тревожность беспокоила пациентку круглосуточно, было принято решение «дневной» анксиолитик тофизопам использовать преимущественно в утренние часы.

На фоне лечения в течение первой недели сгладились эмоциональные колебания, понизилась интенсивность тревоги. В течение второй и третьей недели терапии заметно редуцировалась тревога, уменьшилась выраженность астенических проявлений, купированы проявления вегетативной лабильности, снизилась частота головных болей. Через 1 мес. терапии был отменен тофизопам. К 6-й неделе терапии состояние полностью стабилизировалось: купированы все вышеописанные проявления, головные боли не беспокоили; вернулось чувство отдыха после ночного сна. Полностью восстановилась трудоспособность.

### **Клиническое наблюдение 3**

Пациентка У., 48 лет. Три года тому назад испытала ряд стрессовых ситуаций в семье (смерть близких родственников). Стала беспокойной, тревожной, испытывала чувство психоэмоционального напряжения; тревога возникала даже по малозначительным бытовым поводам, усиливалась, когда пациентка оставалась одна, а также в вечерние и ночные часы, перед засыпанием. В течение следующего года прогрессивно снизилось настроение с добавлением тревоги, тоски, с тревожными размышлениями о ближайшем будущем. Понизился аппетит, похудела. Ночь проходила с кошмарными сновидениями, после сна не было чувства отдыха. Заметно снизилась трудоспособность, появились нарекания от начальства. Повышалось АД до 150/90 мм рт. ст.

Обратилась за помощью к психиатру. Состояние было расценено как смешанное тревожное и депрессивное расстройство. В качестве антидепрессанта с целью нивелирования негативных тревожных мыслей был рекомендован сертралин до 100 мг/сут. Как анксиолитик, а также для потенцирования антидепрессивного эффекта в схему лечения был включен буспирон с титрацией дозы до достижения суточной дозы 30 мг, разделенных на 3 приема.

В течение первых 2 нед. лечения отмечено начальное улучшение: снизилась эмоциональная напряженность, уменьшились частота и интенсивность эпизодов тревоги; прекратились ночные кошмары. К 3–4-й неделе терапии заметно улучшилось настроение, существенно редуцировалась тревога, улучшился аппетит, нормализовался ночной сон; стабилизировался уровень АД. К 6-й неделе состояние полностью стабилизировалось: настроение вернулось к среднему уровню, колебаний его не отмечалось, тревога не возникала. Восстановилась трудоспособность. Общая продолжительность приема буспирона — 3 мес.

### **Заключение**

Как видно из вышеприведенных клинических наблюдений, буспирон эффективен при тревожных расстройствах различной структуры и степени выраженности; в качестве компонента комплексной терапии буспирон демонстрирует анксиолитический (противотревожный) эффект. В спектре фармакологического действия буспирона (Спитомин®) преобладает серотонинергическая активность, что обуславливает его анксиолитический эффект, а отсутствие существенного влияния на бензодиазепиновые рецепторы определяет его отличия от

«классических» бензодиазепинов, такие как отсутствие развития толерантности, зависимости, симптомов отмены после курса лечения. Такие особенности спектра действия бупирона обуславливают его широкое применение в клинике «малой» психиатрии, в том числе у пациентов пожилого возраста.

Литература:

1. Abdurakhmanovich A. A., Akhtamkhon E., Alisherovich U. K. Pathogenesis, Clinic and Principles of Treatment of Burn Shock //Eurasian Research Bulletin. – 2022. – Т. 9. – С. 20-25.
2. Ruziboev S. A. et al. Results Of Treatment Of Acute Diffuse Purulent Peritonitis Using Laparostomy //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 2. – №. 11. – С. 66-71.
3. Avazov A. A. STRATEGIC ISSUES IN THE CONSTRUCTION OF NUCLEAR POWER PLANTS //Conference Zone. – 2022. – С. 202-203.
4. Shakirov B. M., Avazov A. A., Umedov X. A. Peculiarities of hand burn treatment in the conditions of moist medium //ISJ Theoretical & Applied Science, 04 (108). – 2022. – С. 289-291.
5. 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.
6. Рузибоев С. и др. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 61-64.
7. АВАЗОВ А. А. и др. KUYISHLARDA ERTA XIRURGIK DAVOLASH USULLARI //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
8. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
9. Авазов А. А. и др. АЛЛОПЛАСТИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2014. – С. 536-537.
10. Даминов Ф. А. и др. Синдром кишечной недостаточности и его коррекция у тяжелообожженных //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 20-21.
11. Карабаев Х. К. и др. Изучение частоты и вида сердечнососудистой патологии у обожженных //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 28-29.
12. Даминов Ф. А. и др. Особенности лечебного питания для ранней профилактики желудочнокишечных осложнений у обожженных //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 21-21.



13. Авазов А. А. и др. ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОГО ШОКА //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 99-102.
14. Усанов Ж. Р. У. и др. Возможности диагностики и лечения острого тяжелого панкреатита //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 103-106.
15. Avazov A. CLASSIFICATION OF FACTORS INFLUENCING THE EFFECTIVENESS OF PERSONNEL ACTIVITIES IN INDUSTRIAL ENTERPRISES //International Finance and Accounting. – 2019. – Т. 2019. – №. 5. – С. 17.
16. Mukhammadiev M. et al. INDICATORS OF ORGAN DEFICIENCY DEVELOPMENT IN ACUTE PANCREATITIS //InterConf. – 2021. – С. 738-753.
17. Gulamov O. M. et al. Modern methods of diagnosis and treatment of barrett esophagus //Doctor's herald. – 2020. – Т. 2. – С. 94.
18. Abduraxmanovich A. A. et al. POSSIBILITIES OF APPLYING MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS //CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 246-249.
19. Ruziboev S. et al. TREATMENT OF ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION WITH MINI-INVASIVE METHODS //InterConf. – 2021. – С. 768-773.
20. 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.
21. Шакиров Б., Авазов А., Хурсанов Ё. COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTENSIVE DEEP BURNS LOWER LIMBS //EurasianUnionScientists. – 2022. – С. 24-26.
22. Авазов А. А., Джумагелдиев Ш. Ш., Исламов Н. К. ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2014. – С. 535-536.
23. Gulamov O. M. et al. Modern methods of diagnosis and treatment of barrett esophagus //Doctor's herald. – 2020. – Т. 2. – С. 94.
24. Гуламов О. М. и др. Хирургическая тактика при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы //НАУКА И ИННОВАЦИИ В XXI ВЕКЕ: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ, ОТКРЫТИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ. – 2019. – С. 195-197.
25. Бабажанов А. С. и др. Совершенствование методов герниоабдоминопластики при симультанных хирургических заболеваниях //SCIENCE AND WORLD. – 2013. – С. 65.
26. Бабажанов А. С. и др. Определение показаний к эндовазальной лазерной коагуляции (ЭВЛК) магистральных подкожных вен при варикозной болезни //Наука и мир. – 2016. – Т. 3. – №. 6. – С. 25-28.

27. Бабажанов А. С. и др. Анализ результатов методов герниопластики при боковых миофасциальных дефектах живота //ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ. – 2018. – С. 137-140.
28. Тухтаев Ж. К. и др. Сравнительная оценка лечения варикозной болезни нижних конечностей //ДОСТИЖЕНИЯ ВУЗОВСКОЙ НАУКИ 2019. – 2019. – С. 158-161
29. Тоиров А. С. и др. Причины возникновения рецидива варикозной болезни //SCIENCE AND WORLD. – 2013. – С. 88
30. Бабажанов А. С. и др. Сравнение эффективности эндовенозной лазерной коагуляции и традиционной комбинированной флебэктомии //Наука и мир. – 2017. – Т. 1. – №. 5. – С. 85-87.
31. Юсупов А. М. и др. Комбинированный метод хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2017. – С. 391-392.
32. Бабажанов А. С. и др. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА //Наука и Мир. – 2017. – Т. 1. – №. 5. – С. 82-84.
33. Тухтаев Ж. К. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОПЕРАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2014. – С. 597-598.
34. Мустафакулов И. Б. и др. AMNIOTIC MEMBRANE-AS AN EFFECTIVE BIOLOGICAL WOUND COVERING //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – №. SPECIAL 1.
35. Мустафакулов И. Б. и др. SURGICAL TACTICS IN CASE OF ISOLATED INJURIES OF SMALL AND LARGE INTESTINE //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
36. Mustafakulov I. B. et al. Evaluaton of the effectiveness of multi-stage surgical tactics for liver damage //World journal of advance healthcare research. – 2020. – Т. 4. – №. 3. – С. 264-266.
37. Alisherovich U. K. et al. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF MULTI-STAGE SURGICAL TACTICS IN SEVERE LIVER DAMAGE //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 312-318.
38. Alisherovich U. K., Rashidovich S. H., Ugli K. Y. E. OUR EXPERIENCE IN CONSERVATIVE TREATMENT OF SPLEEN INJURY IN CLOSED ABDOMINAL TRAUMA //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 319-325.
39. Shakirov B. M., Avazov A. A., Umedov X. A. Peculiarities of hand burn treatment in the conditions of moist medium //ISJ Theoretical & Applied Science, 04 (108). – 2022. – С. 289-291.
40. Мустафакулов И. Б. и др. OPTIMIZATION OF INTENSIVE THERAPY FOR BURN SHOCK //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – №. SPECIAL 1.

41. Мустафакулов И. Б., Камалов Т. К., Рахматова Л. Т. Модульное обучение в подготовке специалиста с высшим сестринским образованием //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2017. – №. 4. – С. 18-19.
42. Хаджибаев А. М., Мустафакулов И. Б. Современное состояние и нерешенные проблемные вопросы диагностики и тактики лечения тяжелых повреждений живота при сочетанной травме //Вестник экстренной медицины. – 2011. – №. 4. – С. 77-81.
43. Ташкенбаева Э., Мирзаев Р., Арипов С. Современное состояние проблемы прогнозирования развития и течения ранней постинфарктной стенокардии //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 2 (83). – С. 183-185.
44. Ташкенбаева Э. и др. Маркеры гиперурикемии как фактор риска и предикторы сердечно-сосудистых заболеваний //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2016. – №. 2 (87). – С. 191-194.
45. Хасанжанова Ф. О. и др. ЗНАЧИМОСТЬ ГИПЕРУРИКЕМИИ И КОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ АЛЛОПУРИНОЛОМ И ТИВОРТИНОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ СТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2014. – С. 263-265.
46. Хасанжанова Ф. О. и др. ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ДИЛАТАЦИЮ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У БОЛЬНЫХ С НЕСТАБИЛЬНОЙ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2018. – С. 175-176.
47. Гадаев А. Г. Особенности течения ишемической болезни сердца в сочетании с патологией гастродуоденальной зоны Машхура Абдуламахмудовна Сайфиддинова //Заместитель председателя оргкомитета. – 2016. – С. 381.
48. Мирзаев Р. З., Ташкенбаева Э. Н., Абдиева Г. А. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2022. – №. SI-2.
49. Khasanzhanova F. O. et al. Evaluation of the effectiveness of thrombolytic therapy in men with acute coronary myocardial infarction in young age //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2021. – Т. 2. – №. 1. – С. 144-149.
50. Khasanzhanova F. O. et al. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF THROMBOLYTIC THERAPY IN MEN WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN YOUNG AGE //Archive of Conferences. – 2021. – Т. 15. – №. 1. – С. 48-52.
51. Ташкенбаева Э., Насырова З., Мирзаев Р. Стратификация хронической ишемической болезни сердца в зависимости от методов диагностики и пути их лечения //Журнал кардиореспираторных исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 3. – С. 28-32.
52. Хасанжанова Ф. О. и др. Изменение маркеров некроза кардиомиоцитов у больных с инфарктом миокарда в зависимости от возраста //Материалы IV Съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. Ташкент. – 2018. – С. 13-14.

53. Мухиддинов А. И. и др. ОСОБЕННОСТИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА // Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2014. – С. 227-228.
54. Мустафакулов И. и др. ТЯЖЕЛАЯ СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА ЖИВОТА // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 63-68.
55. Муртазаев З. И. и др. Выбор оптимальной хирургической тактики при эхинококкозе легких // Национальная ассоциация ученых. – 2016. – №. 3-1 (19). – С. 51-54.
56. Рустамов М., Муртазаев З., Дусияров М. Выбор оптимальной хирургической тактики при эхинококкозе печени // Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 2 (83). – С. 106-109.