



**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

**5 (91) 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. АМОИВ  
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. ИСКАНДАРОВА  
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. РУЗИБОВ  
С.А. ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
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)

**5 (91)**

**2026**  
*Май*

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

Received: 20.04.2026, Accepted: 06.05.2026, Published: 10.05.2026

UDK 618.1-089:616-089.5:618.173

## ОСОБЕННОСТИ ПРЕМЕДИКАЦИИ У ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С КЛИМАКТЕРИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Холбеков Б.К. <https://orcid.org/0009-0001-1172-8668>

Самаркандский государственный медицинский университет Узбекистан, г.Самарканд,  
ул. Амира Темура 18, Тел: +99818 66 2330841 E-mail: [sammu@sammu.uz](mailto:sammu@sammu.uz)

### ✓ Резюме

*В обзоре рассматриваются способы обеспечения основных задач различных групп фармакологических средств в составе премедикации, их положительные и отрицательные стороны. Операционный стресс – это состояние полифункциональных изменений, возникающих в организме больного под влиянием агрессивных факторов хирургического вмешательства. Изменяются функции центральной нервной системы, эндокринной системы, кровообращения и дыхания, печени и почек, иммунитета и обмена веществ.*

*Ключевые слова: премедикация, психоэмоциональный уровень, анксиолитики, бензодиазепины, обзор литературы.*

## KLIMAKTERIK SINDROMLI GINEKOLOGIK BEMORLARDA PREMEDIKATSIYA XUSUSIYATLARI

Xolbekov B.K. <https://orcid.org/0009-0001-1172-8668>

Samarqand davlat tibbiyot universiteti O'zbekiston, Samarqand, st. Amir Temur 18,  
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: [sammu@sammu.uz](mailto:sammu@sammu.uz)

### ✓ Rezyume

*Maqolada premedikasiya sifatida ishlatiladigan turli xil farmakologik preparatlarning klimakterik sindromli ginekologik bemorlarda ishlatilishining salbiy va ijobiy tomonlari yoritilgan. Operasion stress – bu jarroxlilik amaliyoti natijasida kelib chiqadigan, organ va to'qimalarda polifunksional o'zgarishlardir. Bu o'zgarishlar asosan markaziy asab tizimi, yurak-qon-tomir tizimi, nafas olish tizimi, endokrin tizimi, jigar, buyrak, indokrin va moddalar almashinuvi bilan nomoyon bo'ladi.*

*Kalit so'zlar: premedikatsiya, psixo-emotsional daraja, anksiyolitiklar, benzodiazepin. adabiyotlarni ko'rib chiqish.*

## FEATURES OF PREMEDICATION IN GYNECOLOGICAL PATIENTS WITH CLIMACTERIC SYNDROME

Kholbekov Bakhodir Kuchkorovich <https://orcid.org/0009-0001-1172-8668>

Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,  
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: [sammu@sammu.uz](mailto:sammu@sammu.uz)

### ✓ Resume

*The review discusses ways to ensure the main tasks of various groups of pharmacological agents as part of premedication, their positive and negative aspects. Operational stress is a state of polyfunctional changes that occur in the patient's body under the influence of aggressive factors of surgical intervention. The functions of the central nervous system, endocrine system, blood circulation and respiration, liver and kidneys, immunity and metabolism change.*

*Key words: premedication, psycho-emotional level, anxiolytics, benzodiazepines, literature review.*

### Актуальность

Известна премедикация перед оперативными гинекологическими вмешательствами, проводимыми под общей и регионарной анестезией, основанная на парентеральном введении седативных средств, обеспечивающих психоэмоциональное состояние больной, и препаратов для профилактики послеоперационного болевого синдрома («проактивная анальгезия»). Обычно перед операцией пациент испытывает тревожное состояние. Тревожность – нормальная защитная реакция, позволяющая организму приспособиться к условиям повышенной опасности. Степень тревожности различна и зависит от психоэмоциональных особенностей организма женщин с климактерическим синдромом. Это состояние приводит к психологическому напряжению, которое проявляется бессонницей, быстрой утомляемостью, раздражительностью, страхом, приливом жара.

Психологические адаптационные возможности снижаются у пациентов с высокой степенью тревожности, что приводит к высокому операционному риску и в дальнейшем к тяжелому послеоперационному периоду [19]. Для снятия тревоги перед операцией и анестезией обязательным лечебным средством является премедикация [26]. Премедикация (от лат. *pre* — перед; лат. *medicamentum* — лекарство) — предварительная медицинская подготовка больного к общему наркозу и хирургическому вмешательству. Целью данной тренировки является 1) профилактика предоперационного, операционного стресса; 2) достижение нейровегетативной стабилизации; 3) снижение реакции на внешние раздражители; 4) снижение секреции желез; 5) создание оптимальных условий для проявления действия общих анестетиков; 6) профилактика аллергических реакций в ответ на применение лекарственных средств и инфузионных сред во время анестезии. Премедикация проводится комбинацией препаратов и в большинстве случаев включает наркотический анальгетик, седативное и антигистаминное средство.

Премедикация чаще всего состоит из двух этапов. Вечером накануне операции назначают внутрь снотворное в сочетании с транквилизаторами и антигистаминными препаратами. Особо возбудимым больным эти препараты повторяют за 2 часа до операции. Кроме того, антихолинергические средства и анальгетики обычно вводят всем больным за 30-40 минут до операции. Если холинергические препараты не включены в план анестезии, то назначением атропина перед операцией можно пренебречь, однако анестезиолог всегда должен иметь возможность ввести его во время анестезии. Следует помнить, что если во время анестезии планируется применение холинолитических препаратов (сукцинилхолин, фторан) или инструментальное раздражение дыхательных путей (интубация трахеи, бронхоскопия), то существует риск развития брадикардии с возможным снижением АД и развитие более серьезных сердечных аритмий. В этом случае показано назначение премедикации антихолинергическими препаратами (атропин, метацин, гликопирролат, гиосцин) для блокирования вагусных рефлексов [1,4,6].

Неадекватная премедикация не снимает имеющегося психоэмоционального напряжения и негативно сказывается на послеоперационном периоде, приводя к различным осложнениям, которые могут появиться даже после излечения основного заболевания или заживления операционной раны [1]. По мнению ряда авторов, премедикацию необходимо разделить на лечебную и профилактическую, которые, в свою очередь, делятся на индивидуализированную, проактивную и др. По общепринятому мнению, лечебная премедикация проводится с целью коррекции нарушенных жизненных функций организма. организма перед оперативным вмешательством, а также профилактические меры по предотвращению осложнений, которые могут возникнуть во время операции и анестезии [11,15]. Для определения тактической направленности премедикации, дозировок и препаратов необходимо выявить имеющуюся патологию, а также оценить уровень тревожности организма. И здесь следует признать, что, несмотря на большое количество работ, проблема изучения индивидуальной психической оценки больных с климактерическим синдромом перед гинекологическими операциями остается актуальной.

С этой целью авторы использовали в основном различные шкалы оценки психоэмоционального состояния организма, определяли индекс напряжения регуляторных систем на основе метода вариационной пульсоксиметрии [5,13,14], использовали в качестве теста интегративный тест тревожности, критерия уровня адаптации [5,16], изучали

нейровегетативные, респираторные и гемодинамические показатели [15,16], оценивали психоэмоциональное состояние больных и его проявления. Проведенные исследования позволили установить, что синдром психоэмоциональной напряженности проявляется различной степенью напряженности - от чувства дискомфорта до невротического срыва [2,4,5]. Эти состояния можно разделить на различные типы психических реакций.

При определении психоэмоционального состояния больного по клиническим признакам выделяют 5 типов реакций (по А. Ф. Бизяеву): астенический, депрессивный, тревожный, ипохондрический, истерический.

1. Астеническая реакция характеризуется вегетативной лабильностью, головными болями, быстрой утомляемостью, раздражительностью, плаксивостью.

2. В связи с депрессивной реакцией отмечается подавленное настроение, низкий голос, неуверенность в успехе лечения, больной немногословен.

3. Реакция тревоги проявляется тревогой, волнением, страхом, страхом за неудачный исход, плохим сном, учащением пульса.

4. При ипохондрической реакции больной предъявляет много жалоб, детализирует их, подробно описывает ощущения и события в хронологическом порядке, охотно осматривается; обнаруживается несоответствие обилия жалоб определяемым патологическим изменениям.

5. Истерические – вегетативные реакции (ком в горле, нехватка воздуха, тремор пальцев, красные пятна на коже лица и шеи). В поведении таких больных отмечаются демонстративность, театральность, стремление привлечь к себе внимание, вызвать симпатию. Последние чаще встречаются у женщин.

Углубленный анализ выявил, что психоэмоциональное напряжение можно разделить в зависимости от степени поражения ЦНС на центральное (трудности концентрации внимания и контроля сознания над внешними проявлениями эмоций) и периферическое (повышенное напряжение мышц, усиление сосудистой реакции). Установлено, что переживание больных перед операцией представляет собой классический вариант эмоционального стресса, который влияет на функционирование органов и систем организма - сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной, эндокринной и особенно вегетативной [14]. Как видно из вышеизложенного, психологические реакции у женщин с климактерическим синдромом неоднородны и различны по степени выраженности, что требует индивидуального подхода при назначении премедикации.

Лечебная премедикация заключается в коррекции выявленных нарушений со стороны различных органов и систем организма и определяется анестезиологом совместно с терапевтом, гинекологом и другими специалистами. Более пристального внимания требует превентивная, индивидуализированная и проактивная премедикация. Такие понятия, как стандартная, классическая премедикация, не должны иметь места в лексиконе и действиях анестезиолога. Оценивая эффективность предоперационной подготовки пациенток с сопутствующим климактерическим синдромом, можно сделать вывод о преимуществе применения низких доз эстрогенов (2 мг/сут) в течение 5-7 дней в составе лечебной премедикации. Оказывая специфический гормональный эффект, эстрогенотерапия способствует стабилизации психоэмоциональных расстройств, а также нормализации функции сердечно-сосудистой системы. Все это сокращает сроки подготовки больных к операции, приводит к ее благоприятному течению и снижению частоты послеоперационных осложнений [10,15,17].

Профилактическая премедикация. Для выполнения основных требований профилактической премедикации применяют нейролептики, наркотические анальгетики, холиноблокирующие и антигистаминные средства в виде универсальных схем приема препаратов, снотворные, психотропные средства. Наиболее известны следующие комбинации препаратов: наркотический анальгетик + ваголитик; наркотический анальгетик + ваголитик + барбитураты; наркотический анальгетик+ваголитик+малый транквилизатор; большой транквилизатор + ваголитик; наркотический анальгетик + ваголитик + антигистамин + малый транквилизатор [2]. Введение наркотических анальгетиков в премедикацию с целью снижения психоэмоционального предоперационного напряжения уже стало общепринятым и необходимым. Механизм действия этой группы препаратов обусловлен снижением восприятия болевых импульсов в ЦНС, повышением порога болевой чувствительности с устранением

деструктивного характера боли [15]. В то же время установлено, что применение только наркотических анальгетиков и антигистаминных средств не приводит к снижению тревожности, к уменьшению активации симпатической нервной системы, а наличие негативных эффектов опиоидных анальгетиков вынуждает авторов для поиска препаратов с повышенной респираторной безопасностью [16]. В качестве психотропного средства в премедиацию вводят дроперидол, вызывающий так называемый нейролептический синдром, характеризующийся полным эмоциональным спокойствием, отсутствием активных движений, безразличием к событиям, вегетативной стабилизацией [15]. Как психотропное средство в аспекте премедиации дроперидол значительно уступает диазепаму, так как, несмотря на клинически выраженную транквилизацию и вегетативную стабилизацию, часто вызывает психический дискомфорт, внутреннюю тревогу, раздражительность, плохое настроение, дефицит общения. В связи с изложенным дроперидол не рассматривается как оптимальный психотропный препарат для премедиации.

Бензодиазепиновые транквилизаторы, традиционно применяемые для премедиации, обладают необходимыми качествами для устранения симптомов тревоги, страха, легких депрессивных расстройств, нарушений сна (анксиолитические (лат. *anxius* — тревога и греч. *lysis* — растворение), седативные, снотворные, миорелаксирующие, противосудорожные, вегетостабилизирующие эффекты) [13]. Препараты обеспечивают полноценную блокаду психоэмоциональных стрессовых реакций за счет подавления структур головного мозга, ответственных за регуляцию эмоций [12].

Седативное (успокаивающее) действие связано с действием препаратов на другой тип бензодиазепиновых рецепторов, локализованных в ретикулярной формации ствола головного мозга, неспецифических ядрах таламуса. Этот эффект наиболее выражен у феназепама, диазепамы, лоразепамы, но мало проявляется у мезапамы, мидазолама. Умеренное центральное, миорелаксирующее действие бензодиазепинов является положительным свойством, так как снижает настороженность, тревожность, способствует снятию нервного беспокойства. Миорелаксация хорошо выражена у препаратов диазепамового ряда — сибазона, седуксена [14].

Снотворное действие бензодиазепинов вызывает быстрое наступление сна, увеличивает его продолжительность и удлиняет действие препаратов, угнетающих ЦНС. Наиболее выраженным снотворным эффектом обладают нитразепам, диазепам и феназепам. Такие уникальные свойства делают бензодиазепины ведущим средством премедиации. Однако, как показывает клинический опыт, применение в премедиации одного транквилизатора в качестве основного препарата, блокирующего психоэмоциональное напряжение перед операцией, не всегда оправдано [8].

Применение бензодиазепинов сопровождается восстановлением вегетативного баланса только у больных с низким и средним уровнем личностной тревожности, тогда как у больных с высоким ее уровнем на фоне хронического стресса применение бензодиазепинов нарушает вегетативные механизмы регуляции сердечного ритма, снижает работу сердца из-за истощения симпатической активности [11].

Основной фармакологической проблемой, связанной с применением бензодиазепинов, является их способность вызывать развитие привыкания и синдрома отмены. Кроме того, традиционные дозы бензодиазепинов оказывают либо недостаточное, либо избыточное действие, сопровождающееся угнетением сознания, особенно у пожилых и ослабленных больных, что требует индивидуального подхода к их применению в премедиации [8]. С целью повышения стресс-лимитирующих возможностей премедиации, стабилизации вегетативного гомеостаза рекомендуется применение даларгина, а также фармакологических аналогов тормозных нейротрансмиттеров ЦНС (таукард, фелизон, фенибут).

Индивидуальная премедиация. Индивидуализация премедиации на основе изучения данных психологического тестирования становится перспективным направлением развития анестезиологии, поскольку предоперационные психопатологические состояния в зависимости от типа личности различны по своей структуре, внешним проявлениям и выраженности нарушений. Однако на сегодняшний день отсутствуют комплексные объективные методы обследования женщин с климактерическим синдромом в предоперационном периоде, а

используемые субъективные и клинические критерии не могут точно отражать реакции организма. Для оценки предоперационного эмоционального напряжения часто используют субъективную оценку по специальной градационной шкале, указывающую на выраженность вегетативных реакций, с объективной оценкой с помощью кардиоинтервалографии [7].

Определенную проблему представляет и оценка качества премедикации. Под адекватной премедикацией понимается комплекс лечебно-профилактических мероприятий, нормализующий психоэмоциональный статус, повышающий реактивность и резистентность к предстоящему хирургическому вмешательству [1,13]. Эффективность психотропной терапии оценивают с помощью специальной унифицированной балльной системы оценки действия психотропных средств с одновременным математическим анализом частоты сердечных сокращений, по результатам нингидриновой пробы, при определении количества потоотделения, используя прогностический подход. [11].

С целью определения эффективности премедикации применяют балльную шкалу, метод регистрации кожно-гальванических реакций, измерение объема газообмена перед операцией (при этом повышение газообмена на 10-12% расценивают как признак наличия отрицательного эмоции), путем изменения соматосенсорных и слуховых вызванных потенциалов головного мозга [9], сравнительной оценки интенсивности процессов, изменения уровня кортизола [5], исследования изменений кровообращения, определения перепада температур в полости рта и кожи кисти, соответствующих выраженности эмоциональной реакции [14], внедрены методы сенсометрии и сенсографии, достоверно выявляющие симпатическую активацию, определение катехоламинов, 11- и 17-оксикортикостероидов в сыворотке крови [13], поскольку существует достоверная корреляция между концентрацией катехоламинов в сыворотке крови больных и уровнем тревожности в предоперационном периоде.

Активация гормонального звена симпатической нервной системы вне операционной травмы расценивается как следствие общей неспецифической реакции организма на эмоциональное напряжение перед операцией, полностью купировать которую премедикацией невозможно. Другие исследователи считают гиперкатехолемию перед предстоящей операцией необходимой, способной компенсировать будущие изменения гемодинамики. В то же время исследований, определяющих патологический уровень кортикостероидов в этой ситуации, нет [15].

Таким образом, развитие медицинской науки и операционных технологий требует от современной анестезиологии оптимизации адекватной защиты женщин с климактерическим синдромом уже на этапе премедикации. Решение этой проблемы состоит, исходя из обзора литературы, в нескольких аспектах:

- а) превентивная премедикация, основанная на объективной оценке предоперационного психоэмоционального статуса конкретного больного (в связи с определенным типом психических реакций);
- б) индивидуальный подбор препаратов для премедикации;
- в) разработка и совершенствование имеющихся объективных критериев ее адекватности.
- г) разработка новых препаратов, не отличающихся по эффективности от классических анксиолитиков, но в то же время лишенных их недостатков.

### **Заключение**

Подводя итог обзору литературы, можно сделать следующие выводы. Остается ряд спорных и противоречивых суждений в определении механизмов и закономерностей развития дооперационного психоэмоционального состояния больных с климактерическим синдромом. До сих пор нет единого мнения об объективной оценке предоперационного психоэмоционального состояния гинекологических больных с климактерическим синдромом, а имеющиеся классификации основаны на одном критерии — симптоматике. Хотя среди исследователей существует единое мнение о необходимости индивидуальной (в зависимости от предоперационного психоэмоционального статуса) премедикации, методы оценки ее эффективности крайне противоречивы и трудно поддаются определению, а интерпретация остается спорной. Наличие разнообразных препаратов и их комбинаций с целью премедикации свидетельствует о недостаточной эффективности предоперационной защиты больных. Выявленные проблемы актуальны и являются предметом новых исследований.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Акрамов БР, Шарипов ИЛ. Оптимизация обезболивания при пластических операциях у детей. *Детская хирургия*. 2020;24(1):1–5.
2. Гойибов СС. Оптимизация анестезии у больных пожилого возраста с сахарным диабетом при операциях паховых грыж. *Проблемы науки*. 2022;(5):99–103.
3. Гойибов СС. Оценка эффективности анестезии при операциях репозиции костей носа. *Journal of New Century Innovations*. 2024;54(1):30–33.
4. Матлубов ММ, Семенихин АА, Хамдамова ЭГ. Выбор оптимальной анестезиологической тактики при кесаревом сечении у пациенток с ожирением. *Вестник анестезиологии и реаниматологии*. 2017;(5):42–47.
5. Матлубов ММ, Рахимов АУ, Семенихин АА. Комбинированная спинально-эпидуральная анестезия при абдоминальном родоразрешении. *Анестезиология и реаниматология*. 2010;(6):71–73.
6. Матлубов ММ. Интегральная система многофакторного прогнозирования риска осложнений во время родоразрешения и анестезии у пациенток с ожирением. *Журнал проблемы биологии и медицины*. 2016;3(89):49–53.
7. Матлубов ММ, Хамдамова ЭГ, Бобоев ФА. Оптимизация обезболивания у пожилых больных сопутствующей сердечно-сосудистой патологией при холецистэктомии (обзор литературы). *Достижения науки и образования*. 2020;(4):39–44.
8. Шарипов ИЛ. Оценка сочетанного применения методов экстракорпоральной детоксикации у детей с почечной недостаточностью. *Врач-аспирант*. 2012;54(5.2):332–341.
9. Шарипов ИЛ. Показатели системной гемодинамики при сочетанном применении методов заместительной терапии у детей с почечной недостаточностью. *Medicus*. 2020;(5):13–18.
10. Шарипов ИЛ. Снижение интоксикации сочетанными методами экстракорпоральной детоксикации при почечной недостаточности у детей. *Детская хирургия*. 2014;(1):28–32.
11. Sharipov IL, Yusupov JT, Xolbekov BK. Personalization and preventative premedication: used drugs value and efficiency. *Web of Scientist: International Scientific Research Journal*. 2022;3(2):740–748.
12. Sharipov IL. The use of YeCD in the treatment of acute renal failure and chronic renal failure in children: assessment of its degree of effectiveness. *Medical and Science Journal*. 2012;13:45–50.
13. Sharipov IL, Yusupov JT, Xolbekov BK. Personalization and preventative premedication: used drugs value and efficiency. *Web of Scientist: International Scientific Research Journal*. 2022;3(2):740–748.
14. Xudoyberdiyeva GS, Xoliqova ME. Reduction in the incidence of postoperative cognitive impairment after cesarean section during spinal anesthesia with kvanadex. *Новости образования: исследование в XXI веке*. 2026;4(41):214–220.
15. Sobirovna KG, Sobirjonovna KG. New opportunities in dexmedetomidine acoustic anesthesia. *American Journal of Pedagogical and Educational Research*. 2024;21:21–24.
16. Sobirovna XG, Shuxratovich JS. Bolalarda tug'ma yurak nuqsonlari operatsiyalaridan keyingi kompleks intensiv terapiya samaradorligini oshirish. *Shokh Library*. 2026;1(1):1–6.
17. Khudoyberdiyeva GS, Kasparova GA. Opioid-sparing analgesia and dexmedetomidine sedation during cesarean section under spinal anesthesia. 2026;(1):66–87.
18. Kurbonov NZ. Optimizing anesthesia in simultaneous surgery on abdominal and pelvic organs. *Central Asian Journal of Medicine*. 2025;(9):271–274.
19. Kurbonov NZ, Raxmatov FI, Giyosov N. Optimization of anesthesia during simultaneous operations. *Texas Journal of Medical Science*. 2021;3:52–54.
20. Zayniddinovich KN, Kuilievich PS. Improving the efficiency of anesthetic access during simultaneous abdominal and pelvic surgeries in patients with concomitant arterial hypertension. *IQRO*. 2023;3(1):12–15.
21. Zayniddinovich KN, Kuilievich PS. Optimization of anesthetic support during simultaneous operations on the abdominal and pelvic organs. *Barqarorlik va Yetakchi Tadqiqotlar Onlayn Ilmiy Jurnal*. 2023;3(1):331–334.

Поступила 20.04.2026