



**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОНЛОНГИРОВАННОЙ ПРЕМЕДИКАЦИИ ПРИ  
ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**



**Жониев С.Ш.**

E-mail: [jonievssh@mail.ru](mailto:jonievssh@mail.ru) <https://orcid.org/0000-0002-3409-1022>

*Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан.*

**Аннотация:** *Заболевания щитовидной железы - одно из самых распространенных заболеваний в области эндокринологии. Например, у токсичных и нетоксичных зобов это приводит к дисфункции большинства органов и систем, причем наиболее значительные изменения происходят в системе кровообращения. Однако известно, что использование лекарственной компенсации для этого состояния может быть эффективным не для всех пациентов. В этом случае результат лечения зависит от безопасности пациента во время операции, во многих случаях от методики премедикации. В последние десятилетие возможности премедикации при хирургии щитовидной железы значительно расширились. В статье рассматривается подготовка и проведение премедикации больных с заболеванием щитовидной железы к операции.*

**Ключевые слова:** *щитовидная железа, нетоксичный зоб, модифицированная шкала премедикации, пролонгированная премедикация, стресс протекция, дроперидол и сибазон.*

В настоящее время во всем мире отмечается неуклонный рост числа заболеваний щитовидной железы. Диффузный нетоксический зоб - это наиболее распространенная патология, на долю которой приходится до 60% всех случаев заболевания щитовидной железы. По данным Всемирной Организации Здравоохранения, диффузно - нетоксическим зобом болеет более 20 млн. человек. В основном заболеванию подвержены люди в возрасте 30-50 лет. Меняются функции ЦНС и эндокринной системы, кровообращения и дыхания, печени и почек, иммунитета и метаболизма (А.С. Бунятян, 2009).

Изучение реакции организма на хирургическую травму показало, что кроме обезболивания и миорелаксации, целесообразны угнетение психических реакций, блокада патологических рефлексов, торможение вегетативной нервной системы и эндокринного аппарата, гиперргические реакции, которые сами могут явиться причиной серьезных нарушений в состоянии больных. Такое понимание неполноценности, недостаточности обезболивания стало возможным значительному прорыву в области науки о боли и, прежде всего, благодаря открытию новых трансмиттерных механизмов ноцицепции, находящихся, как известно, за пределами «сферы влияния» опиоидных анальгетиков и большинства средств для общей анестезии (М.Л. Машфорд и соавт., 2014).

Целью нашей работы явилось: оптимизация и повышение эффективности предоперационной подготовки у пациентов с заболеваниями щитовидной железы путем



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

разработки методики пролонгированной премедикации - комплексного применения в предоперационном периоде антистрессовых (сибазона и дроперидола).

**Материалы и методы исследования:** Объектом исследования стала когорта из 156 пациентов с диагнозом "узловые образования щитовидной железы". Проводилась предоперационная подготовка пациентов, анализировались характеристики методов анестезии, используемых препаратов, методики исследования и гемодинамические параметры. Возраст исследуемых варьировал от 22 до 68 лет, 33 мужчины (20,7%) и 123 женщины (79,3%). Распределение пациентов в исследовании по возрасту было следующим: лица в возрасте 21-35 лет составили 19 человек (12,5%); лица в возрасте 36-50 лет составили 83 человека (53,3%); лица старше 50 лет составили 54 человека (34,2%). Диагноз был установлен путем анализа клинико-лабораторных данных, в частности, измерения уровня общего тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3) в сыворотке крови пациентов.

Исходя из поставленных целей и задач настоящего исследования, пациенты были разделены на две группы в зависимости от методов предоперационной подготовки (премедикации) и вида проводимой анестезии. Первая группа (контрольная) состояла из 76 пациентов, которым проводилась стандартная предоперационная подготовка, включающая премедикацию и общую внутривенную анестезию. Вторая группа (основная), состояла из 80 пациентов, которым проводилась предоперационная подготовка с акцентом на провоцирование стресса для организма. В исследование были включены пациенты, которым помимо общей внутривенной и ингаляционной анестезии проводилась длительная премедикация дроперидолом и сибазоном - препаратами, известными своими защитными и адаптогенными свойствами.

Средний объем щитовидной железы в группах достоверно ( $p > 0,5$ ) не отличался. В контрольной группе  $69,3 \pm 5,63$  мл. исследуемой  $66,1 \pm 4,54$  мл. Наиболее часто встречаемая сопутствующая патология: в 96,7 % случаев отмечалось смещение трахеи и пищевода, что подтверждалось клиническими и рентгенологическими методами исследования. Всем пациентам была выполнена субтотальная резекция щитовидной железы по О.В. Николаеву по достижению медикаментозного эутериоза в плановом порядке, в условиях многокомпонентной комбинированной анестезии с тотальной миоплегией и искусственной вентиляцией легких.

Пролонгированная премедикация являлась особенностью предоперационной подготовки основной группы больных. Пациентам этой группы в течение 3 дней до операции в 20.00 часов в/м вводился сибазон 0,2-0,5 мг/кг. В премедикацию, в дополнение к стандартной, в/м за 30-40 минут до операции вводили сибазон в дозе 0,3-0,5 мг/кг и дроперидол 0,05-0,1 мг/кг.

Общеизвестно, что не существует специальных объективных методов анестезиологического обследования больных, позволяющих прогнозировать их индивидуальную реакцию на операционную травму, анестезирующие средства и другие факторы. По этой причине нами проведены комплексные исследования, позволяющие усовершенствовать существующие методы оценки эффективности премедикации, что позволяет в полной мере оценить психоэмоциональное состояние пациентов путем изучения компонентов премедикации. Краткое изложение интегративного теста на тревожность, используемого для первоначального скрининга пациентов:

Анализ имеющейся у больных тревоги определялся с помощью интегративного теста тревожности (ХИТ) (А.П. Бизюк и др., 1997), который позволяет дифференцировать их психоэмоциональное состояние. Этот тест позволяет определить тревожность как непрерывный длительный процесс (личностная тревога) и уровень тревожности, наблюдаемый в определенный момент (ситуационная тревога). Интегративный тест тревожности Ю.Л. Ч.Д. в модификации Ханини. Он основан на опроснике Спилберга и





**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI**  
**JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**  
**2 - TOM, 1 - SON. 2026**  
**14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740**

5	12-14
6	16-18
7	19-22
8	23-26
9	27 и выше

Как видно из этой таблицы, у больного, принимающего 25 станайна, это равно 8, а это говорит о том, что у него высокий уровень тревожности. На основании этих таблиц и анкеты в обследование были включены 156 пациентов.

Несомненно, очень важно оценивать эмоциональное состояние больных, определяя действие препаратов, применяемых для премедикации. Поэтому разработка простых и объективных методов, позволяющих врачам-анестезиологам определять недостаточный эффект премедикации, остается актуальной.

Авторами предложено и применяется на практике несколько методов определения эффекта премедикации. В нашем исследовании уровень седации после премедикации оценивали по шкале Рамзая (М. А. Рамсей, 1974). Был использован улучшенный метод этого шкалы.

Таблица 3

Результаты оценки эффекта премедикации по модифицированной шкале (Жониев С.Ш. и др., 2023)

№	Показатели	Балл
R I	1. Пациент спокоен	0
	2. Тревога	1
	3. Волнение	2
	4. Беспокойство	3
	5. Боязливость	4
R II	1. сознание	0
	2. Реагирует врачу.	1
	3. Ориентация на внешнюю среду сохранена.	2
	4. Больной спокоен, вялый (вялый).	3
	5. Больной спокоен и сонлив.	4
R III	1. Больной сонлив.	0
	2. Он открывает глаза на звук	1
	3. Открывает глаза на тактильные эффекты	2
	4. Быстро сгибает руки и ноги при ударе.	3
	5. Сгибание рук и ног при ударе происходит медленно.	4
R IV	1. Больной сонлив.	2
	2. Реагирует на тактильные впечатления	1
	3. Голос реагирует на впечатление	0
R V	1. Больной сонлив.	2
	2. Медленная реакция на тактильные воздействия.	1
	3. Голос медленно реагирует на впечатления	0
R VI	1. Больной спит.	2
	2. Не реагирует на внешние воздействия	1
	3. Не реагирует на голос	0

Сумма полученных баллов изучалась при использовании шкалы эффективности премедикации индивидуально для каждого пациента.



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Для оценки состояния центральной и периферической гемодинамики изучались следующие показатели: систолическое артериальное давление (АДс, мм.рт.ст.), диастолическое артериальное давление (АДд, мм.рт.ст.), частоту сердечных сокращений (ЧСС, уд/мин) определяли в динамике монитором «ARGUS TM-7» фирмы «SCHILLER». Среднее динамическое артериальное давление (САД, мм.рт.ст.)  $САД = АДд + 1/3 (АДс - АДд)$  (Корячкин А.В. 2007). Исследование показателей гемодинамики проводилось трехкратно: при поступлении, за день до операции и после премедикации.

## Результаты и их обсуждение:

Известно, что в предоперационном периоде, в период ожидания операции у больных наблюдается напряжение симпатoadренальной системы и надпочечников, увеличение частоты сердечных сокращений, артериального давления, периферического сопротивления. Даже если основное заболевание не сопровождается значительными патологическими изменениями в организме больного, ожидание операции и сама анестезия вызывают развитие ряда адаптационно-защитных реакций, которые нередко переходят в патологическое состояние. Психоэмоциональные реакции, в том числе личностная и ситуативная тревожность, можно рассматривать как личностный характер человека, но это состояние определяет не только поведение человека, но и функциональное состояние его организма, возбуждение в нем систем (в частности, вегетативная нервная система, кровообращение и др.), последовательность и обеспечение в оптимизированном состоянии, что в конечном итоге может стать решающим фактором в использовании адекватного анестезиологического пособия.

Адекватная премедикация способна нивелировать эти изменения (И.П. Назаров, 2015). Для определения эффекта премедикации у больных мы использовали усовершенствованную шкалу (DGU 32003 Жониев С.Ш. и др., 2023).

Первоначально пациентам был проведен интегративный тест тревожности (ИТТ). Пациенты, прошедшие этот тест, набрали по нему балл  $7,39 \pm 0,78$ . И это относится к группе пациентов с высшей эмоциональной тревожностью III категории.

Все эти больные были депрессивны, вялы, беспокоились обо всем, их эмоциональный фон в период госпитализации был ослаблен, больные постоянно чувствовали непонятную, трудно прогнозируемую опасность, иногда отмечались признаки дисфории. При обследовании наблюдалось значительное снижение, хотя личностная тревожность и беспокойство у пациентов сохранялись. Ниже представлены результаты анализа эффекта премедикации у пациентов. Исследование проведено у 156 пациентов, результаты представлены в таблицах.

## Результаты оценки эффекта премедикации у больных контрольной группы по усовершенствованной шкале (Жониев С.Ш. и др., 2023)

После ИИТ у пациентов во всех группах исходная ситуативная тревога соответствовала личностной тревоге, повышение личностной тревожности приводило к усилению ситуационной тревожности, что можно было объяснить предоперационным стрессом. После того, как фармакологический эффект препаратов, применяемых при стандартной премедикации, у больных достиг максимального уровня (через 30-40 минут после премедикации), при анализе эффекта премедикации были получены следующие результаты 3.1. представлены в таблице и на рисунке 3.1.

Таблица 4.

Результаты оценки эффекта премедикации у больных контрольной группы по усовершенствованной шкале (Жониев С.Ш. и др., 2023)

№	Показатели	Балл
R <sub>I</sub>	1. Пациент в сознание	11 пациентов (14,5%)
	2. Тревога	8 пациентов (10,5%)
	3. Волнение	1 пациент (1,3%)



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI**  
**JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

**2 - TOM, 1 - SON. 2026**

**14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740**

	4. Беспокойство	12 пациентов (15,8%)
	5. Боязливость	14 пациентов (18,4%)
R II	1. Сознание остался (сонным)	2 пациента (2,6%)
	2. Больной сонлив, но контактирует с врачом.	3 пациента (3,9%)
	3. Ориентация на внешнюю среду сохранена.	4 пациента (5,3%)
	4. Больной спокоен, вялый (вялый).	7 пациентов (9,2%)
	5. Больной спокоен и сонлив.	3 пациента (3,9%)
R III	1. Больной сонлив.	4 пациента (5,5%)
	2. Он открывает глаза на звук	2 пациента (2,6%)
	3. Открывает глаза на тактильные эффекты	1 пациент (1,3%)
	4. Быстро сгибает руки и ноги при ударе.	2 пациента (2,6%)
	5. Сгибание рук и ног при ударе происходит медленно.	2 пациента (2,6%)
R IV	1. Больной сонлив.	0 %
	2. Реагирует на тактильные впечатления	0 %
	3. Голос реагирует на впечатление	0 %
R V	1. Больной сонлив.	0%
	2. Медленная реакция на тактильные воздействия.	0%
	3. Голос медленно реагирует на впечатления	0 %
R VI	1. Больной спит.	0 %
	2. Не реагирует на внешние воздействия	0%
	3. Не реагирует на голос	0 %

Анализ эффекта премедикации в контрольной группе показал, что у 11 (14,5%) больных присутствовал P I -1 «удовлетворенность пациентов». Такая ситуация свидетельствует о том, что у больного повышена тревожность в связи с предстоящей операцией и что эффект от использованной премедикации оказался недостаточным. В связи с тем, что ситуативная тревожность этой категории больных при поступлении в стационар высока и адаптационные возможности их организма максимально мобилизованы, подход операционного процесса может ограничить эту возможность и довести больных до предела эмоционального возбуждения. беспокойство. Выполнено 8 (10,5%) больных с P1-2 «Тревожность», 1 (1,3%) больных с P1-3 «Волнение», 12 (15,8) больных с P1-4 «Беспокойство», P1-5 «Больные с застенчивостью». до 14 (18,4%). Это можно объяснить постоянным эмоциональным дискомфортом пациента, страхом и тревогой.

R II-1 «больные с сохраненным настроением (сонливость) 2 (26%), R II -2 «больной сонный, но общается с врачом 3 (3,9%), больные R II -3 «сохранил ориентацию во внешнюю среду» 4 (5,3%), больные R II -4 «пациент спокоен, вялый» 7 (9,2%), больные R II -2 «больной спокоен, сонлив» 3 (3,9%) организованы. Эмоциональный дискомфорт у этих больных неспецифичен и развивается вследствие общей тревожности.

Но в контрольной группе наблюдалась и группа пациентов с положительным эффектом от премедикации. R II -1 «пациент сонный» 4 (5,5%), R II -2 «пациент сонный, открывает глаза на звук» 2 (2,6%), P R II -3 «открывает глаза на тактильное воздействие 1 (1, 3%), организовались больные с R II -4 «быстрое сгибание рук и ног для удара» 2 (2,6%) и больные с



РШ-5 «медленное сгибание рук и ног для удара» 2 (2,6%). Это свидетельствует о том, что эмоционально-адаптационное состояние больных индивидуально.

Наши исследования показали, что исходные показатели центральной гемодинамики у больных в обеих группах достоверно не отличались друг от друга (таб. 5). Проводя этапное наблюдение за изменениями центральной гемодинамики, мы обнаружили, что у пациентов контрольной группы уже на предоперационном этапе, до начала индукции в анестезию, отмечается достоверное повышение АДс, АДд, САД и ЧСС ( $p < 0,05$ ) по сравнению с исходными показателями. Так, после выполнения премедикации, у пациентов контрольной группы отмечается достоверное повышение АДс на 4,8% ( $p < 0,001$ ), АДд на 6,9% ( $p < 0,001$ ), САД на 5,5% ( $p < 0,01$ ), ЧСС на 4,4% ( $p < 0,05$ ) относительно исходных значений (таб. 6.). Число сеердечных сокращений, среднее артериальное давление в течении трех дней до операции было стабильно повышенным и несмотря на проводимую традиционную гипотензивную терапию тенденции к снижению не наблюдалось. Примечательно и то, что несмотря на проведенную традиционную премедикацию число сеердечных сокращений было повышенным по сравнению с предыдущими днями.

Таблица 5.

АДс, АДд, САД, ЧСС у пациентов контрольной группы на основных этапах периоперационного периода ( $M \pm m, p$ ), ( $n=76$ )

Этапы исследований	Контрольная группа			
	АДс, мм.рт.ст.	АДд, мм.рт.ст.	САД, мм.рт.ст.	ЧСС уд/мин
1. При поступлении	128,3 ± 1,66	78,6 ± 1,03	95,6 ± 1,02	79,8 ± 1,03
2. За день до операции	130,9 ± 1,34 $p > 0,05$ $p1 > 0,05$	83,1 ± 0,94 $p < 0,05$ $p1 > 0,05$	99,1 ± 1,03 $p < 0,05$ $p1 > 0,1$	82,5 ± 0,81 $p < 0,05$ $p1 > 0,5$
5. Премедикация	134,5 ± 1,35 $p < 0,001$ $p1 < 0,05$	84,1 ± 0,86 $p < 0,001$ $p1 > 0,2$	100,9 ± 0,98 $p < 0,01$ $p1 > 0,1$	83,3 ± 0,76 $p < 0,05$ $p1 > 0,3$

Примечание:  $p$  - по сравнению с первым этапом

$p1$  - по сравнению с предыдущим этапом

Обращает на себя внимание и тот факт, что у 4 пациентов контрольной группы с исходной артериальной гипертензией, плановое оперативное вмешательство пришлось отменить в связи с высокими цифрами артериального давления, (выше 180/100 мм.рт.ст.) в день операции, несмотря на постоянный прием гипотензивных препаратов в предоперационном периоде, что по нашему мнению безусловно связано с психо - эмоциональной реакцией пациента на ожидание операции и наркоза.

Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что у больных контрольной группы наблюдаются значимые изменения артериального давления и ЧСС, которые являются следствием воздействия на организм пациента стрессовых и иных неблагоприятных факторов, действующих на организм пациента в периоперационном периоде. Данные нарушения не блокируются полностью премедикацией, анестезией, инфузионной терапией и усиливаются под влиянием оперативного вмешательства. Анализ показателей центральной гемодинамики у пациентов исследуемой группы показал, что в предоперационном периоде, на первых трех этапах исследования (при поступлении, за 1 день до операции, премедикация), на фоне применения сибазона и дроперидола отмечается планомерное снижение АДс, АДд, САД, ЧСС по сравнению с исходными показателями, но в пределах физиологической нормы. За 1 дня до операции регистрировалось достоверное снижение АДс на 4,2% ( $p < 0,005$ ), АДд на 4,3%



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

( $p < 0,01$ ), САД на 4,2% ( $p < 0,01$ ), ЧСС на 3,9%. ( $p < 0,05$ ) по сравнению с первым этапом. После выполнения премедикации АДс ниже исходных цифр на 3,4% ( $p < 0,01$ ), АДд на 5,3% ( $p < 0,001$ ), САД на 4,5% ( $p < 0,001$ ), ЧСС на 4,6% ( $p < 0,05$ ). Данные изменения показателей центральной гемодинамики положительны и обусловлены стабилизацией нейровегетативной системы на фоне применения сибазона и дроперидола, так как само поступление в стационар для большинства пациентов уже является стрессовой ситуацией (таб. 6.).

**Таблица 6.**

**АДс, АДд, САД, ЧСС у пациентов исследуемой группы на основных этапах периоперационного периода ( $M \pm m, p$ ), ( $n=80$ )**

Этапы исследований	Исследуемая группа			
	АДс, мм.рт.ст.	АДд, мм.рт.ст.	САД, мм.рт.ст.	ЧСС уд/мин
1. При поступлении	$130,4 \pm 1,26$ $p_2 > 0,1$	$78,7 \pm 0,82$ $p_2 > 0,5$	$95,9 \pm 0,93$ $p_2 > 0,5$	$79,4 \pm 1,06$ $p_2 > 0,5$
2. За 1 дня до операции	$127,3 \pm 1,18$ $p > 0,05$ $p_2 > 0,5$	$77,2 \pm 0,61$ $p > 0,05$ $p_2 > 0,1$	$93,9 \pm 0,74$ $p > 0,05$ $p_2 > 0,4$	$78,0 \pm 0,82$ $p > 0,05$ $p_2 < 0,01$
3. Премедикация	$126,0 \pm 0,75$ $p < 0,01$ $p_1 > 0,5$ $p_2 < 0,001$	$74,7 \pm 0,52$ $p < 0,001$ $p_1 > 0,5$ $p_2 < 0,001$	$91,8 \pm 0,51$ $p < 0,001$ $p_1 > 0,5$ $p_2 < 0,001$	$75,9 \pm 0,58$ $p < 0,05$ $p_1 > 0,2$ $p_2 < 0,001$

Примечание:  $p$  - по сравнению с первым этапом

$p_1$  - по сравнению с предыдущим этапом

$p_2$  - по сравнению с аналогичным этапом контрольной группы

При анализе уровня предоперационной седации было выявлено, что у 80% пациентов контрольной группы эффект премедикации неудовлетворительный, он выражался в эмоциональном напряжении тревожности, беспокойстве, страхе пациентов перед операцией. В исследуемой группе уровень предоперационной седации в 100 % случаев был адекватным. Применение сибазона и дроперидола в течение трех дней до операции и включение данных препаратов как компонентов премедикации позволило усилить седативный эффект премедикации, стабилизировать психоэмоциональный фон пациентов, предупредить неблагоприятные реакции со стороны сердечно-сосудистой системы.

На основании результатов исследования установлено, что предлагаемые методы стресс протекторной и адаптогенной защиты сибазоном и дроперидолом способствуют улучшению центральной и периферической гемодинамики, являются эффективными в предупреждении гиперэргической реакции гипофиза, надпочечников и поджелудочной железы. Применение сибазона и дроперидола позволило усилить седативный эффект премедикации, стабилизировать психоэмоциональный фон пациентов, предупредить неблагоприятные реакции со стороны сердечно-сосудистой системы в предоперационном периоде. Предлагаемая методика стресс протекторной и адаптогенной терапии – пролонгированной премедикации - (сибазоном и дроперидолом) позволила избежать эпизодов гипертензии и тахикардии при ларингоскопии, интубации на травматичных этапах операции.

Таким образом, на основании проведенных исследований можно сделать следующие

#### **ВЫВОДЫ:**

1. В периоперационном периоде у больных, оперируемых по поводу заболеваний щитовидной железы, возникают нежелательные гемодинамические, вегетативные и нейроэндокринные



# TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

2 - TOM, 1 - SON. 2026

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

реакции организма, которые отрицательно влияют на течение периоперационного периода и анестезиологического пособия.

2. Применение сибазона и дроперидола у больных, оперируемых по поводу заболеваний щитовидной железы, способствует снижению эмоционального напряжения, тревожности, беспокойства, обеспечивая адекватный уровень предоперационной седации. Позволяет дифференцированно подойти к введению гипнотиков и наркотических анальгетиков, минимизировать их негативные эффекты и дозы.

## Литература:

1. Балаболкин М.И., Клебанова Е.М., Креминская В.М. Фундаментальная и клиническая тиреоидология (руководство). — М.: Медицина, 2007. — 816 с.
2. Бабажанов А.С., Жониев С.Ш. Предоперационная подготовка при патологии щитовидной железы// Анестезиология и реаниматология. 2015. №4(S). С. 46-47
3. Дедов И.И., Балаболкин М.И., Марова Е.И. Болезни органов эндокринной системы. — М.: Медицина, 2006. 257 с.
4. Гозибеков Ж.И., Зайниев Ф.И. Результаты хирургического лечения больных узловым зобом// Вопросы науки и образования. 2019. №1. С12
5. Жониев С.Ш., Рахимов А.У., Бабажанов А.С. Значение биохимических показателей при предоперационной подготовки больных узловым зобом// Science and world. 2013. №10. С.136
6. Жониев С.Ш. Значение и сравнительная характеристика некоторых кардиальных симптомов у больных с патологией щитовидной железы в предоперационном периоде// Анестезиология и реаниматология. 2015. №4(S). С. 47-48
7. Жониев С.Ш. Улучшение результатов предоперационной подготовки с применением глюкокортикостероидных препаратов у больных узловым зобом// Анестезиология и реаниматология. 2015. №4(S). С. 46-48
8. Жониев С.Ш., Бабажанов А.С., Хушнаев С., Султанова С. Улучшение методов предоперационной подготовки и анестезии в периоперационном периоде заболеваний щитовидной железы// European research. 2018. №5. С.139-142
9. Жониев С.Ш., Рахимов А.У. Стресспротекторная терапия как метод пролонгированной премедикации при хирургических вмешательствах// Анестезиология и реаниматология. 2015. №4(S). С. 44-46
10. Исмаилов С.И., Алимджанов Н.А., Рашидов М.М, Каримова М, Каюмова Н.Л., Бабаханов Б.Х. Оценка эффективности хирургического метода лечения узлового зоба // Проблемы биологии и медицины. 2007. №1 (47). С.26-30.
11. Рахимов А.У., Жониев С.Ш. Особенности предоперационной подготовки больных с диффузным токсическим зобом при сопутствующей артериальной гипертензии// Анестезиология и реаниматология. 2015. №4(S). С. 106-107
12. Рахимов А.У., Жониев С.Ш. Оценка эффективности премедикации у больных с патологией щитовидной железы в предоперационном периоде// Анестезиология и реаниматология. 2015. №4(S). С. 45-46
13. Aghajanian G. Tolerance of locus coeruleus neurones to morphine and suppression of withdrawal responses to clonidine // Nature. –2013. –№ 27. –186 p.
14. Aho M., Lehtinen A.M., Laatikainen T. Effects of intramuscular clonidine on hemodynamic and plasma beta-endorphin responses to gynecologic laparoscopy // Anesthesiology. – 2010. –№ 72 (5). –P. 797-802.



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI**  
**JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

**2 - TOM, 1 - SON. 2026**

**14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740**

15. Ambrose C., Sale S., Howells R. et al. Intravenous clonidine infusion in critically ill children: dose-dependent sedative effects and cardiovascular stability // Br. J. Anaesth. – 2012. – № 84. (6). – P. 794-796.
16. Bonica J.J. Anatomic and physiologic basis of nociception and pain // The Management of Pain. – Philadelphia, 2010. – 28 p.
17. Bergendahl H.T., Eksbord S., Kogner P. Neuropeptide Y response to tracheal intubation in anaesthetized children: effects of clonidine vs midazolam as premedication // Br. J. Anaesth. – 2014. – №82 (3). – P. 391-394.
18. Dunn A.J., Berridge C.W. Is Corticotropin - releasing factor a mediator of stress responses // Ann N. Y. Acad. Sci. – 2010. – № 579. – 183 p.
19. Eberhart L.H., Novatchkov N., Schricker N. Clonidine compared to midazolam for intravenous premedication for ambulatory procedures. A controlled double blind study in ASA 1 patients // Anesth. Int. – Notfallmed (Schmerzther). – 2012. – № 35. (6). – P. 388-393.
20. Lange M.P., Dahn M.S., Jacobs L.A. The significance of hyperglycemia after injury // Heart Lung. – 2015. – № 14. – 470 p.
21. Wihmore D.W. Catabolic illness. Strategies for enhancing recovery // N. Engi. J. Med. – 2013. – № 325. – 695 p.

