



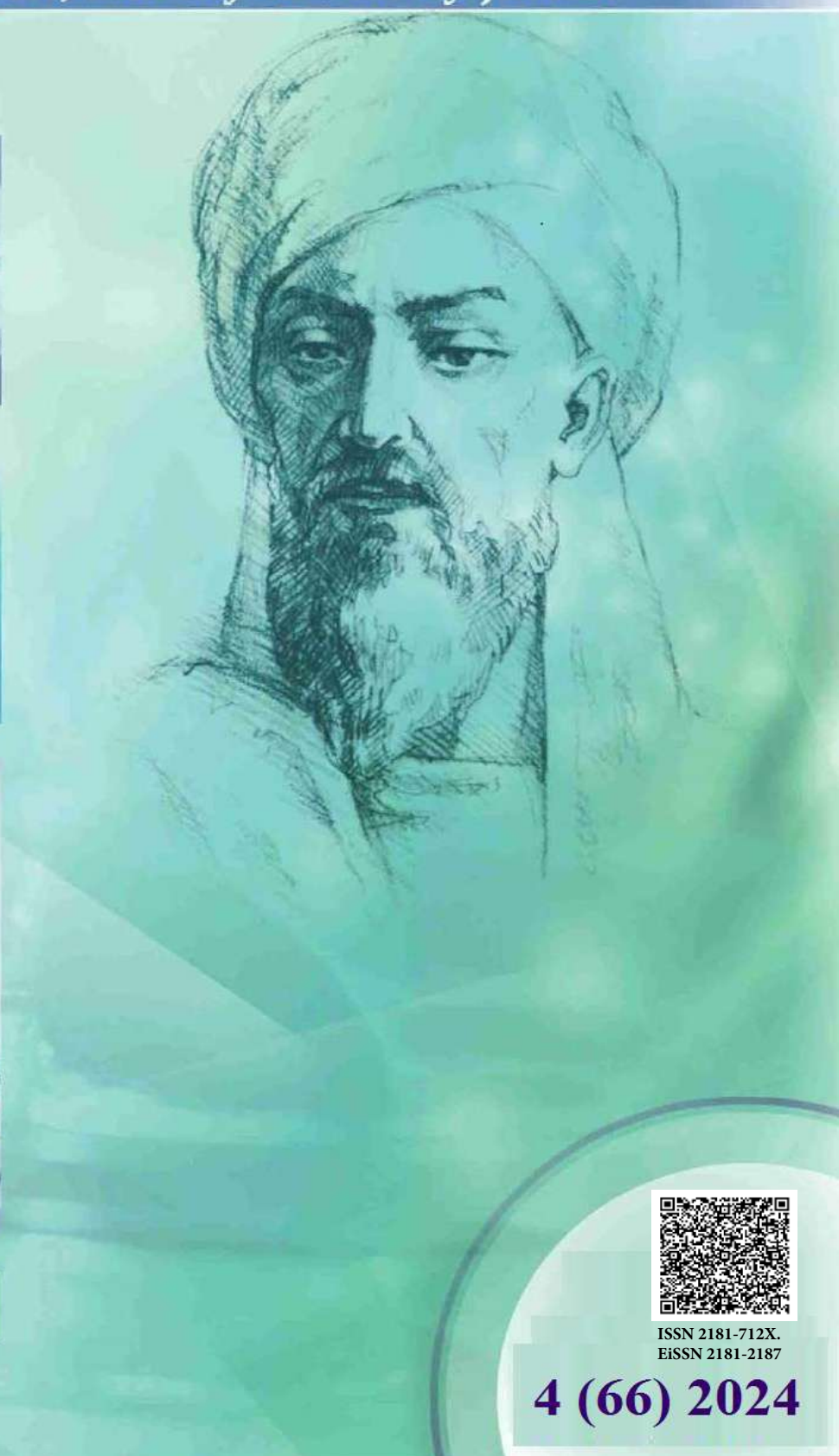
**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# **TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN**

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**4 (66) 2024**

## **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  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЪЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
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  
Д.А. ХАСАНОВА  
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)  
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)

**4 (66)**

**2024**

*апрель*

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com> E:

[ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2024, Accepted: 10.04.2024, Published: 15.04.2024

УДК 618.291.618.3-06

## ПОСТНАТАЛЬНЫЙ АДАПТАЦИОННЫЙ ПЕРИОД НОВОРОЖДЕННЫХ, РОДИВШИХСЯ ОТ МАТЕРЕЙ С ПРЕЭКЛАМПСИЕЙ В УСЛОВИЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СЕДАТИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Матлубов Мансур Муратович <https://orcid.org/0000-0001-8596-1430>  
Худойбердиева Гулрух Собиржоновна <https://orcid.org/0009-0002-7385-363X>

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

### ✓ Резюме

*Гипертензивные нарушения в период беременности - это серьезная проблема, которая может привести к различным осложнениям для матери и плода такие как преждевременные роды, задержка роста и развития плода, плацентарную недостаточность, эклампсию и даже гибель матери или ребенка. В связи с тем, что во время преэклампсии ведущими клиническими проявлениями являются формирование артериальной гипертензии, отеочно-протеинурического синдрома, тотального спазма периферических сосудов, приводящих в конечном итоге к грубым нарушениям основных систем жизнеобеспечения. По мере увеличения сроков гестации происходит ряд патологических изменений со стороны кардиореспираторной системы, вплоть до развития сердечной недостаточности. Поэтому разработка анестезиологических протоколов и руководств, специально адаптированных для этой группы пациентов, очень важна для предотвращения негативных последствий.*

*Ключевые слова:* беременные, преэклампсия, артериальная гипертензия, отеки, протеинурия, седация.

## POSTNATAL ADAPTATION PERIOD OF NEWBORNS WHO ARE BORN TO MOTHERS WITH PRE-ECLAMPSIA USING VARIOUS SEDATIVES

Matlubov Mansur Muratovich <https://orcid.org/0000-0001-8596-1430>  
Khudoyberdieva Gulrukh Sobirjonovna <https://orcid.org/0009-0002-7385-363X>

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

### ✓ Resume

*Hypertensive disorders during pregnancy is a serious problem that can lead to various complications for the mother and fetus such as premature delivery, delayed growth and development of the fetus, placental insufficiency, eclampsia and even death of the mother or child. Due to the fact that during pre-eclampsia leading clinical manifestations are the formation of arterial hypertension, edema-proteinuric syndrome, total spasm of the peripheral vessels, leading eventually to gross violations of major life support systems. As the gestational age increases, a number of pathological changes occur in the cardiorespiratory system, up to the development of heart failure. Therefore, the development of anesthetic protocols and guidelines specifically adapted to this group of patients is very important to prevent adverse effects.*

*Key words:* pregnant women, preeclampsia, arterial hypertension, edema, proteinuria, sedation.

## TURLI SEDATIV DORILAR TA`SIRIDA PRIEKLAMPSYASI BOR BO`LGAN AYOLLARDAN TUG`ILGAN CHAQALOQLARNING POSTNATAL ADAPTATSYASI

Matlubov Mansur Muratovich <https://orcid.org/0000-0001-8596-1430>  
Xudoyberdieva Gulrukh Sobirjonovna <https://orcid.org/0009-0002-7385-363X>

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



## ✓ Rezyume

*Homiladorlik davridagi gipertenziv kasalliklar ona va homila uchun erta tug'ilish, o'sish va homila rivojlanishining kechikishi, platsenta yetishmovchiligi, eklampsiya va hatto ona yoki bolaning o'limi kabi turli xil asoratlarni keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan jiddiy muammodir. Prieklampsiya paytida asosiy klinik ko'rinishlar arterial gipertenziya, shish-proteinurik sindrom, periferik tomirlarning umumiy spazmining shakllanishi bo'lib, natijada hayotni qo'llab-quvvatlashning asosiy tizimlarining buzilishiga olib keladi. Homiladorlik davri oshgani sayin, yurak yetishmovchiligining rivojlanishiga qadar kardiorespirator tizimda bir qator patologik o'zgarishlar sodir bo'ladi. Shu sababli, ushbu bemorlar guruhi uchun maxsus moslashtirilgan anestetik protokollar va ko'rsatmalarni ishlab chiqish salbiy oqibatlarining oldini olish uchun juda muhim bo'lib hisoblanadi.*

*Kalit so'zlar: homilador ayollar, prieklampsiya, arterial gipertenziya, shish, proteinuriya, sedatsiya.*

## Актуальность

Отличительной чертой современного акушерства является неуклонный рост оперативного родоразрешения с целью улучшения исходов беременности как для матери, так и для новорожденного. Преэклампсия осложняет до 8% беременностей и является лидирующей причиной материнской и перинатальной заболеваемости и смертности во всем мире [1]. В этих условиях большое значение приобретает выбор анестезиологического пособия. К анестезиологическому пособию в акушерстве предъявляются особые требования: необходимо обеспечить защиту организма роженицы от операционной травмы и в то же время не допустить отрицательного воздействия на плод, максимально сохранить его адаптивно-регуляторные механизмы, ответственные за постнатальную адаптацию [2]. Известно, что ведущими клиническими проявлениями преэклампсии являются формирование артериальной гипертензии, отеочно-протеинурического синдрома, тотального спазма периферических сосудов приводящих в конечном итоге к грубым нарушениям основных систем жизнеобеспечения.

**Цель исследования:** Изучить в сравнительном аспекте особенности течения постнатального периода адаптации новорожденных, рожденных от женщин с преэклампсией в условиях использования различных седативных препаратов при кесаревом сечении и спинальной анестезии.

## Материал и методы

Проведено проспективное сравнительное рандомизированное продольное исследование в областном перинатальном центре г. Самарканда. В исследование включены 40 новорожденных детей, рожденных от беременных женщин с преэклампсией средней степени тяжести, родоразрешенных путем операции кесарева сечения в плановом порядке. Критерием исключения являлись: отказ от участия в исследовании, многоплодная беременность, сопутствующая патология в стадии обострения или декомпенсации, наличие противопоказаний к спинальной анестезии.

Диагноз преэклампсии средней степени тяжести устанавливали при наличии артериальной гипертензии — (АД)  $\geq 140/90$  мм рт.ст. в сочетании с другими неблагоприятными состояниями: протеинурией  $\geq 3$  г/л; повышением уровня креатинина; олигурией; тромбоцитопенией; повышением уровня аланинаминотрансферазы (АлАТ), аспартатаминотрансферазы (АсАТ); болью в эпигастрии, правом подреберье; задержкой внутриутробного развития плода [4]. Всем беременным проводили исходно магнезиальную, антигипертензивную терапию, профилактику синдрома дыхательных расстройств плода [5]. Пациентки представленных групп не имели различий по сроку родоразрешения, данным акушерского анамнеза, наличию хронической фетоплацентарной недостаточности (ХФПН), НМПК, по возрасту, антропометрическим данным, деталям операции, времени извлечения плода. Для премедикации всем женщинам использовали димедрол (0,2 мг/кг) и атропин 0,5мг. В зависимости от использованного способа анестезиологического пособия матерям все новорожденные были разделены на 2 группы. В I-ой группе новорожденных (n = 22) матерям выполняли седацию кетамин (1мг/кг). Пункция субарахноидального пространства выполнялась на уровне L<sub>II</sub>–L<sub>IV</sub> иглами типа Pencil-Point G 25–26 в положении на боку. Медленно (в течение 1 мин) вводился гипербарический раствор 0,5% раствора бупивакаина (Лонгокаин-Хеви Юрия-Фарм (Украина)) с плотностью раствора 1,026. Доза анестетика для СА рассчитывалась в соответствии с предложенной дозировкой женщинам обеих групп [3]. Во II-ой (n = 18) группе новорожденных матерям начиная с момента премедикации в качестве седативного препарата внутривенно вводили 0,5 мкг/кг дексметомидин в течение 15 мин, поддерживающая доза которой составила 0,5–0,8 мкг/кг/ч на протяжении всей операции до ее окончания. Техника и препараты для спинальной анестезии проводилась как в предыдущей I-ой группе женщин. Для оценки новорожденных использовали шкалу Апгар на 1 и 5 минуте жизни и шкалу NACS через 1 час и 24 часа после



рождения. Течение ранней постнатальной адаптации новорожденных оценивали с помощью кардиоинтервалографии непосредственно после рождения и через 24 часа. Проводя математический анализ сердечного ритма новорожденных, кроме общепринятых показателей – Мо, АМо, ΔХ, ИН, вычисляли коэффициент фармакологической дискоординации (КФД). Адаптацию оценивали, используя классификацию Р.М. Баевского, согласно которой выделили 4 ее уровня: удовлетворительная, неудовлетворительная, напряжение и срыв. Также изучали морфометрические параметры, степень асфиксии и потребность в реанимационных мероприятиях, наличие синдрома задержки роста плода (СЗРП). Изучали также концентрацию глюкозы и суммарного кортизола в пуповинной крови новорожденных (радиоиммунный метод). Статистический анализ полученных данных выполнен с помощью пакета прикладных программ Statistica 7.0 («StatSoft Inc.», США). Качественные признаки описаны простым указанием количества и доли в процентах для каждой категории. Все количественные признаки тестированы на соответствие их нормальному распределению с использованием критерия Колмогорова—Смирнова. Различия между сравниваемыми величинами признавали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

### Результат и обсуждение

Дети, рожденные от матерей обеих групп, по гестационному возрасту, параметрам физического развития, частоте развития СЗРП не имели статистически значимых различий. Следует отметить высокий удельный вес недоношенных детей: 82,8% у матерей 1-й группы и 89,3% новорожденных у матерей 2-й группы имели срок гестации менее 37 нед, в среднем 32—33 нед. Более 60% детей имели СЗРП с одинаковой частотой в обеих группах ( $p=0,25$ )

У новорожденных сравниваемых групп менее 7 баллов по шкале Апгар при рождении имели 45,5% детей, родившихся у пациенток 1-й группы, и 16,7% — 2-й группы ( $p=0,32$ ). Вероятность рождения детей с низкой оценкой по шкале Апгар (менее 7 баллов) от матерей с преэклампсией выше у матерей 1-й группы, чем у матерей 2-й группы без статистически значимого различия. Асфиксия умеренной и средней степени тяжести (оценка по шкале Апгар на 1-й минуте 4—7 баллов) отмечена у 77,3% детей, рожденных от матерей 1-й группы в условиях СА седация с кетаминном, и у 9 (50%) — 2-й группы в условиях СА седация с дексметомидином (см. табл. 1).

В опубликованных нами ранее результатах исследований показано, что абдоминальное родоразрешение пациенток с преэклампсией в условиях использования дексметомидина сопровождалось большей гемодинамической стабильностью, чем в условиях использования кетамина на всех этапах операции, особенно на перинатальном этапе (до извлечения плода).

**Таблица 1. Клиническая характеристика детей при рождении**

Показатель	1-я группа (n=22)	2-я группа (n=18)	P
Гестационный возраст, нед	33 (31; 35)	32 (31; 34)	0,24
Масса тела при рождении, г	1787,27±86,13	1808,06±10,51	0,83
Масса <2500 г	18	12	0,64
Масса <1500 г	3	2	0,17
Длина тела при рождении, см	41,66±0,66	40,37±0,27	0,44
СЗРП всего, абс., %	13	10	1,2
Асфиксия умеренной и средней степени (P21.1)	17	9	0,6
Асфиксия тяжелой степени (P21.0)	4	1	0,4
Потребность в респираторной поддержке, всего	14	6	1,6
Потребность в масочной вентиляции	10	4	0,84
Потребность в инвазивной ИВЛ	4	2	0,5

**Таблица 2.**

**Сравнительный анализ оценок по шкале Апгар**

Сравнительный анализ оценок по шкале Апгар			
Показатель	1-я группа (n=22)	2-я группа (n=18)	P
<i>Оценка по шкале Апгар, баллы, Me [QI; QIII]</i>			
на 1-й минуте	5 [4; 6] **	7 [7; 8] **	<b>0,32</b>
на 5-й минуте	6[5; 7]	8 [8; 9] **	
<b><u>Число новорожденных с оценкой по шкале Апгар ≥ 7 баллов, абс. (%)</u></b>			
на 1-й минуте жизни	12 (54,5)	15 (83,3)	<b>0,32</b>
на 5-й минуте жизни	20 (80)	18 (100)	

Примечание. \* – сравнение показателей 1-й и 2-й групп;

Параметры характеризующие вегетативную регуляцию сердечного ритма представлены нами в 3 таблице.

**Таблица 3. Сравнительные показатели кардиоинтервалографии у новорожденных через 2 часа после рождения и через 24 часа после рождения**

Показатели КИГ	I – группа (n=22)		II – группа (n=18)		P
	через 2 часа после рождения	через 24 часа после рождения	через 2 часа после рождения	через 24 часа после рождения	
Вариационный размах, ΔX, сек	0,084±0,004	0,087±0,002	0,088±0,015	0,094±0,006*Δ	0,05
Мода, Мо, сек.	0,30±0,005	0,41±0,006*Δ	0,39±0,006	0,46±0,006*Δ	0,05
Амплитуда моды, АМо, %	22,06±1,4	44,46±1,04*Δ	25,09±0,98	41,8±1,3*Δ	0,05
Индекс напряжения, ИН, усл.ед.	323,6±26,34	1252,2±45,0*Δ	442,77±94,5	889,8±31,6*Δ	0,05
КФД, усл.ед.	5,18±0,16	8,8±0,21*Δ	5,11±0,12	8,6±0,14*Δ	

**Примечание:** \* - статистически достоверные различия ( $p < 0,05$ ) между 1-й и 2-й группами; Δ - статистически достоверные различия ( $p < 0,05$ ) относительно предыдущего этапа исследования.

Как видно параметры характеризующие вегетативную регуляцию сердечного ритма через 2 часа после рождения у новорожденных извлеченных в условиях использования кетамина (1-я группа) показала достоверно более выраженную, чем у детей 2-ой группы, активизацию парасимпатических влияний ( $\Delta X - 0,084 \pm 0,004$  с;  $p < 0,05$ ), активность симпатического звена регуляции (АМо –  $22,06 \pm 1,4$ ;  $p < 0,05$ ), степень напряженности регуляции сердечного ритма (ИН –  $323,6 \pm 26,34$  усл.ед;  $p < 0,05$ ), а также преобладание внутрисистемного контура регуляции сердечным ритмом над автономным, что наглядно демонстрировало незначительную медикаментозную нагрузку, более частое нарушение восстановления самостоятельного дыхания, необходимость в экстренной санации верхних дыхательных путей (см. табл 3). Между тем, у новорожденных 2-ой группы мало чем отличались от таковых у детей рожденных через естественные родовые пути. Отличие заключалось в достоверно более выраженной активности гуморального канала вегетативной регуляции (Мо –  $0,39 \pm 0,006$  с) и меньшей степени напряжения регуляторных систем сердечного ритма (ИН –  $442,77 \pm 94,5$  усл.ед). При этом, у них полностью сохранялось равновесие между симпатическим и парасимпатическим отделами ВНС. Отмечалось умеренное функциональное напряжение как внутрисистемного, так и автономного контуров регуляции сердечного ритма. КФД у детей 1-ой и 2-ой группы составил  $5,18 \pm 0,16$  и  $5,11 \pm 0,12$  усл.ед, что наглядно характеризовало минимальную медикаментозную нагрузку в обеих группах.

Через 24 часа после рождения у детей 1-ой группы еще сохранялось преобладание в вегетативном равновесии тонуса его симпатического отдела (ИН –  $1252,2 \pm 45,0$  усл.ед;  $p < 0,05$ ) с параллельным и достоверным усилением парасимпатических влияний (Мо –  $0,41 \pm 0,006$  с,  $\Delta X - 0,087 \pm 0,002$  с ( $p < 0,05$ )). Однако, полностью восстанавливалось физиологическое равновесие между симпатическими и парасимпатическими отделами ВНС, а также внутрисистемным и автономным контурами регуляции сердечного ритма в течение 72 часов.

Через 24 часа после рождения у детей 2-ой группы регистрировали достоверное снижение симпатических влияний и восстановления равновесия между симпатическим и парасимпатическим отделом ВНС (см.табл 3.). При этом достоверных различий в изучаемых показателях кардиоинтервалографии у детей 2-ой группы нами не зарегистрировано. Абсолютные величины ИН не выходили за границы «стресс-нормы». При этом отмечалось достоверное различие в изучаемых показателях кардиоинтервалографии (см.табл 4). Абсолютные величины ИН составило  $889,8 \pm 31,6$  усл.ед, что являлось показателем незначительного напряжения регуляторных систем сердечного ритма (но не выходящее за границы «стресс-нормы»).

При определении психоневрологической адаптации по шкале NACS в тестах на адаптационные способности («пассивный тонус», «активный тонус» и физиологические рефлексы) общая оценка через 2 часа и 24 часа после рождения у детей 2-ой группы была достоверно более высокой, чем у новорожденных 1-ой группы. (см.таб 4.).

**Таблица 4.**  
**Сравнительный анализ оценок по шкалам NACS**

Оценки, баллы			
Показатель	1-я группа (n=22)	2-я группа (n=18)	P
через 2 ч	34,3±2,1	34,3±2,8	0,01
через 24 ч	37,7±1,4	37,4±2,4	0,01

С целью объективной оценки раннего постнатального периода адаптации новорожденных к внеутробным условиям нами исследованы глюкоза и суммарный кортизол в пуповинной крови у новорожденных 1-ой и 2-й группы (см.табл 5).

**Таблица 5. Сравнительный анализ глюкозы в пуповинной крови, а также концентрации суммарного кортизола у новорожденных**

Показатель	1-я группа (n=22)		2-я группа (n=18)		P
	через 5 мин после рождения	через 2 часа после рождения	через 5 мин после рождения	через 2 часа после рождения	
Глюкоза ммоль/л	4,6±1,1	5,4±1,4*	5,2±2,1	5,4±1,2*	0,01
Суммарный кортизол (СК), нмоль/л	377,4±71,4	599,4±88,4*	487,9±68,7	683,4±45,7*	0,01

**Примечание:** \* - достоверность различий ( $p < 0,05$ ) между 1-й и 2-й группами.

Как видно из таблицы 5 у новорожденных извлеченных в условиях использования кетамина (1-ая группа) суммарный кортизол при рождении (на 5-й минуте) составлял 377,4±71,4 нмоль/л, в то время как у новорожденных извлеченных в условиях использования в качестве седативного препарата дексмететомидина (2-ая группа) она составила 487,9±68,7 нмоль/л ( $p < 0,01$ ). Необходимо отметить, что довольно высокая концентрация кортизола в крови у новорожденных через 2 часа после рождения указывала на формирование у них адекватной физиологической реакции на процесс рождения (см. табл.5). В тоже время как, относительно низкая концентрация кортизола, зарегистрированная у новорожденных 1-ой группы указывала на угнетение у них функционального состояния симпатoadренальной системы. В те же сроки после рождения (через 5 мин после рождения) как и у детей 1-ой группы так у детей 2-ой группы показатели гликемии не выходили за рамки их физиологических параметров (см.табл 5). Однако, отмечалось достоверное различие в изучаемых группах что, по нашему мнению, является последствием депрессивного влияния кетамина на плод (см.табл 5).

Таким образом, проведенное нами исследование, включающее комплексную оценку состояния плода и течения раннего постнатального периода, позволяет заключить, что при абдоминальном родоразрешении беременных с преэклампсией метод седативного обеспечения дексмететомидином не оказывает статистически значимого влияния на течение периода ранней адаптации новорожденных и формирование основных патологических состояний.

### Выводы

1. Для обезболивания при абдоминальном родоразрешении предпочтительнее использовать спинальную анестезию в связи с низким риском развития осложнений у матери.
2. Полученные результаты позволяют обоснованно рекомендовать препарат дексмететомидин в качестве основного седативного препарата с позиции безопасности для плода и новорожденного.
3. Повышенный риск развития неблагоприятных исходов у детей, рожденных от матерей с преэклампсией, требует особого внимания врача-неонатолога и готовности к проведению респираторной поддержки в родильном зале и интенсивной терапии независимо от метода анестезиологического обеспечения.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кинжалова С.В., Макаров Р.А., Давыдова Н.С., Бычкова С.В., Пестряева Л.А. Перинатальные исходы при абдоминальном родоразрешении беременных с тяжелой преэклампсией в условиях общей и спинальной анестезии. Анестезиология и реаниматология. 2018; 5:36-43. <https://doi.org/10.17116/anesthesiology201805136> Информация для РИНЦ
2. loom S.L., Spong C.Y., Weiner S.J. Complications of anesthesia for cesarean delivery. //Obstet. Gynecol. 2005; 106: 281–7
3. Кинжалова С.В., Макаров Р.А., Давыдова Н.С., Бычкова С.В., Пестряева Л.А. Перинатальные исходы при абдоминальном родоразрешении беременных с тяжелой преэклампсией в условиях общей и спинальной анестезии. //Анестезиология и реаниматология. 2018; 5:36-43. <https://doi.org/10.17116/anesthesiology20180513>
4. Куликов А.В., Шифман Е.М., Беломестнов С.Р., Левит А.Л. Неотложная помощь при преэклампсии и ее осложнениях (эклампсия, HELLP синдром). /Клинические рекомендации (протокол лечения) ФАР. <http://www.far.org.ru/recomendation?download=60%3Apre eclampsia>
5. М.М. Матлубов, А.А. Семенихин, Е.Д. Ким, Н.И.Закирова, Сабирова, В.Э.Курбаниязова Интегральная система многофакторного прогнозирования риска осложнений во время родоразрешения и анестезии у пациенток с ожирением. //Биология ва тиббиёт муоммолари.2016; 3(89):47-51
6. М.М.Матлубов, А.А.Семенихин, А.К. Абидов Состояние системы кровообращения у беременных с ожирением и преэклампсией. //Проблемы биологии и медицины, 2016;3(89):42-46.

**Поступила 20.03.2024**