УДК: 616-089.5:618.5-089.888.61:616-08-039.76

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПО ШКАЛЕ АПГАР И NACS ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ ПОВТОРНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ОТ ЖЕНЩИН С РУБЦАМИ НА МАТКЕ В УСЛОВИЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОТОКОЛА ERAS





Фатуллоева Дилноза Сайфуллоевна, Матлюбов Мансур Муратович, Хамдамова Элеонора Гаффаровна
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ERAS ПРОТОКОЛИДАН ФОЙДАЛАНИШ ШАРОИТЛАРИДА БАЧАДОН ЧАНДИҚЛИ АЁЛЛАРДАН ҚАЙТА КЕСАРЧА КЕСИШДАН СЎНГ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ APGAR ВА NACS ШКАЛАЛАРИ ЁРДАМИДА БАҲОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Фатуллоева Дилноза Сайфуллоевна, Матлюбов Мансур Муратович, Хамдамова Элеонора Гаффаровна
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

RESULTS OF APGAR AND NACS ASSESSMENT IN NEWBORNS AFTER REPEAT CESAREAN SECTION IN WOMEN WITH UTERINE SCARS MANAGED ACCORDING TO THE ERAS PROTOCOL

Fatulloeva Dilnoza Sayfulloevna, Matlubov Mansur Muratovich, Khamdamova Eleonora Gaffarovna
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. *Мақсад: бачадонда чандиғи бўлган аёлларда ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) протоколи асосида қайта кесарча кесишдан сўнг туғилган чақалоқларнинг клиник-функционал ҳолатини баҳолаш. Материал ва усуллар: 240 нафар чақалоқ оналардаги анестезия усулига кўра 4 гуруҳга (ҳар бирида n=60) бўлинди: I-А – операцион-анестезиологик хавфи паст оналарда спинал анестезия ва дексмедетомидин билан седация; I-Б – спинал анестезия ва пропофол, бензодиазепин ёки кетамин билан седация; II-А – хавфи юқори оналарда эпидурал анестезия асосидаги ўпка сунъий вентиляцияли (ЎСВ) комбинациялашган мувозанатлашган умумий анестезия, дексмедетомидин билан седация ва операциядан кейин кетопрофен 100 мг м/о ва парацетамол 1000 мг в/и; II-Б – ЎСВли кўп компонентли умумий анестезия, операциядан кейин наркотик анальгетиклар ва НЯҚВ. Чақалоқлар Апгар шкаласи бўйича 1- ва 5-дақиқаларда, NACS шкаласи бўйича туғилгандан 2 ва 24 соат ўтгач баҳоланди. Натижалар: Апгар бўйича 1-дақиқадаги баҳо I-А гуруҳида 8,1±0,2, I-Б да 8,0±0,1, II-А да 7,4±0,1, II-Б да 7,1±0,2 баллни, 5-дақиқада мос равишда 9,2±0,1; 8,6±0,4; 8,1±0,1 ва 7,8±0,3 баллни ташкил этди. NACS бўйича 24 соатдан сўнг баҳо I-А гуруҳида 39,2±0,5, I-Б да 37,6±0,4, II-А да 36,5±0,7, II-Б да 36,2±0,4 баллга етди. Хулоса: хавфи паст аёлларда спинал анестезия ва дексмедетомидин билан седация, хавфи юқори аёлларда эса ERAS протоколи асосида эпидурал анестезияга таянган ЎСВли комбинациялашган умумий анестезия анестезияни сифатли ва хавфсиз ўтказишни таъминлайди ва ҳомилани тез ажратиб олиш қоидаларига риоя қилинганда чақалоқлар депрессиясининг олдини олади.*

Калит сўзлар: *кесарча кесиш, бачадондаги чандиқ, ҳомиладорлик, Апгар шкаласи, NACS шкаласи, чақалоқлар, нафас депрессияси, ERAS протоколи.*

Abstract. *Aim: to assess the clinical and functional condition of newborns delivered by repeat caesarean section in women with uterine scars managed according to the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol. Materials and methods: 240 newborns were divided into 4 groups (n=60 each) according to the maternal anaesthesia technique: I-A – low-risk mothers, spinal anaesthesia with dexmedetomidine sedation; I-B – spinal anaesthesia with propofol, benzodiazepine or ketamine sedation; II-A – high-risk mothers, epidural-based combined balanced general anaesthesia with mechanical ventilation, dexmedetomidine sedation and postoperative ketoprofen 100 mg IM and paracetamol 1000 mg IV; II-B – multicomponent general anaesthesia with mechanical ventilation and postoperative opioids and NSAIDs. Newborns were assessed with the Apgar score at 1 and 5 minutes and the Neurologic and Adaptive Capacity Score (NACS) at 2 and 24 hours. Results: Apgar scores at 1 minute were 8.1±0.2, 8.0±0.1, 7.4±0.1 and 7.1±0.2 in groups I-A, I-B, II-A and II-B, and at 5 minutes 9.2±0.1, 8.6±0.4, 8.1±0.1 and 7.8±0.3, respectively. NACS at 24 hours reached 39.2±0.5, 37.6±0.4, 36.5±0.7 and 36.2±0.4 points. Conclusion: spinal anaesthesia with dexmedetomidine sedation in low-risk women and ERAS-based epidural-supported combined general anaesthesia with mechanical ventilation in high-risk*

women provide high-quality and safe anaesthesia and, provided that the rules of rapid fetal extraction are observed, prevent neonatal depression.

Keywords: *caesarean section, uterine scar, pregnancy, Apgar score, NACS, newborns, respiratory depression, ERAS protocol.*

На современном этапе развития акушерства и перинатологии кесарево сечение является самой распространённой операцией; в акушерских стационарах, являющихся центрами лечения беременных с тяжёлой экстрагенитальной патологией, его частота достигает 15–25% [7, 10]. Повторное абдоминальное родоразрешение сопряжено с большим объёмом повреждения тканей и с интра- и послеоперационными осложнениями. Рост числа оперативных родов в мире обусловлен увеличением среднего возраста первородящих и связанным с ним ростом числа беременных с экстрагенитальными и генитальными заболеваниями, расширением показаний «в интересах плода», увеличением числа беременностей после ЭКО, а также числа женщин с рубцом на матке. В популяциях, где в семье по 3–4 ребёнка, закономерно возникает проблема «двух и более рубцов на матке», что значительно осложняет выбор тактики ведения последующих родов как для акушеров, так и для анестезиологов. С увеличением частоты кесарева сечения повышаются показатели материнской заболеваемости и смертности, ведущими причинами которой при кесаревом сечении являются кровотечения, преэклампсия и инфекция [1, 37].

Расширение показаний к абдоминальному родоразрешению направлено на снижение материнской и перинатальной смертности, однако при этом неизбежно увеличивается число осложнений, связанных как с самой операцией, так и с анестезиологическим пособием [12, 13, 23, 34]. Одним из перспективных подходов к ведению хирургических пациентов является протокол ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) – мультидисциплинарный структурированный подход, обеспечивающий стандартизированный, основанный на доказательной медицине алгоритм периоперационной помощи. В настоящее время протокол ERAS успешно применяется преимущественно в плановой хирургии, а вопрос его использования при повторном кесаревом сечении остаётся открытым [5, 19, 28, 30, 32, 36, 38]. Уменьшение частоты послеоперационной тошноты и рвоты и раневых инфекционных осложнений и сокращение длительности госпитализации делают этот протокол привлекательным и для акушерства.

Понятие оптимальности анестезиологического пособия в акушерстве отличается от классической анестезиологии: наряду с адекватной защитой организма матери от хирургической агрессии необходимо обеспечить минимальную медикаментозную нагрузку на плод и максимальное сохранение адаптационных механизмов новорождённого [15, 22, 26]. До недавнего времени наиболее распространёнными методами обезболивания кесарева сечения были варианты общей многокомпонентной анестезии с ИВЛ [25, 29, 31]. Центральные нейроаксиальные блокады существенно расширили возможности анестезиологического обеспечения, их популярность постоянно растёт, а в родильных домах они должны быть основными методами обезболивания [4, 11, 20, 24].

Эпидуральная (ЭА) и спинальная анестезия (СА) в оперативном акушерстве чаще применяются как самостоятельный способ обезболивания с сохранённым самостоятельным дыханием [3, 6, 14, 21] и значительно реже – как основной компонент общей анестезии с ИВЛ [2, 8, 39]. Опыт использования ЭА и СА при абдоминальном родоразрешении показал отсутствие их отрицательного влияния на новорождённых как при рождении, так и в раннем постнатальном периоде [9, 16, 27]. Наиболее ответственными этапами обезболивания считаются индукция анестезии и период до извлечения плода, поскольку почти все используемые препараты в той или иной степени проникают через плацентарный барьер и способны оказывать депрессивное влияние на новорождённого [18, 33, 35]. Поэтому новая анестезиологическая тактика при кесаревом сечении может считаться эффективной и безопасной только при отсутствии отрицательного влияния на организм новорождённого.

Цель исследования: оценка клинико-функционального состояния новорождённых, родившихся после повторного кесарева сечения у женщин с рубцами на матке в условиях использования протокола ERAS.

Материал и методы. Работа основана на собственных клинических наблюдениях, анализе историй родов, протоколов анестезии, карт послеоперационного наблюдения и комплекса клинико-функциональных и биохимических исследований у женщин с рубцами на матке, перенёсших плановое повторное кесарево сечение; весь периоперационный период вёлся в соответствии с протоколом ERAS. Состояние новорождённых изучено у 240 детей, рождённых этими женщинами в отделении акушерства многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета.

В зависимости от способа анестезии у матерей новорождённые разделены на 4 группы по 60 детей. В основную группу I-А включены дети матерей с низкой степенью операционно-анестезиологического риска, оперированных под спинальной анестезией (0,5% гипербарический бупивакаин 12–15 мг, 2,5–3,0 мл) с интраоперационной седацией дексмедетомидином (нагрузочная доза 1 мкг/кг в течение 10 мин, поддерживающая – 0,2–0,7 мкг/кг/ч до окончания операции). Контрольную группу I-Б составили дети матерей с низким риском, у которых спинальная анестезия сочеталась с седацией пропофолом, бензодиазепином или кетамином. В основную группу II-А включены дети матерей с высокой степенью операционно-анестезиологического риска, у которых применялась общая комбинированная сбалансированная анестезия с ИВЛ на основе эпидуральной анестезии с седацией дексмедетомидином, а в послеоперационном периоде – кетопрофен 100 мг в/м и инфулган (парацетамол) 1000 мг в/в. В контрольной группе II-Б у матерей с высоким риском применялась общая многокомпонентная анестезия с ИВЛ, послеоперационное обезболивание – наркотическими анальгетиками в первые сутки и НПВС.

Состояние детей при рождении оценивали по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни, раннюю адаптационную способность – по шкале NACS (Neurologic and Adaptive Capacity Score) через 2 и 24 ч после рождения. Данные обработаны методами вариационной статистики с использованием t-критерия Стьюдента (Microsoft Excel) и представлены как M±m; различия считали достоверными при $p<0,05$.

Результаты. Женщины с рубцами на матке были сопоставимы по сроку гестации, характеру операции, времени извлечения плода, физическому статусу, частоте и выраженности экстрагенитальных заболеваний и оперированы в плановом порядке; группы различались лишь степенью операционно-анестезиологического риска и вариантом анестезии и седации. Все новорождённые были доношенными, масса тела при рождении в группах достоверно не различалась (табл. 1).

По шкале Апгар у детей групп II-А и II-Б оценка была достоверно ниже, чем в группах I-А и I-Б ($p<0,05$): на 1-й минуте – 7,4±0,1 и 7,1±0,2 балла против 8,1±0,2 и 8,0±0,1 балла (рис. 1). К 5-й минуте у новорождённых группы I-А регистрировали 9,2±0,1 балла, группы I-Б – 8,6±0,4, группы II-А – 8,1±0,2, тогда как у детей группы II-Б – лишь 7,8±0,3 балла ($p<0,05$). Снижение оценки было связано с проникновением препаратов для общей анестезии через плацентарный барьер и длительным извлечением детей из-за спаечного процесса в брюшной полости матери, что приводило к нарушению становления самостоятельного дыхания, мышечной гипотонии, цианозу и акроцианозу и требовало санации верхних дыхательных путей, масочной оксигенации, неинвазивной ИВЛ в режиме CPAP или ИВЛ после интубации трахеи.

Психоневрологическую адаптацию новорождённых (пассивный и активный тонус, физиологические рефлексы) оценивали по шкале NACS через 2 и 24 ч после рождения (рис. 2). Через 2 ч у детей группы I-А регистрировали 35,6±0,4 балла, группы I-Б – 34,7±0,3 балла; оценка менее 35 баллов у детей группы I-Б указывала на остаточное влияние кетамина, пропофола или бензодиазепинов. Через 24 ч оценка в группе I-А составила 39,2±0,5 балла, в группе I-Б – 37,6±0,4 балла. У новорождённых групп II-А и II-Б показатели психоневрологической адаптации были значительно ниже: через 2 ч – 34,1±0,2 и 33,8±0,3 балла, через 24 ч – 36,5±0,7 и 36,2±0,4 балла соответственно ($p<0,05$). Различия между детьми, рождёнными в условиях спинальной и общей анестезии, связаны с проникновением препаратов для общей анестезии через плацентарный барьер и их угнетающим действием на плод. Кроме того, в группах II-А и II-Б отмечалось длительное (более 3 мин) извлечение плода из-за технических трудностей, обусловленных спаечным процессом в брюшной полости.

Таблица 1. Масса тела и оценка по шкалам Апгар и NACS у новорождённых (M±m)

Группа	Масса тела, г	Апгар, 1 мин	Апгар, 5 мин	NACS, 2 ч	NACS, 24 ч
I-А основная (n=60)	3476,4±60,2	8,1±0,2	9,2±0,1Δ	35,6±0,4	39,2±0,5Δ
I-Б контрольная (n=60)	3388,2±56,6	8,0±0,1	8,6±0,4Δ*	34,7±0,3*	37,6±0,4Δ*
II-А основная (n=60)	3260,5±54,2	7,4±0,1	8,1±0,1Δ	34,1±0,2	36,5±0,7Δ
II-Б контрольная (n=60)	3286,4±47,8	7,1±0,2*	7,8±0,3Δ*	33,8±0,3*	36,2±0,4Δ

*Примечание: Δ – достоверные различия с предыдущим этапом исследования ($p<0,05$); * – достоверные различия между группами исследования ($p<0,05$).*

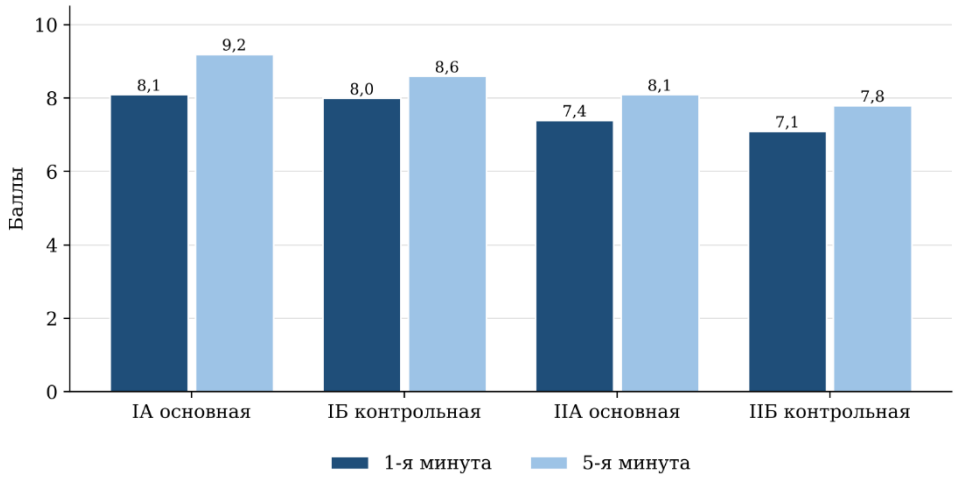


Рис. 1. Оценка новорождённых по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни, баллы

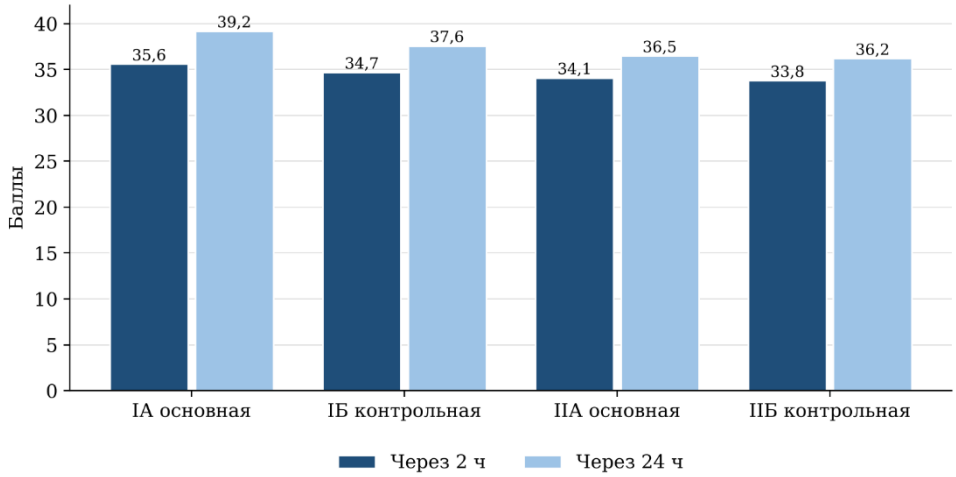


Рис. 2. Оценка новорождённых по шкале NACS через 2 и 24 ч после рождения, баллы

Таким образом, седация дексмедетомидином на фоне спинальной анестезии с послеоперационной анальгезией кетопрофеном и парацетамолом в рамках протокола ERAS у женщин с рубцами на матке предупреждает развитие депрессии новорождённых, а общая комбинированная сбалансированная анестезия с ИВЛ на основе эпидуральной анестезии с седацией дексмедетомидином не оказывает выраженного отрицательного влияния на основные системы жизнеобеспечения новорождённых при соблюдении правил быстрого извлечения плода даже у женщин с высоким операционно-анестезиологическим риском и рубцово-спаечным процессом в брюшной полости.

Выводы. Седация дексмедетомидином на фоне спинальной анестезии с послеоперационной анальгезией кетопрофеном и парацетамолом в рамках протокола ERAS при повторном кесаревом сечении обеспечивает качественную и безопасную анестезию у женщин с низкой степенью операционно-анестезиологического риска и предупреждает развитие депрессии новорождённых.

Общая комбинированная сбалансированная анестезия с ИВЛ на основе эпидуральной анестезии с седацией дексмедетомидином и послеоперационным введением кетопрофена 100 мг в/м и парацетамола 1000 мг в/в в рамках протокола ERAS у женщин с высокой степенью операционно-анестезиологического риска является эффективным и достаточно безопасным методом и не оказывает выраженного отрицательного влияния на основные системы жизнеобеспечения новорождённых при соблюдении правил быстрого извлечения плода.

Литература:

1. Багомедов Р.Г., Омарова Х.М. Различные виды анестезии при операции «кесарево сечение» // Вестник новых медицинских технологий. 2015. Т. 22, № 1. С. 89.

2. Гурьянов В.А. Современная многокомпонентная сбалансированная анестезия: оптимизация оценки операционно-анестезиологического риска,

предоперационной подготовки и компонента анальгезии: дис. … д-ра мед. наук. М., 2003.
3. Идрисов Н.У., Коростелев Ю.М., Широков Д.М. Многофакторная оценка риска завершения родов операцией кесарева сечения при обезболивании родов методом длительной эпидуральной аналгезии // Журнал акушерства и женских болезней. 2009. Т. 58, № 5. С. 52–53.
4. Куликов А.В., Дубровин С.Г., Намоконов Г.Г., Блауман С.И. Безопасность регионарной анестезии в акушерстве // Уральский медицинский журнал. 2007. № 6. С. 70–74.
5. Ланцев Е.А., Абрамченко В.В. Анестезия, интенсивная терапия и реанимация в акушерстве: руководство для врачей. 3-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2013. 623 с.
6. Мамась А.Н., Дивакова Т.С., Шваренок В.В. Анестезиологическое обеспечение оперативного родоразрешения // Рецепт. 2010. № 2. С. 111–126.
7. Маршалов Д.В., Салов И.А., Шифман Е.М. и др. Теория и практика анестезии и интенсивной терапии в акушерстве и гинекологии: клинические рекомендации. Т. 2. 2013. С. 7–28.
8. Матлубов М.М. Клинико-функциональное обоснование выбора оптимальной анестезиологической тактики при родоразрешении у пациенток с ожирением: дис. … д-ра мед. наук. Ташкент, 2018.
9. Мирахмедов Г.М., Ризаев Ж.А. Клиническая эффективность структурированного алгоритма послеоперационной реабилитации у пациентов с ожирением после лапароскопических вмешательств // Проблемы биологии и медицины. 2026. № 1 (167). С. 186–192. Ссылка на публикацию.
10. Олман К., Уилсон А. Оксфордский справочник по анестезии: пер. с англ. М., 2009. С. 476–511.
11. Пырегов А.В. Дифференцированное анестезиологическое обеспечение абдоминального родоразрешения у беременных высокого риска: дис. … д-ра мед. наук. М., 2007.
12. Ризаев Ж.А., Абдуллаева Л.С., Каттаходжаева М.Х. Значение коррекции некоторых медицинских и организационных факторов в профилактике угрожающих жизни состояний среди беременных // Медицинский журнал Узбекистана. 2025. Т. 1, № 2. С. 201–207. Ссылка на публикацию.
13. Ризаев Ж.А., Асадов Д.А. Оценка эффективности кесарева сечения в родильных учреждениях Республики Узбекистан // Проблемы биологии и медицины. 2024. № 1 (151). С. 191–195. Ссылка на публикацию.
14. Ризаев Ж.А., Бабаджанова Г.С., Муратова Н.Д., Абдурахманова С.И. Клиника, частота и хирургическое лечение миомы матки и аденомиоза // Медицинский журнал Узбекистана. 2019. № 1. С. 23–26. Библиографическое подтверждение.
15. Ризаев Ж.А., Давлатова А. Лечение болезней полости рта при беременности как профилактика гнойно-септических осложнений послеродового периода // Доктор ахборотномаси (Вестник врача). 2023. № 1 (109). С. 127–131. DOI: 10.38095/2181-466X-20231091-127-131.
16. Ризаев Ж.А., Давлятова А.А., Агабабян Л.Р. Предикторы развития материнского сепсиса // Проблемы биологии и медицины. 2023. № 6 (150). С. 224–230. Ссылка на публикацию.
17. Ризаев Ж.А., Камалов А.И. Анализ показателей материнской и перинатальной смертности (2020–2024) как инструмент управления акушерской службой // Доктор ахборотномаси (Вестник врача). 2026. № 1 (122). С. 73–75. DOI: 10.38095/2181-466X-2026122-73-75.
18. Ризаев Ж.А., Камалов А.И. Оценка доступности и качества антенатальной помощи (опрос 1000 беременных) // Доктор ахборотномаси (Вестник врача). 2026. № 1 (122). С. 76–78. DOI: 10.38095/2181-466X-20261221-76-78.
19. Ризаев Ж.А., Мирахмедов Г.М. Сон у пациентов с ожирением: нарушения и особенности // Проблемы биологии и медицины. 2025. № 1 (158). С. 306–310. Ссылка на публикацию.
20. Салов И.А., Маршалов Д.В., Шифман Е.М., Петренко А.П. Особенности обезболивания при родоразрешении женщин с морбидным ожирением // Анестезиология и реаниматология. 2012. № 6. С. 67–72.
21. Семенихин А.А., Баратова Л.З. Оценка эффективности регионарных блокад сниженными концентрациями местных анестетиков // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2009. Т. 3, № 4. С. 21–27.
22. Семенихин А.А., Ким Е.Д., Абидов А.К. Осложнения и побочные эффекты эпидуральной и спинальной анестезии и аналгезии, их профилактика и лечение: методические рекомендации. Ташкент, 2010. 39 с.
23. Фокина М.Н., Ильин А.Б., Абашин В.Г. Профилактика критических состояний в акушерстве и неонатологии у женщин с избыточной массой тела // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2012. № 1. С. 55–58.
24. Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М., Байбарина Е.Н. и др. Течение послеоперационного периода и периода адаптации новорождённых в зависимости от вида обезболивания при операции кесарева сечения // Акушерство и гинекология. 2008. № 3. С. 12–15.
25. Чулков В.С., Вереина Н.К., Синицын С.П. Беременность, роды и перинатальные исходы у женщин с избыточной массой тела и ожирением // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2011. Т. 10, № 2. С. 29–32.
26. Шарипова В.Х., Бокиев К.Ш., Алимов А.Х. Применение протокола ERAS в экстренной хирургии // Вестник современной клинической медицины. 2022. Т. 15, № 2. С. 102–108. DOI: 10.20969/VSKM.2022.15(2).102-108.

27. Шифман Е.М., Филиппович Г.В. Постпункционная головная боль (отдельные главы из монографии «Спинномозговая анестезия в акушерстве») // Регионарная анестезия и лечение острой боли. 2014. Т. 8, № 1. С. 31–46.
28. Шифман Е.М., Филиппович Г.В. Спинномозговая анестезия в акушерстве. Петрозаводск, 2005. С. 56–67.
29. Bamgbade O.A., Khalaf W.M., Ajai O., et al. Obstetric anaesthesia outcome in obese and non-obese parturients undergoing caesarean delivery: an observational study // International Journal of Obstetric Anesthesia. 2009. Vol. 18, № 3. P. 221–225.
30. Best K.E., Tennant P.W., Bell R., Rankin J. Impact of maternal body mass index on the antenatal detection of congenital anomalies // BJOG. 2012. Vol. 119, № 12. P. 1503–1511.
31. Carlson N.S., Lowe N.K. Intrapartum management associated with obesity in nulliparous women // Journal of Midwifery & Women's Health. 2014. Vol. 59, № 1. P. 43–53.
32. Chalouhi S.E., Salafia C., Mikhail M., Hecht R. Maternal body mass index does not affect neonatal umbilical artery blood gas parameters // Journal of Pregnancy. 2013. Art. 654. P. 81–87.
33. Chanimov M., Yeshfeld S., Cohen M.L. Fluid preload spinal anaesthesia in caesarean section: the effect on neonatal acid-base status // European Journal of Anaesthesiology. 2006. Vol. 23, № 8. P. 676–679.
34. Gaszyński T.M. The effects of abdominal opening on respiratory mechanics during general anaesthesia for open bariatric surgery in morbidly obese patients // Anestezjologia Intensywna Terapia. 2010. Vol. 42, № 4. P. 172–174.
35. Jadon A. Complications of regional and general anaesthesia in obstetric practice // Indian Journal of Anaesthesia. 2010. Vol. 54, № 5. P. 415–420.
36. Peden C.J., Aggarwal G., Aitken R.J., et al. Guidelines for perioperative care for emergency laparotomy Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations: part 1 – preoperative: diagnosis, rapid assessment and optimization // World Journal of Surgery. 2021. Vol. 45. P. 1272–1290. DOI: 10.1007/s00268-021-05994-9.
37. Practice guidelines for obstetric anesthesia: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology // Anesthesiology. 2016. Vol. 124, № 2. P. 270–300. DOI: 10.1097/ALN.0000000000000935.
38. Pranavi A.R., Sureshkumar S., Mahalakshmy T., et al. Adapted ERAS pathway versus standard care in patients undergoing emergency surgery for perforation peritonitis – a randomized controlled trial // Journal of Gastrointestinal Surgery. 2022. Vol. 26, № 1. P. 39–49. DOI: 10.1007/s11605-021-05184-x.
39. Rizaev J.A., Davlyatova A.A., Agababyan L.R. Ways to reduce maternal mortality – postpartum sepsis // Journal of Biomedicine and Practice. 2023. Vol. 8, № 6. P. 9–19. DOI: 10.5281/zenodo.10541096.
40. Sia A.T., Fun W.L., Tan T.U. The ongoing challenges of regional and general anaesthesia in obstetrics // Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2010. Vol. 24, № 3.
41. Vricella L.K., Louis J.M., Mercer B.M., Bolden N. Impact of morbid obesity on epidural anesthesia complications in labor // American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2011. Vol. 205, № 4. P. 370.e1–370.e6.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ПО ШКАЛЕ АПГАР И NACS ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПОСЛЕ ПОВТОРНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ОТ ЖЕНЩИН С РУБЦАМИ НА МАТКЕ В УСЛОВИЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОТОКОЛА ERAS

Фатуллоева Д.С., Матлюбов М.М., Хамдамова Э.Г.

Резюме. *Цель: оценить клинико-функциональное состояние новорождённых, родившихся после повторного кесарева сечения у женщин с рубцами на матке в условиях использования протокола ускоренного восстановления ERAS (Enhanced Recovery After Surgery). Материал и методы: 240 новорождённых в зависимости от способа анестезии у матерей разделены на 4 группы (по n=60): I-А – низкий операционно-анестезиологический риск, спинальная анестезия с седацией дексмедетомидином; I-Б – спинальная анестезия с седацией пропофолом, бензодиазепином или кетамином; II-А – высокий риск, общая комбинированная сбалансированная анестезия с ИВЛ на основе эпидуральной анестезии, седация дексмедетомидином, после операции – кетопрофен 100 мг в/м и парацетамол 1000 мг в/в; II-Б – общая многокомпонентная анестезия с ИВЛ, после операции – наркотические анальгетики и НПВС. Детей оценивали по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах и по шкале NACS через 2 и 24 ч после рождения. Результаты: оценка по шкале Апгар на 1-й минуте в группах I-А, I-Б, II-А и II-Б составила 8,1±0,2; 8,0±0,1; 7,4±0,1 и 7,1±0,2 балла, на 5-й минуте – 9,2±0,1; 8,6±0,4; 8,1±0,1 и 7,8±0,3 балла. Оценка по NACS через 24 ч достигла 39,2±0,5; 37,6±0,4; 36,5±0,7 и 36,2±0,4 балла соответственно. Выводы: спинальная анестезия с седацией дексмедетомидином у женщин с низким риском и общая комбинированная анестезия с ИВЛ на основе эпидуральной анестезии в рамках протокола ERAS у женщин с высоким риском обеспечивают качественное и безопасное обезболивание и при соблюдении правил быстрого извлечения плода предупреждают депрессию новорождённых.*

Ключевые слова: *кесарево сечение, рубец на матке, беременность, шкала Апгар, шкала NACS, новорождённые, депрессия дыхания, протокол ERAS.*