

*Туганова Агунда Зурабовна  
студентка 4 курса  
лечебный факультет  
Северо-Осетинская государственная медицинская академия  
Россия, г. Владикавказ*

*Рудикова Арина Андреевна  
студентка 5 курса  
лечебный факультет  
Северо-Осетинская государственная медицинская академия  
Россия, г. Владикавказ*

*Научный руководитель: Попова Лариса Суреновна  
кандидат медицинских наук, доцент,  
Северо-Осетинская государственная медицинская академия  
Россия, г. Владикавказ*

## **ОСОБЕННОСТИ РАННЕЙ НЕОНАТАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ПРЕЭКЛАМПСИИ**

***Аннотация:** Преэклампсия является одним из самых грозных осложнений беременности, которое оказывает значимое влияние на состояние беременной женщины, плода и новорожденного ребенка. В данной статье рассматривается выбор оптимальных сроков родоразрешения женщин с преэклампсией путем операции кесарева сечения, который зависит от течения ранней неонатальной адаптации. Характеристикой ранней неонатальной адаптации являются такие показатели как морфометрические параметры (рост и вес), наличие синдрома задержки роста плода (СЗРП), оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах после рождения, и потребность в реанимационных мероприятиях.*

**Ключевые слова:** новорожденные, преэклампсия тяжелой степени, кесарево сечение, перинатальные исходы, родоразрешение, осложнение беременности.

*Tuganova Agunda Zurabovna  
4th year student  
medical Faculty  
North Ossetian State Medical Academy  
Russia, Vladikavkaz*

*Rudikova Arina Andreevna  
5th year student*

*medical Faculty  
North Ossetian State Medical Academy  
Russia, Vladikavkaz*

*Scientific adviser: Popova Larisa Surenovna  
Candidate of Medical Sciences, Associate Professor,  
North Ossetian State Medical Academy  
Russia, Vladikavkaz*

## **FEATURES OF EARLY NEONATAL ADAPTATION OF NEWBORN IN PRE-ECLAMPSIA**

**Abstract:** *Preeclampsia is one of the most formidable complications of pregnancy, which has a significant impact on the condition of a pregnant woman, fetus and newborn child. This article discusses the choice of the optimal timing of delivery for women with preeclampsia by caesarean section, which depends on the course of early neonatal adaptation. Characteristics of early neonatal adaptation are such indicators as morphometric parameters (height and weight), the presence of fetal growth retardation syndrome (FGR), Apgar score at the 1st and 5th minutes after birth, and the need for resuscitation.*

**Key words:** newborns, severe preeclampsia, caesarean section, perinatal outcomes.

Одним из самых грозных осложнений беременности, оказывающее значимое влияние на состояние беременной женщины, плода и новорожденного ребенка, является преэклампсия [1-5]. В России данное осложнение встречается от 19,2 до 22,9% всех беременностей, при этом частота оперативного родоразрешения составляет около 50%. По данным мировой статистике до 15 млн. детей ежегодно рождаются недоношенными в результате развития преэклампсии беременности. По данным ВОЗ, уровень заболеваемости новорожденных на фоне преэклампсии колеблется от 64 % до 78 %, а перинатальная смертность составляет 18-30. По данным ВОЗ, у каждого пятого ребенка, родившегося с преэклампсией, нарушается физическое и психоэмоциональное развитие, выше уровень заболеваемости в младенческом и раннем детском возрасте.

Преэклампсия (ПЭ) – это мультисистемное патологическое состояние, возникающее во второй половине беременности (после 20-й недели),

характеризующееся артериальной гипертензией в сочетании с протеинурией ( $\geq 0,3$  г/л в суточной моче), нередко, отеками и проявлениями полиорганной недостаточности.

Существует несколько критериев диагностики преэклампсии. Они подразделяются на основные и дополнительные критерии. К основным относят протеинурию более  $0,3$  г/л в суточном анализе мочи, гипертензию впервые выявленную, возникшая после 20 недель беременности и сохраняющуюся не более 6 недель после родов, и систолическое давление 130-159 мм.рт.ст. и/или диастолическое более 90-109 мм.рт.ст. А к дополнительным относят отеки, увеличение окружности голеностопного сустава более чем на 1 см в течение недели, еженедельную прибавку веса более чем 22 грамма на каждые 10 см роста, снижение диуреза при чрезмерной прибавке в весе.

Оценка степени адаптации новорожденных проводится по комплексу морфометрических параметров (рост, вес), состоянию дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной систем. Критериями могут являться оценка состояния по шкале Апгар, степень асфиксии и потребность в реанимационных мероприятиях. Существуют некоторые инструментальные и лабораторные методы оценки постнатального периода: нейросонография, эхокардиография, Электрокардиография, газовый состав и кислотно-основное состояние в артерии и вене пуповины.

Поскольку в современном клиническом акушерстве единственным эффективным методом лечения преэклампсии являются роды, иногда беременность приходится прерывать преждевременно. Зачастую, новорожденные, родившиеся до 34 недели путем кесарева сечения, имеют более низкие показатели ранней неонатальной адаптации. Новорожденные от женщин с развитием преэклампсии, зачастую, имеют меньшую массу и длину тела, низкие значения шкалы Апгар на 1й и 5й минутах жизни, а их показатели кислотно-щелочного баланса крови пуповины свидетельствуют об интранатальной гипоксии. В тяжелых случаях новорожденным в раннем

неонатальном периоде требуется интенсивная терапия или реанимационные мероприятия: интубация трахеи и инвазивная искусственная вентиляция легких.

В то же время, дети, родившиеся через естественные пути, либо путем кесарева сечения но на сроках беременности более 36 недель, имеют более высокие показатели ранней неонатальной адаптации, полное соответствие сроку гестации и не требуют неотложных реанимационных мероприятий.

Таким образом, новорожденные дети, гестационного возраста до 34 недели, родившиеся путем кесарева сечения подвержены тяжелому течению постнатальной адаптации и чаще нуждаются в реанимационных мероприятиях. Зачастую, новорожденные, родившиеся до 34 недели путем кесарева сечения, имеют низкую оценку по шкале Апгар, признаки гипоксии и задержки внутриутробного развития. Для достижения положительного эффекта родоразрешения путем кесарева сечения при преэклампсии необходима предварительная подготовка матери и плода и пролонгирование беременности более 34 недель при положительной динамике заболевания.

#### **Список литературы:**

1. Репина М.А. Преэклампсия и материнская смертность. Издательство: СПб.: Издательский дом СПбМАПО. 2005. 208 с.
2. Макаров О.В., Ткачева О.Н., Волкова Е.В. (Преэклампсия и хроническая артериальная гипертензия у беременных). Руководство для врачей 2010, 131 ст.
3. Yuldasheva Gulnoz Giyasovna, Bakhranova Nasiba Ramazanovna, & Baratov Sunnat Samiyevich Statistical analysis of the structure of the birth rate of underweight children in the bukhara region // Art of Medicine International Medical Scientific Journal. 2021. Volume-1(Issue-2). Pp. 73–81.
4. Багомедов Р.Г., Омарова Х.М. Состояние плода и новорожденного при операции кесарева сечения у беременных с тяжелой преэклампсией при использовании различных методов анестезии // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2015. № 60(6). Pp. 38–41.

5. 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. С. 36–43.