

А. В. Анкудович

КЕФАЛОГЕМАТОМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. В. А. Прилуцкая

1-ая кафедра детских болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. *Статья содержит результаты исследования особенностей клинической картины кефалогематом у пациентов с перинатальной патологией нервной системы, а также приведены основные факторы риска развития субпериостального кровоизлияния у новорожденных.*

Ключевые слова: *кефалогематома, энцефалопатия новорожденного, акушерский анамнез.*

Resume. *The article contains research results of clinical features of cephalohematoma in patients with perinatal pathology of the nervous system and describes main risk factors for development of subperiosteal hemorrhage in newborns.*

Keywords: *cephalohematoma, encephalopathy of the newborn, obstetrical history.*

Актуальность. В настоящее время одним из основных показателей в структуре родовой травмы, определяющих ее частоту, стала кефалогематома (КГ) – кровоизлияние под надкостницу кости, не превышающее площади кости. КГ встречаются с частотой 0,4–2,5%, причем чаще у доношенных детей мужского пола [1]. Ряд авторов считает, что КГ может быть одним из косвенных признаков родовой травмы ЦНС [3], т.к. наличие КГ сопряжено с нарушением гемодинамики не только в покровах черепа, но и в головном мозге новорожденного [2].

Цель: выявить факторы риска, особенности клинического течения и результатов лабораторно-инструментального обследования новорожденных детей с КГ для разработки направлений оптимизации лечебно-диагностического процесса.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГУ РНПЦ Мать и дитя». Нами ретроспективно были проанализированы истории развития новорожденного (форма 097/у) и/или карты стационарного пациента (форма 003/у) 198 новорожденных детей. Сформированы две группы сравнения: основную группу (I) составили дети периода новорожденности с КГ (n=168), получавшие стационарное лечение в педиатрическом отделении для новорожденных детей с перинатальной патологией нервной системы; контрольная группа (II) – здоровые новорожденные (n=30), находившиеся в родильном физиологическом отделении. В I группе мальчиков – 67,9% (n=114), девочек – 32,1% (n=54). Средняя масса тела при рождении равна 3522,7 г., длина тела – 52,6 см, окружность головы – 34,6 см, окружность груди – 33,5 см. Средняя продолжительность стационарного лечения пациентов основной группы составила 20,2 суток. В II группе мальчиков – 50% (n=15), девочек – 50% (n=15). Средняя масса тела при рождении равна 3400,0 г., длина тела – 52,9 см, окружность головы – 34,5 см, окружность груди – 33,6 см. Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 6,63 дня. Анализ и статистической обработке были подвергнуты данные акушерского анамнеза матерей, основные проявления клинической картины заболевания у пациентов, данные лабораторного исследования, результаты рентгенографии костей черепа,

НСГ с триплексным сканированием головного мозга. Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программ «Excel» и STATISTICA. Для оценки достоверности различий количественных признаков использовался критерий достоверности (t). Статистическая достоверность различий констатировалась при уровне $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования нами была определена частота встречаемости КГ у пациентов периода новорожденности, находившихся на лечении в ПОНД с ППНС, которая в 2012 г. составила 19,34%, в 2013 г. – 19,29%.

При анализе данных акушерско-гинекологического анамнеза матерей мы определили следующие особенности в основной группе: у 13,1 % матерей настоящей беременности предшествовала вакуум-аспирацией, у 7,1% – медицинский аборт, еще у 2,4 % женщин – самопроизвольный выкидыш, у 5,4% – неразвивающаяся беременность. При оценке частоты встречаемости основной генитальной и экстрагенитальной патологии у женщин во время беременности статистически достоверные различия выявлены относительно встречаемости кольпита (частота встречаемости в I группе составила 34,5% ($\chi^2=11,8$; $p < 0,001$), во II группе – 6,7%) и анемии (I группа – 25,0% ($\chi^2=9,5$; $p < 0,01$), II группа – 0), что в свою очередь так же позволяет их отнести к факторам риска возникновения КГ.

Помимо осложнений беременности как предрасполагающих факторов нами учитывались способы родоразрешения матерей основной группы. Наиболее часто выполняемой акушерской операцией оказалась вакуум-экстракция плода (9,5%), реже – кесарево сечение (1,19%) и акушерские щипцы (0,59%). Стоит отметить, что у 88,7% женщин роды все же велись через естественные родовые пути без использования специальных акушерских приемов.

Нами были выявлены следующие особенности клинической картины поднадкостничного кровоизлияния: у 37,5% пациентов оно проявлялось в проекции правой теменной кости, у 26,8% – левой, у 30,4% – обеих теменных костей. В исследуемой группе чаще встречались КГ 2 степени (максимальный диаметр от 4,1 см до 8 см) – 65,7%, еще у 26,4% – 1 степени и у 7,9% – 3 степени.

У большинства пациентов с КГ наблюдается неврологическая симптоматика. В основной группе у 80,9% новорожденных в дебюте заболевания был выставлен диагноз энцефалопатии новорожденного. В структуре ведущих неврологических синдромов преобладает синдром угнетения (47,0%), затем гипертензионный синдром (35,1%), синдром возбуждения (14,3%), у 3,6% пациентов неврологические нарушения выявлены не были. При оценке неврологического статуса детей I группы наиболее показательными для гипоксически-травматического поражения ЦНС оказались рефлексы опоры, автоматической ходьбы и Галанта, причем статистически достоверные различия были выявлены для рефлекса автоматической ходьбы (у 85,1% пациентов на этапе первичного осмотра рефлекс не вызывался). В структуре сопутствующей патологии достоверно чаще по сравнению с контролем у пациентов с КГ встречались ретинальные кровоизлияния (14,3 %, $p < 0,05$), ангиопатия сетчатки (17,3% , $p < 0,05$), МАРС (36,3% , $p < 0,01$), дисплазия тазобедренных суставов (42%, $p < 0,001$).

Классическими осложнениями субпериостальных гематом в неонатальном периоде являются желтушный и анемический синдромы (в нашем исследовании зарегистрированы не были). Лабораторно зафиксированная гипербилирубинемия на момент госпитализации наблюдалась только у 11,0% пациентов.

Для диагностики КГ 26,8% детей основной группы была выполнена рентгенография костей черепа, на которой были выявлены признаки дискомплектации – 22,2%, новорожденных, признаки внутричерепной гипертензии (15,6%), оссификации КГ (2,2%). Всем пациентам I группы выполнялась нейросонография. Чаще всего диагностировались перивентрикулярный отек (37,5%, $p < 0,001$), признаки незрелости (27,4%), СЭК (21,4%), однако у 16,07% эхопризнаки патологии ЦНС выявлены не были. В результате анализа данных, полученных при триплексном сканировании головного мозга, нами было выявлено, что для новорожденных детей с КГ характерно ангиоспастическое нарушение кровотока в базилярной, передней и средних мозговых артериях, не зависящее от локализации КГ. Показатели индекса резистентности (ИР) в базилярной, передней и средних мозговых артериях у детей исследуемых групп имели достоверные различия. ИР в базилярной артерии был достоверно выше у пациентов I группы (0,76 против 0,68, $U = 10$, $p < 0,05$).

Всем обследованным пациентам из основной группы в стационаре проводилось консервативное лечение антигеморрагическими препаратами: викасол (5,6%), этамзилат (88,7%); нейропротекторами: пирацетам (49,1%), актовегин (64,2%); витаминами группы В (67,9%). Пункция КГ была выполнена 38,1% пациентов в среднем на 15–16 сутки жизни.

Заключение. С учетом выявленных клинико-диагностических особенностей, а также характера сопутствующей патологии целесообразно внести дополнения в протокол обследования данной категории пациентов. Новорожденным с КГ оправдано выполнение ультразвукового исследования сердца и тазобедренных суставов, консультация окулиста и ортопеда. Пациентам с КГ 3 степени важно проводить более углубленное лабораторное обследование с выполнением коагулограммы и динамического биохимического анализа крови.

Информация о внедрении результатов исследования. По результатам настоящего исследования опубликовано 3 статьи в сборниках материалов, 4 тезисов докладов, получен 1 акт внедрения в образовательный процесс (1-ая кафедра детских болезней БГМУ), 1 акт внедрения в производство (ГУ РНПЦ «Мать и дитя», ПОНД с ППНС).

A. V. Ankudovich

**CERHALOHEMATOMA IN NEWBORNS WITH PERINATAL DAMAGE
OF CENTAL NERVOUS SYSTEM**

Tutor assistant professor V. A. Prilutskaya

*1st Department of childhood diseases,
Belarusian State Medical University, Minsk*

Литература

«Студенты и молодые учёные Белорусского государственного медицинского университета –
медицинской науке и здравоохранению Республики Беларусь»

1. Барашнев, Ю. И. Перинатальная неврология / Ю. И. Барашнев. – М.: Триада-Х, 2001. – 640 с.
2. Сафронова, Л. Е. Допплерометрические характеристики церебрального кровотока новорожденных с кефалогематомой / Л. Е. Сафронова, Е. В. Брюхина, О. В. Сафронов // Пермский медицинский журнал. – 2009. – №5. – С. 111-114.
3. Kim, H. M. Intracranial hemorrhage in infants with cephalohematoma / H. M. Kim, S. H. Kwon, S. H. Park // Pediatrics International. – 2014. – №56. – P. 378–381.