

Проблема перинатального поражения ЦНС не теряет свою актуальность уже много десятилетий. Согласно данным разных авторов [1, 3] в структуре детской инвалидности частота поражения нервной системы составляет до 50%, при этом около 70–80% случаев приходится на поражения в перинатальном периоде. Причины и патогенез развития данной патологии различны, однако в значении родового травматизма как фактора риска сомневаться не приходится. Кефалогематома (КГ) — кровоизлияние под надкостницу плоских костей черепа, не превышающее площади кости [4]. Субпериостальная гематома является одним из клинических проявлений родовой травмы новорожденного, которое может осложнять течение неонатального периода и привести к отдаленным последствиям [1, 2].

**Цель работы** — выявление факторов риска, особенностей 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, госпитализированных в период 2012–2013 гг. 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 (ПОНД ППНС); группа сравнения (II) — здоровые новорожденные (n=30), находившиеся в родильном физиологическом отделении. В I группе мальчиков — 114 (67,9%), девочек — 54 (32,1%). В II группе мальчиков — 15 (50%), девочек — 15 (50%). Группы однородны по морфометрическим показателям (средние весоростовые показатели, значения окружности головы и груди находятся в коридоре 25–75 перцентиль). Неврологические расстройства у детей трактовали в соответствии с классификацией перинатальных поражений ЦНС и классификацией КГ [1, 3]. Использованы следующие методы: анализ медицинской документации (метод выкопировки); клинический осмотр. Полученные данные обработаны общепринятыми методами параметрической и непараметрической статистики с применением пакета прикладных программ STATISTICA. 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% (в среднем — 19,3%).

Для выявления факторов риска развития КГ у новорожденного был проведен анализ данных акушерско-гинекологического анамнеза матерей. Определены следующие особенности в I группе: у 13,1 % матерей настоящей беременности предшествовала вакуум-аспирация, у 7,1% — медицинский аборт, у 2,4% — самопроизвольный выкидыш, у 5,4% — неразвивающаяся беременность. Оценка частоты встречаемости основной генитальной и экстрагенитальной патологии у женщин во время беременности представлена в таблице. Статистически достоверные различия выявлены относительно встречаемости кольпита и анемии в исследуемых группах, что позволяет их отнести к факторам риска возникновения КГ. Наиболее часто выполняемой акушерской операцией в основной группе оказалась вакуум-экстракция плода (9,50%), реже — кесарево сечение (1,19%) и акушерские щипцы (0,59%). Стоит отметить, что у 88,7% женщин роды проведены через естественные родовые пути без использования специальных акушерских приемов.

Таблица

Характеристика течения беременности у матерей детей групп сравнения, абс. (%)

Критерий	Основная группа n=168	Группа сравнения n=30	Достоверность различия
ОРИ	31 (18,5)	2 (6,7)	p>0,05
Кольпит	58 (34,5)	2 (6,7)	p<0,001
Угроза прерывания	16 (9,5)	3 (10,0)	p>0,05
Гестоз	34 (20,2)	2 (6,7)	p>0,05
ХФПН	20 (11,9)	0	p>0,05
Анемия	42 (25,0)	0	p<0,01

Учитывая прогностическую ценность оценки по шкале Апгар, нами проанализирован данный показатель у пациентов обследованных групп. Оценка 8 баллов и выше на первой минуте жизни получили 88,1% новорожденных I группы и 100% детей группы сравнения.

Выявлены следующие закономерности распределения пациентов основной группы в зависимости от локализации КГ: 37,5% пациентов — КГ правой теменной кости, 26,8% — левой, 30,4% — обеих теменных костей. В исследуемой группе чаще встречались КГ 2-й степени (диаметр 4,1÷8,0 см) в 65,7% случаев, реже 1-й степени (диаметр ≤4,0 см) — 26,4% и 3 степени (диаметр ≥8,1 см) — 7,9%. В структуре ведущих неврологических синдромов преобладали синдром угнетения (47%), гипертензионный синдром (35,1%), синдром возбуждения (14,3%). При оценке неврологического статуса детей I группы по состоянию безусловных рефлексов периода новорожденности в дебюте заболевания показательными оказались рефлексы опоры, автоматической ходьбы и Галанта. Следует подчеркнуть, у 85,1% пациентов на этапе первичного осмотра в отделении рефлекс автоматической походки не вызывался. В основной группе в 80,9% случаев на этапе госпитализации была диагностирована энцефалопатия новорожденного.

В структуре сопутствующей патологии, представленной на рисунке, достоверно чаще по сравнению с контролем у пациентов с КГ встречались ретинальные кровоизлияния (14,3% в основной группе и 0% в группе сравнения, p<0,05), ангиопатия сетчатки (17,3 и 0% соответственно, p<0,05), МАРС (36,3 и 5,5% соответственно, p<0,01), дисплазия тазобедренных суставов (42 и 6,7% соответственно, p<0,001).

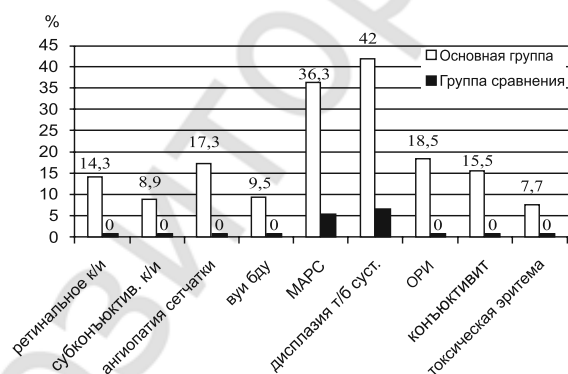


Рисунок — Структура сопутствующей патологии у новорожденных групп сравнения

Классически для субпериостальных гематом в неонатальном периоде описаны желтушный и анемический синдромы [2]. Лабораторно зафиксированная гипербилирубинемия на момент госпитализации в РНПЦ МиД наблюдалась только у 11% пациентов основной группы. Значительно чаще гипербилирубинемия отмечалась у младенцев с КГ 3 степени, у которых отмечались также отклонения в коагулограмме. Типичного подъема общего билирубина в начале рассасывания КГ на 10–12-е сут выявлено не было. Случаев острого анемического синдрома у детей обследованных групп не было. У 26,8% детей основной группы была выполнена рентгенография костей черепа, на которой выявлены признаки дискомплектации у 22,2% новорожденных, признаки внутричерепной гипертензии — 15,6%, оссификации КГ — 2,2%. Всем пациентам обследованных групп проведена нейросонография. Чаще всего у младенцев основной группы диагностированы перивентрикулярный отек (37,5%), признаки незрелости (27,4%), СЭК (21,4%), однако у 16,1% эхопризнаки патологии ЦНС выявлены не были.

Новорожденным детям основной группы в стационаре проведено комплексное консервативное лечение антигеморрагическими средствами (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-е сут жизни. С учетом выявленных особенностей целесообразно внести дополнения в алгоритм оказания медицинской помощи данной категории пациентов: УЗИ сердца и тазобедренных суставов, консультации окулиста и ортопеда. Пациентам с КГ 3 степени следует проводить более углубленное лабораторное обследование с выполнением коагулограммы и динамического биохимического анализа крови.

#### **Выводы:**

1. Частота встречаемости КГ у новорожденных детей ПОНД с ППНС за период 2012–2013 гг. составила 19,3%.

2. К перинатальным факторам риска развития КГ относятся отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (26,7 против 6,7% в группе сравнения,  $\chi^2=5,7$ ;  $p<0,05$ ), кольпиты (34,5 против 6,7%,  $\chi^2=11,8$ ;  $p<0,001$ ), анемия (25,0 против 0,  $\chi^2=9,5$ ;  $p<0,01$ ), гестоз (20,2%), ХФПН (11,9%).

3. Ведущие неврологические синдромы в дебюте заболевания у новорожденных основной группы — синдром угнетения ЦНС (47,0%) и гипертензионный синдром (35,1%). При проведении нейросонографии наиболее часто выявлены перивентрикулярный отек (37,5%), признаки незрелости (27,4%).

4. У младенцев основной группы достоверно чаще по сравнению с группой сравнения встречались МАРС (36,3 против 3,3%,  $\chi^2=12,9$ ;  $p<0,001$ ), дисплазия тазобедренных суставов (42,2 против 6,7%,  $\chi^2=13,9$ ;  $p<0,001$ ), ангиопатия сетчатки (17,3 против 0,  $\chi^2=6,1$ ;  $p<0,05$ ), ретинальные кровоизлияния (14,3 против 0,  $\chi^2=4,9$ ;  $p<0,05$ ). Признаки дисплазии соединительной ткани могут рассматриваться дополнительным фактором риска формирования КГ у новорожденных.

5. Выявленные особенности анамнеза, клинического течения и результатов лабораторно-инструментального обследования у новорожденных с КГ обосновывают целесообразность разработки индивидуальных лечебно-диагностических алгоритмов и реабилитационных программ для данной категории пациентов.

## **CLINICODIAGNOSTIC MARKERS OF CEPHALHEMATOMA OF NEWBORNS**

*V.A. Prilutskaya, A.V. Ankudovich, B.L. Elinevskiy*

The article presents the results of the research which were obtained while analyzing the clinical picture of cephalhematoma of 198 patients treated at the National Research Center “Mother and child” during the period 2012–2013. In accordance with the identified progression risk factors and clinical diagnostic markers of cephalhematoma in the current context it has been proposed to make the following additions to the algorithm of the medical treatment of this group of patients: ultrasound of the heart and coxofemoral joints, a consultation by an ophthalmologist and an orthopedist. Patients with cephalhematoma of the third stage are recommended to have a detailed laboratory examination including coagulogram and dynamic biochemical profile.

#### **Литература**

1. Барашнев, Ю.И. Перинатальная неврология / Ю.И. Барашнев. — М.: Триада-Х, 2001. — 485 с.
2. Кравченко, Е.Н. Родовая травма: акушерские и перинатальные аспекты / Е.Н. Кравченко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 240 с.
3. Неонатология: в 2 т. / Н.П. Шабалов. — 3-е изд. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — Т. 2. — 640 с.
4. Тихонова, Т.К. Причины и механизмы возникновения кефалогематом у новорожденных / Т.К. Тихонова, Т.Б. Шанина // Педиатр. — 2011. — Т. 2, вып. 4. — С. 57–61.