

not in Nomads among the Mongolian Population, China // J. Atheroscler. Thromb. – 2011. – Vol. 18. – P.291-297.

14. *Mancia G., Bombelli M., Corrao G., et al.* Metabolic Syndrome in the Pressioni Arteriose Monitorate E Loro Associazioni (PAMELA) Study: Daily Life Blood Pressure, Cardiac Damage, and Prognosis // *Hypertension*. – 2007. – Vol. 49. – P.40-47.

15. *Meigs J.B.* Epidemiology of the metabolic syndrome // *Am. J. Manag. Care*. – 2002. – Vol. 8, Suppl. II. – S283-S292.

16. *Reaven M.* Role of insulin resistance in human disease // *Diabetes*. – 1988. – Vol. 37. – P.1595-1607.

17. *Shiwaku K., Nogi A., Kitajima K., et al.* Prevalence of the Metabolic Syndrome using the Modified ATP III Definitions for Workers in Japan, Korea and Mongolia // *J. Occup. Health*. – 2005. – Vol. 47. – P.126-135.

18. *Shuumarjav U., Kotani K., Taniguchi N., et al.* Association between serum C-reactive protein and metabolic syndrome in Mongolian patients in comparison to Japanese patients // *Ethn. Dis*. – 2011. – Vol. 21, №1. – P.74-78.

19. *Simmons R.K., Alberti K.G., Gale E.A., et al.* The metabolic syndrome: useful concept or clinical tool? Report of a WHO

Expert Consultation // *Diabetologia*. – 2010. – Vol. 53, №4. – P.600-605.

20. Waist Circumference and Waist-Hip Ratio. Report of a WHO Expert Consultation. Geneva, 8-11 December, 2008. – 39 p.

21. *Weng X., Liu Y., Ma J., et al.* An urban-rural comparison of the prevalence of the metabolic syndrome in Eastern China // *Public Health Nutr*. – 2007. – Vol. 10, №2. – P.131-136.

22. *Yu L., Zhang Y.H., Liu Y.Y., et al.* Comparison of three diagnosis criteria for metabolic syndrome in Mongolian people of agricultural and pastoral regions // *J. Endocrinol. Invest*. – 2009. – Vol. 32, №5. – P.420-425.

23. *Zhang X., Sun Z., Zhang D., et al.* High prevalence of the metabolic syndrome in hypertensive rural Chinese women // *Acta Cardiol*. – 2008. – Vol. 63, №5. – P.591-598.

24. *Zhang X., Sun Z., Zhang X., et al.* Prevalence of metabolic syndrome in Han and Mongolian rural population with hypertension // *J. Int. Med. Res*. – 2007. – Vol. 35, №5. – P.597-599.

25. *Zimmet P., Alberti G., Shaw J., et al.* A new IDF worldwide definition of the metabolic syndrome: the rationale and the results // *Diabetes Voice*. – 2005. – Vol. 50. – P.31-33.

Информация об авторах: Протасов Константин Викторович – профессор кафедры, д.м.н., доцент, 664049, Иркутск, м-н Юбилейный 100, ИГМАПО, кафедра терапии и кардиологии, тел. (3952) 638529, e-mail: protasov_k@rambler.ru; Мягмарсурен Тарваа – заведующая отделением.

© БАРИНОВ С.В., ШАМИНА И.В., ЧУЛОВСКИЙ Ю.И., БЕЛКОВА Т.Н., БАРБАНЧИК И.А., ЧЕКАНЦЕВА Ю.А. – 2013
УДК 618: 76.29.48

ФАКТОРЫ РИСКА И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ КЕФАЛОГЕМАТОМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Сергей Владимирович Баринов, Инна Васильевна Шамина, Юрий Игоревич Чуловский, Татьяна Николаевна Белкова, Ирина Андреевна Барбанчик, Юлия Александровна Чеканцева
(Омская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. А.И. Новиков, кафедра акушерства и гинекологии №2, зав. – д.м.н., проф. С.В Баринов)

Резюме. К числу актуальных медицинских и социальных проблем относится проблема перинатального поражения нервной системы. Частота родовых травм по Р.Е. Берману (1991) составляет от 2 до 7 на 1000 живорожденных. Целью настоящего исследования явилось улучшение перинатальных исходов и возможность прогнозирования риска развития кефалогематом от совокупности перинатальных факторов. Обследовано 60 родильниц с осложненными родами кефалогематомой новорожденных. На основании полученных данных удалось выявить рядотягощающих антенатальных факторов риска развития кефалогематом, а именно экстрагенитальную патологию беременной, которая в большинстве своем носит сочетанный характер. К провоцирующим факторам необходимо отнести такие интранатальные факторы риска, как быстрые и стремительные роды, обвитие плода пуповиной, прием дезагрегантов.

Ключевые слова: перинатальные поражения, родовая травма, кефалогематома.

RISK FACTORS AND THE DEVELOPMENT REASONS OF CEPHALOHEMATOMAS IN MODERN CONDITIONS

S.V. Barinov, I.V. Shamina, Y.I. Chulovskii, T.N. Belkova, I.A. Barbanchik, Y.A. Chekanceva
(Omsk State Medical Academy)

Summary. The problem of perinatal lesion of nervous system belongs to number of actual medical and social problems. Frequency of birth injuries according to R.E. Berman (1991) amounts to from 2 to 7 per 1000 live-born. The purpose of the research was the improvement of perinatal outcomes and possibility of forecasting the risk of development of cephalohematomas depending on the number of perinatal factors. 60 women in childbirth with the complicated childbirth cephalohematomas newborns have been surveyed. On the basis of the received data it was possible to reveal a number of burdened antenatal risk factors of development cephalohematomas, videlicet extragenital pathology of the pregnant woman which in the majority has combined character. It is necessary to refer the following intranatal risk factors to provoking factors – fast and prompt childbirth, loop of umbilical cord, taking disaggregants.

Key words: perinatal lesions, birth injuries, cephalohematoma.

К числу актуальных медицинских и социальных проблем, на решение которых направлены значительные усилия и средства здравоохранения, относится проблема перинатального поражения нервной системы [1,4]. В современной литературе имеются отдельные данные о причинах возникновения родовой травмы, в частности кефалогематомы. Мало изученными остаются отдаленные последствия поднадкостничной гематомы, недооценивается ее роль как маркера более серьезных перинатальных поражений нервной системы [2,13]. Существующие споры исследователей по пово-

ду причин возникновения и отсутствие рекомендаций по предупреждению развития родовой травмы ведут к тому, что частота встречаемости данной патологии не уменьшается, а отдаленные последствия влияют на здоровье и качество жизни, снижая эти показатели. Частота родовых травм по Р.Е. Берману [7] составляет от 2 до 7 на 1000 живорожденных, по данным других авторов – до 6-8% [5,6,14], из них процент осложненных родов кефалогематомами новорожденных составляет 0,1-3% [10,11]. Ведущей причиной кефалогематом традиционно принято считать осложненное течение родов

и травматичные акушерские пособия. Кефалогематома может быть первичным проявлением наследственной коагулопатии, а также проявлением ВУИ (особенно генерализованной микоплазменной инфекции у недоношенных) [12]. Е.Н. Кравченко считает, что родовая травма костной системы может возникнуть при наличии дефицита кальция в организме беременной и плода [5]. Дефицит кальция в крови новорожденного явился фактором риска родовой травмы костной системы. Проведенное исследование показало, что для формирования кефалогематомы у повторнородящих женщин характерен механический характер воздействия [5,8,9,11]. При исследовании преморбитного фона матерей травмированных детей наиболее часто встречаемой патологией, приводящей к внутриутробной гипоксии и интранатальной асфиксии, являлись анемии, последствия ОРВИ, ожирение, преэклампсия [3].

Цель исследования – улучшение перинатальных исходов и возможность прогнозирования риска развития кефалогематом от совокупности перинатальных факторов.

Материалы и методы

В основную группу (I) были включены пациентки, родившие новорожденных с кефалогематомой (n=60). Группу сравнения (II), по методу копии-пара, составили родильницы репродуктивного возраста (n=60) с новорожденными без формирования кефалогематомы. Критериями включения в группы явились: головное предлежание плода в родах, возраст матери от 18 до 40 лет, славянская принадлежность. Критериями исключения считались: юный возраст матери до 18 лет, роды после 40 лет, тазовое предлежание плода, азиатская принадлежность. Оценивались анамнестические данные, течение беременности и родов, клинические и лабораторные показатели, данные ультразвукового исследования, доплерометрия. Обязательным условием было наличие информированного согласия родильниц на проводимое исследование. Исследование одобрено этическим комитетом ОмГМА от 16 февраля 2011, выписка из протокола №28. Статистическая обработка данных проводилась с применением авторской программы для ЭВМ «Статистический анализ клинико-лабораторных данных для прогнозирования риска развития патологии R-MED» (Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2011614225 от 30 мая 2011), применением интегральной системы для комплексного статистического анализа и обработки данных «Statistica 6.0» и «Microsoft Excel». Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05. Для расчета применялись непараметрические методы (Манна-Уитни, ранговый коэффициент корреляции Спирмена). Сравнение относительных величин проводили с помощью точного критерия Фишера двустороннего или критерия χ^2 с поправкой Йетса.

Результаты и обсуждение

Нами проведен анализ течения беременности, исходов родов для матери и новорожденного с кефалогематомой. Группы были сопоставимы по возрасту ($26,2 \pm 5,27$ года и $24,8 \pm 4,78$ года соответственно), паритету родов (процент первородящих в I группе – 73,4%, повторнородящих – 26,6%, во II группе 68,0% и 32,0% соответственно), по экстрагенитальной патологии. Так в обеих группах ведущее место в структуре экстрагенитальной патологии занимают болезни сердечно-сосудистой системы (I группа – 28,3%, II группа – 20,0%), заболевания пищеварительной системы (18,3% и 21,6% соответственно), хроническая железодефицитная анемия (ЖДА) (I группа – 16,6%, II группа – 10,2%). С одинаковой частотой встречаются заболевания почек (11,6% и 12,2% соответственно), органов дыхания (I группа – 8,3%, II группа – 9,8%) и гепатитом В (I группа – 2,9%, II группа – 3,2%). В тоже время при анализе экстрагенитальной патологии были различия по частоте встречаемости таких заболеваний, как ожирение (I группа– 31,6%, II группа – 8,3%, $p < 0,05$), наследственные и приобретенные тромбофилии (I группа 13,3% II группа – 6,0%, $p < 0,05$). На основании проведенного исследования, по нашему мнению риск развития кефалогематом новорожденных значительно выше при сочетании факторов, а именно хронического пиелонефрита и врожденных пороков развития

логии занимают болезни сердечно-сосудистой системы (I группа – 28,3%, II группа – 20,0%), заболевания пищеварительной системы (18,3% и 21,6% соответственно), хроническая железодефицитная анемия (ЖДА) (I группа – 16,6%, II группа – 10,2%). С одинаковой частотой встречаются заболевания почек (11,6% и 12,2% соответственно), органов дыхания (I группа – 8,3%, II группа – 9,8%) и гепатитом В (I группа – 2,9%, II группа – 3,2%). В тоже время при анализе экстрагенитальной патологии были различия по частоте встречаемости таких заболеваний, как ожирение (I группа– 31,6%, II группа – 8,3%, $p < 0,05$), наследственные и приобретенные тромбофилии (I группа 13,3% II группа – 6,0%, $p < 0,05$). На основании проведенного исследования, по нашему мнению риск развития кефалогематом новорожденных значительно выше при сочетании факторов, а именно хронического пиелонефрита и врожденных пороков развития

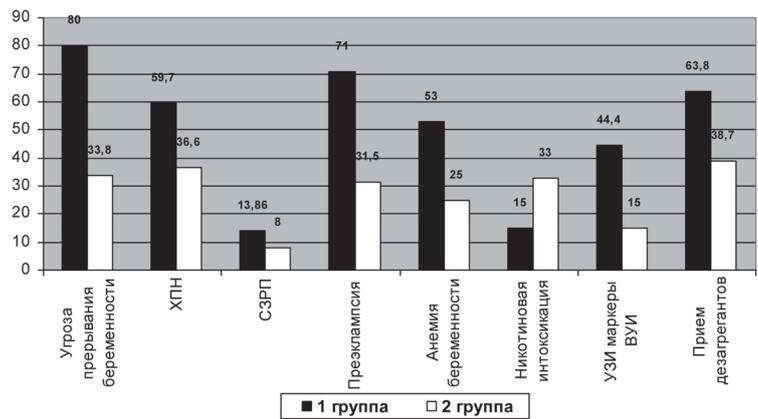


Рис. 1. Частота осложнений течения беременности в группах, %.

(ВПР) мочеполовой системы у матери ($\chi^2=4,5$; $p=0,0335$), хронического бронхита и хронической ЖДА ($\chi^2=4,36$; $p=0,0289$), тромбофилий и хронического пиелонефрита ($\chi^2=3,97$; $p=0,0462$), анемии беременных и ВПР мочеполовой системы у матери ($\chi^2=5,73$; $p=0,0133$).

Представляет определенный интерес характер течения беременности и ее осложнения у женщин, родивших новорожденных с кефалогематомой. По нашим данным, в исследуемых группах течение беременности осложнилось: угрозой прерывания беременности (I группа

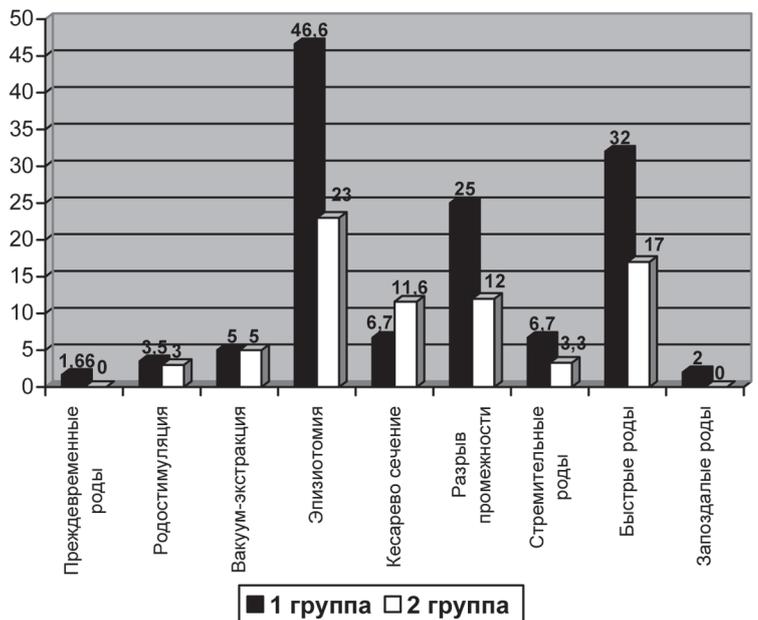


Рис. 2. Особенности течения родов в группах, %.

– 80,0%, II группа – 33,8%, $p < 0,05$), умеренной преэклампсией (I группа – 71,0%, II группа – 31,5%, $p < 0,001$), плацентарной недостаточностью (59,7% и 36,6% соответственно), анемией беременных (53,0% и 25,0% соответственно), задержкой роста плода (I группа – 13,8% и II группа – 8,0%) (рис. 1). По нашим данным, значимыми причинами в возникновении кефалогематом новорожденных явилось сочетание пренатальных факторов: угрозы прерывания беременности и УЗИ-маркеров внутриутробной инфекции (ВУИ) в скрининговые сроки ($\chi^2=5,24$; $p=0,0221$), умеренной преэклампсии и уреоплазменной инфекции ($\chi^2=4,65$; $p=0,03114$), умеренной преэклампсии и хронической плацентарной недостаточности (ХПН) ($\chi^2=5,57$; $p=0,0183$).

Результаты проведенных исследований показали, что патологические по течению роды наблюдались в 40,0% случаев женщин, родивших детей с кефалогематомами (стремительные роды составили 6,6%, быстрые – 31,6%, затяжные роды – 1,66%). Средняя продолжительность первого периода родов в основной группе составила 7 час 10 мин (± 4 час 40 мин) второго периода – 20 мин ($\pm 7,9$ мин), минимальная продолжительность родов 2 час 30 мин, максимальная 36 час 25 мин. Роды осложнились в основной группе: преждевременным разрывом околоплодных оболочек (ПРОПО) в 45,0%, обвитием пуповины вокруг шеи плода в 41,6% случаях, развитием заднего вида в 6,66%, беременные с узким тазом составили 16,0%. В своем исследовании нами предприняты попытки выявления взаимосвязи развития кефалогематом новорожденных в зависимости от проведения родоусиливающих и родоразрешающих операций. Из оперативных вмешательств в I группе – кесарево сечение было проведено в 6,66%, вакуум-экстракция плода – в 5,0%, в родах проводилась эпизиотомия в 46,6% (рис. 2). В количественном отношении нет значимых различий в развитии кефалогематом как в случае проведения эпизиотомий, так и в случае их невыполнения. Особое внимание необходимо обращать на первоначальное исходное состояние матери и плода до родов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрович Ю.С., Гордеев В.И. Стратегия исследования качества жизни детей, перенесших тяжелую черепно-мозговую травму // Всероссийская конференция с международным участием «Исследование качества жизни в медицине», 4–6 июня 2000 г. – СПб., 2000. – С.25-27.
2. Александрович Ю.С. Прогнозирование исходов тяжелой черепно-мозговой травмы // Сборник докладов и тезисов II съезда межрегиональной ассоциации общественных объединений анестезиологов и реаниматологов Северо-Запада. Архангельск 25–27 июня 2003 года. – Архангельск, 2003. – С.230-233.
3. Гарибян А.А., Нерсисян З.П., Бахшиян Т.Р. К вопросу о зависимости уровня родового травматизма новорожденных от пути родоразрешения, гестационного возраста и преморбитного фона новорожденного // Фундаментальные и прикладные проблемы медицины и биологии. – 2005. – № 5. – С.45-46.
4. Георгиева О.А. Кефалогематома у новорожденных с перинатальным поражением нервной системы: клиника, диагностика, лечение: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2005. – 18 с.
5. Кравченко Е.Н. Профилактика интранатальных повреждений плода при осложненных родах: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Омск, 2009. – 46 с.
6. Мельникова Д.Е., Брюхина Е.В. К вопросу о генезе кефалогематом в современных условиях // Актуальные проблемы

Анализируя плодовые факторы, получены следующие результаты: крупный плод наблюдался в 18,3% случаев, гипотрофия плода – в 6,66%. Левотемненных кефалогематом отмечено в 58%, что значительно больше в сравнении с правотемненными – 25%, двусторонних кефалогематом – 11,0%, кефалогематом затылочной области – 6,0%. Мальчиков с кефалогематомами родилось больше, чем девочек (58,3 и 41,6% соответственно) (рис. 3).

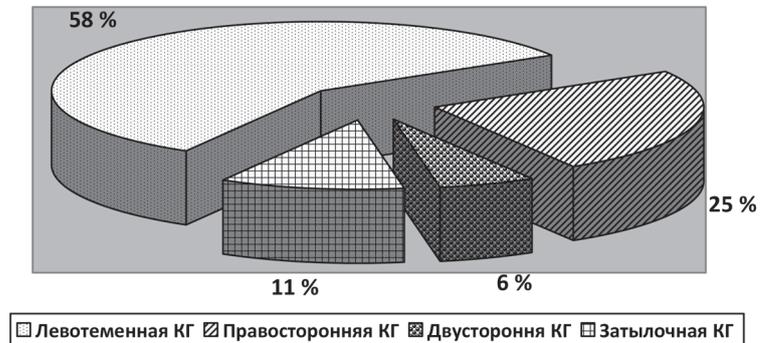


Рис. 3. Удельный вес кефалогематом.

Таким образом, по результатам нашего исследования основными пренатальными факторами развития кефалогематом новорожденных является экстрагенитальная патология сочетанного характера, а именно сочетание хронического пиелонефрита и ВПР мочеполовой системы у матери ($p=0,0335$), хронического бронхита и хронической ЖДА ($p=0,0289$), тромбофилий и хронического пиелонефрита ($p=0,0462$), анемии беременных и ВПР мочеполовой системы у матери ($p=0,0133$). А так же сочетание факторов, осложняющих течение беременности: угрозы прерывания беременности и УЗИ-маркеров ВУИ ($p=0,0221$), умеренной преэклампсии и уреоплазменной инфекции ($p=0,03114$), умеренной преэклампсии и ХПН ($p=0,0183$). К провоцирующим факторам необходимо отнести следующие интранатальные факторы риска: первые роды, быстрые и стремительные роды, обвитие шеи плода пуповиной.

- медицинской науки, технологий и профессионального образования: юбилейный вып. – Челябинск: Иероглиф, 2005. – Т. 2. – С.156-157.
7. Педиатрия. Руководство. Кн. 2. Болезни плода и новорожденного, врожденные нарушения обмена веществ: пер. с англ. / под ред. Р.Е. Бермана, В.К. Вогана. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1991. – 528 с.
 8. Пишечникова К.И., Чистякова В.Ю. Клинические проявления геморагического синдрома у детей, перенесших внутричерепные кровоизлияния в периоде новорожденности (катамнестические исследования) // Педиатрия. – 2007. – Т. 86. №1. – С.52-56.
 9. Ратнер А.Ю. Неврология новорожденных. – М., 2005. – 386 с.
 10. Руководство по педиатрии. Неонатология / Под ред. А.А. Баранов и др. – М.: Династия, 2006. – С.319-320.
 11. Сафронова Л.Е., Брюхина Е.В. Кефалогематомы. Современный взгляд на проблему // Медицина в Кузбассе. – 2009. – №4. – С.80-84.
 12. Шабалов Н.П. Неонатология: учеб. пособие: в 2 т. – 5-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – С.542-555.
 13. Donn S.M., Faix R.G. Long-term prognosis for the infant with severe birth trauma // Clin Perinatol. – 1983. – Vol. 10. №2. – P.507-520.
 14. Levine M.G., Holroyde J., Woods J.R.Jr. Birth trauma: incidence and predisposing factors // Obstet Gynecol. – 1984. – Vol. 63. №6. – P.792-795.

Информация об авторах: Баринов Сергей Владимирович – профессор, заведующий кафедрой, д.м.н., 6440043, г.Омск, ул. Ленина 12, тел. (3812) 233289, 240658, e-mail: akusheromsk@rambler.ru; тел. (3812); Шамина Инна Васильевна – ассистент, к.м.н., e-mail: innadocsever@rambler.ru; Белкова Татьяна Николаевна – доцент, к.м.н.; Чуловский Юрий Игоревич – доцент, к.м.н.; Барбанчик Ирина Андреевна – ассистент, к.м.н.; Чеканцева Юлия Александровна – студентка.