

© Т. К. Тихонова, Т. Б. Шанина

Военно-медицинская академия
им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. В настоящее время возрастает роль перинатального, безопасного родовспоможения. Одной из причин перинатальной смертности и заболеваемости является родовая травма. К повреждениям мягких тканей плода в процессе родов относится кефалогематома. До недавнего времени считалось, что основной причиной возникновения кефалогематом у новорожденных являются только патологические роды. В последние годы увеличилось рождение детей с данной патологией, причем и после физиологических родов. Поэтому изучение возможных причин возникновения кефалогематом у детей и стало целью нашей работы. Осложнения беременности, экстрагенитальная патология, длительный прием антитромботических препаратов во время беременности предрасполагают к возникновению данной патологии.

Ключевые слова: кефалогематома; период адаптации новорожденных; антикоагулянты; антиагреганты.

ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КЕФАЛОГЕМАТОМ У НОВОРОЖДЕННЫХ

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время возрастает роль перинатального безопасного родовспоможения. Одной из причин перинатальной смертности и заболеваемости является родовая травма. Несмотря на современные перинатальные технологии в родах, частота родового травматизма не имеет тенденции к снижению — 2–7% от числа родившихся живыми.

К повреждениям мягких тканей плода в процессе родов относится кефалогематома. Механизм данной травмы заключается в том, что во время прохождения головки плода по родовому каналу вследствие сдавления костей черепа смещение мягких тканей влечет за собой надкостницу и происходит разрыв сосудов подкостницы. Движение сухожильного шлема вместе с кожей вызывают натяжение фиброзных волокон, соединяющих его с надкостницей. При сильном механическом воздействии мелкие сосуды надкостницы не выдерживают растяжения и сдавления и повреждаются с последующим излитием крови в поднадкостничное пространство и образованием кефалогематомы [3].

До недавнего времени считалось, что основной причиной возникновения кефалогематом у новорожденных являются только патологические роды [1]. В последние годы увеличилось рождение детей с данной патологией, причем и после физиологических родов. Поэтому изучение возможных причин возникновения кефалогематом у детей и стало целью нашей работы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами были изучены антенатальные и интранатальные факторы риска возникновения кефалогематом у новорожденных, в том числе и влияние лекарственных препаратов, которые женщины применяли во время беременности. Нами проведен анализ диспансерных карт, историй родов и историй развития новорожденных у 62 женщин, дети которых родились с кефалогематомами в клинике акушерства и гинекологии ВМА за период 2007–2010 гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По нашим данным, частота кефалогематом у новорожденных составила 0,9–2,5%. Полученные результаты не выходят за пределы допустимых показателей по литературным данным [2]. Однако этот показатель остается стабильным, не имеет тенденции к снижению.

У всех обследованных нами женщин в 100% случаев наблюдались антенатальные факторы риска возникновения кефалогематом у детей.

Наиболее часто у женщин во время беременности наблюдались гестоз (24,6%), причем преимущественно сочетанный, раноначавшийся и длительно текущий, острые респираторно-вирусные заболевания (24,5%), анемии 16,7%, сердечно-сосудистые заболевания, хроническая никотиновая интоксикация во время беременности 10,1%, эндокринопатии — 8,3%

Данные осложнения способствуют сосудистым нарушениям у плода, фетоплацентарной недостаточности, внутриматоч-

УДК: 616.714.1-003.215-053.3

ной гипоксии, задержке роста и развития плода. У детей, родившихся с кефалогематомами, еще во время беременности или с началом родов были диагностированы: хроническая гипоксия плода — (8%), задержка внутриутробного развития плода — (8%), признаки внутриутробного инфицирования — (24%), незрелости — (16%). После рождения также у значительного числа детей (35%) обнаружено снижение адаптационных реакций новорожденных.

Нами была достоверно доказана сезонность возникновения кефалогематом у новорожденных. Чаще данная патология наблюдалась в осенний (44%) и весенний (32%) периоды, что, скорее всего, связано с увеличением в этот период частоты простудных заболеваний. И в это же время года доказано увеличение частоты позднего гестоза, особенно его тяжелых форм, преэклампсии и эклампсии [1].

Механизм возникновения кефалогематом у детей кроется в особенностях их внутриутробного развития, подтверждением данного взгляда является проведенный нами анализ течения родов. У 67,5% женщин роды протекали без осложнений, хотя у 100% женщин были предрасполагающие факторы к возникновению кефалогематом еще во время беременности. Следует отметить, что у большинства женщин были нормальные размеры таза — 91,2%, средние размеры плода — 85%, безводный промежуток был менее часа у 28,5%. У большинства (73,6%) женщин в родах была выполнена эпизиотомия. В остальных случаях наблюдалось: чрезмерная родовая деятельность — 20%, слабость родовой деятельности — 12,5%, несвоевременное излитие вод — 19,2%, длительный безводный промежуток — 10,2%, крупный плод — 15%, асинклитические вставления головки плода — 23,1%. Из 62 женщин у 3 (4%) роды были закончены операцией кесарева сечения. До операции роды продолжались от 8 до 11 часов. Показаниями к кесареву сечению были клинически узкий таз, острая гипоксия плода. Несмотря на то что во всех этих случаях головка плода оставалась только прижатой ко входу в малый таз, извлечение плодов во время кесарева сечения было без особенностей, у детей были обнаружены кефалогематомы в первые сутки после родов.

Таким образом, основной причиной образования кефалогематом на головке плода является чрезмерная сила мышечных сокращений матки, но только при ситуациях, предрасполагающих к травме.

Полученные нами результаты совпадают с литературными данными, что сочетание предраспо-

лагающих состояний во время беременности и интранатальных факторов увеличивают вероятность родового травматизма [2]. В структуре родовых травм различают «акушерскую травму», которая возникает при оказании акушерских пособий при патологических родах (около 10% от всех родовых травм) [1].

Причинами «акушерской» травмы чаще всего являются: акушерские операции (вакуум-экстракция, акушерские щипцы), использование эпидуральной анестезии без показаний, длительная медикаментозная родостимуляция (энзапрост, окситоцин).

Наше мнение, что кефалогематома не может быть отнесена к акушерской травме, так как у обследованных нами женщин не проводилась длительная родостимуляция, не применялись в родах эпидуральная анестезия и акушерские щипцы.

Диагноз кефалогематомы был поставлен у 28 (45%) новорожденных в течение первых суток. У 34 (55%) детей было отмечено отсроченное появление кефалогематомы и увеличение ее объема в течение 2–3 дней. Это связано с временным дефицитом факторов свертывания крови у новорожденного в первые дни жизни. С другой стороны, отсроченное появление кефалогематомы свидетельствует о системных нарушениях у ребенка. Чаще всего кефалогематомы образуются на одной или обеих теменных костях, реже — на затылочной и лобной, и еще реже — на височной кости черепа, но не переходит на швы и роднички. В нашем исследовании у 53 (85%) детей кефалогематома была в пределах одной теменной кости, у 8 (13%) детей было обнаружено 2 кефалогематомы. Формирование двух и более кефалогематом у детей также доказывает, что причина их возникновения в самом ребенке. Следует также отметить, что у большинства этих женщин (у 7 из 8) роды протекали физиологически.

У 40 (64%) детей объем кефалогематомы был небольшой — от 5 до 10 мл, у 21 (34%) более 10 мл. Максимальный объем составил 20 мл в одном случае. Большинство детей 45 (72%) были выписаны вместе с мамами на 4–5-е сутки после родов. У них кефалогематомы стали уменьшаться в размерах после 7–10-го дня и исчезли на 3–8-й неделе, рассасываясь самостоятельно без лечения. Изначально диаметр кефалогематом у этих детей был до 5 см². У 17 (28%) детей пребывание в акушерском отделении составило 12–14 суток, им детским хирургом была выполнена пункция на 10–12-е сутки. В этой группе кровоизлияние было значительным (6 см² и более). Хирургическое

лечение кефалогематом диаметром более 6 см² показано из-за опасности в дальнейшем оксификации гематомы, что может привести к деформации черепа. У этих детей в неонатальном периоде были осложнения: желтуха — 15 (24%), анемия — 2 (3%). Двум из них была выполнена расширенная коагулограмма.

При анализе течения беременности у обследованной группы женщин было обращено внимание на длительный прием медикаментов во время беременности. В последние годы при наблюдении в женской консультации врачи назначают беременным большое количество лекарственных препаратов, причем преимущественно с профилактической целью. Да и сами беременные бесконтрольно принимают ряд препаратов, которые отрицательно влияют на плод. Нами обнаружено, что в 100% случаев беременные обследуемой группы во время беременности принимали антикоагулянты (фраксипарин, аспирин) и/или антиагреганты (курантил, трентал) длительно — 4–6 недель во 2 и/или в 3 триместрах. Показаниями к назначению данных препаратов были: угроза невынашивания беременности вследствие тромбофилии — 15%, профилактика плацентарной недостаточности — 50%, профилактика позднего гестоза — 35%. Причем 35,5% женщин препараты принимали длительно.

В норме во время беременности концентрация в крови у женщин почти всех факторов свертывания непрерывно возрастает. Одновременно падает активность ингибиторов свертывания, например антитромбина III, и снижается фибринолитический потенциал. Повышение способности к свертыванию имеет значение для эффективной остановки кровотечения во время родов после отделения плаценты. Вместе с тем следствием такого повышения является почти 5-кратное увеличение частоты развития тромбоэмболических заболеваний у беременных.

На наш взгляд, в образовании кефалогематом у ребенка ведущую роль играют состояние сосудистой стенки и факторы свертывания. Доказано, что все гемотропные медикаментозные средства способны активно вмешиваться в метаболические процессы всех тканей организма плода, в том числе сосудистой стенки. Из этого можно сделать предположение, что антитромботические средства, воздействуя на сосудистую стенку, изменяют ее морфологию и структуру, снижая эластичность и прочность. Это в свою очередь предрасполагает к нарушению целостности при оказании повышенной механической нагрузки. По мнению ряда авторов, антикоагулянты и дезагреганты отрица-

тельно влияют на клетки эндотелия, угнетаются дыхательные процессы, снижается внутриклеточное содержание глюкозы и катехоламинов. Происходит вымывание элетролитов из мембран сосудистой стенки, что меняет их проницаемость, расстояние между эндотелиоцитами увеличивается и прочность сосудистой стенки снижается. Также активность антитромботических средств снижает способность к свертываемости крови у новорожденных. Все эти факторы предрасполагают к образованию кефалогематом. Для более полного понимания механизма действия антитромботических средств на сосудистую стенку и кровь плода требуются дальнейшие углубленные экспериментальные исследования.

ВЫВОДЫ

1. Профилактика возникновения кефалогематом у детей заключается прежде всего в профилактике осложнений и заболеваний у женщин во время беременности.
2. Профилактическое лечение невынашивания беременности, плацентарной недостаточности, позднего гестоза с применением антитромботических средств следует проводить курсами, а не в непрерывном режиме, с отменой этих препаратов в 36 недель. В данном случае появление кефалогематом у живых доношенных плодов можно считать «побочным эффектом» лечения.
3. Следует обратить внимание на проблему недостаточной осведомленности беременных женщин о действии некоторых «популярных» медикаментов, таких как аспирин, курантил и трентал.
4. При наличии антенатальных факторов риска, предрасполагающих к развитию кефалогематом у детей, а также при длительном применении во время беременности антитромботических препаратов следует применять меры профилактики возникновения кефалогематом в родах: отказ от длительной медикаментозной родостимуляции, активной тактики ведения при преждевременном излитии вод, рутинной ранней амниотомии; своевременный переход на кесарево сечение; свобода выбора положения женщины во время потуг (вертикальное положение более оправдано); не спешить с потугами; не разрешать роженице тужиться до резывания головки.
5. У детей с кефалогематомами следует проводить более углубленное обследование: расширенную коагулограмму, биохимический анализ крови, рентгенологическое исследование костей черепа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство. Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — С. 1160–1161.
2. Основы перинатологии: Учебник/ Под ред. проф. Н.П. Шабалова и проф. Ю.В. Цвелева. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 3-е изд. — С. 355–356.
3. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии / Под ред. Г.М. Савельевой. — М.: МИА, 2006. — С. 344–348.

CAUSES AND MECHANISMS OF OCCURRENCE
NEWBORNS CEPHALOHAEMATOMA

Tihonova T. K., Shanina T. B.

◆ **Resume.** The importance of secure obstetrics is high at present. One of the causes of perinatal death and morbidity is a birth trauma. The damage to fetus soft tissues is cephalohaematoma. Recently there was an view that the main cause of neonatal cephalhaematoma is only abnormal birth. In recent years, the number of this trauma after normal birth is big. Therefore the study of possible causes cephalhaematoma became the aim of our work. Complications of pregnancy, extragenital pathology, antiplatelet therapy during pregnancy predispose to the emergence of this pathology.

◆ **Key words:** cephalhaematoma; neonatal adaptation period; anticoagulants; antiplatelet therapy.

◆ Информация об авторах

Тихонова Татьяна Кирилловна — к. м. н., доцент. Кафедра акушерства и гинекологии им. А. Я. Красновского. Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6.
E-mail: Tatiana-borisovna@mail.ru.

Шанина Татьяна Борисовна — клинический ординатор. Кафедра акушерства и гинекологии им. А. Я. Красновского. Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6.
E-mail: Tatiana-borisovna@mail.ru.

Tihonova Tatiana Kirillovna — associate professor. S. M. Kirov Medical-military academy, Obstetrics and Gynecology of Krassovskii A. Lebedeva str., 6, Saint - Petersburg, 194044.
E-mail: Tatiana-borisovna@mail.ru.

Shanina Tatiana Borisovna — ordinator. S. M. Kirov Medical-military academy, Obstetrics and Gynecology of Krassovskii A. Lebedeva str., 6, Saint - Petersburg, 194044.
E-mail: Tatiana-borisovna@mail.ru.