

продуктивное здоровье в Беларуси. – 2010. – № 3 – С. 39–47.

13. Стрижаков А. Н., Давыдов А. И., Казарян Л. С., Колесник Т. Г. Ближайшие и отдаленные результаты гистерорезектоскопии: анализ осложнений и качества жизни больных в послеоперационном периоде // *Анналы хирургии*. – 2001. – № 4. – С. 57–61.

14. Цивилько М. А., Полякова Е. О. Роль психогенных факторов в генезе психических нарушений у больных, перенесших гистерэктомию // *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина*. – 2002. – № 4. – С. 42–49.

15. Mettler L., Schollmeyer T., Tinelli A., Malvasi A., Alkatout I. Complications of uterine fibroids and their management, surgical

management of fibroids, laparoscopy and hysteroscopy versus hysterectomy, haemorrhage, adhesions, and complications. *Obstet. Gynecol. Int.* 2012; 2012: 791248. doi: 10.1155/2012/791248.

16. Semm K (1996). Endoscopic subtotal hysterectomy without colpotomy: classic intrafascial SEMM hysterectomy. A new method of hysterectomy by pelviscopy, laparotomy, per vaginam or functionally by total uterine mucosal ablation. *Int.Surg.* 81 (4):362–70.

17. Wallach E. E., Vlahos N.F. Uterine myomas: an overview of development, clinical features, and management. *Obstet. Gynecol.* 2004; 104(2): 393–406. doi: 10.1097/01.AOG.0000136079.62513.39.

Поступила 28.02.2017

Г. М. ПЕРЦЕВА, А. А. БОРЩЕВА

КЕФАЛОГЕМАТОМА. ПОИСК ФАКТОРОВ, ПРОВОЦИРУЮЩИХ ЕЕ ПОЯВЛЕНИЕ

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 ФГБОУ ВО Рост ГМУ МЗ России, Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29; тел. +7-918-554-01-83. E-mail: Aborsheva@ctsnet.ru

Кефалогематома – одна из форм родового травматизма, которая встречается, по данным разных авторов, в 1–4 % случаев. Существует мнение, что кефалогематома возникает не только при затрудненных родах, но и при физиологических родах. Был проведен анализ возникновения кефалогематом у 60 новорожденных. Для снижения данной патологии необходимо более тщательно подходить к назначению препаратов, влияющих на свертывающую систему крови, своевременно корректировать осложнения беременности и родов.

Ключевые слова: беременность, роды, плод, кефалогематома.

G. M. PERTCEVA, A. A. BORSCHEVA

CEPHALOHEMATOMA. THE SEARCH FOR FACTORS, THAT TRIGGER ITS OCCURRENCE

*State Educational Establishment of Higher Professional Training of Rost GMU of Health Service Ministry, Rostov-on-Don, Russia
The department of Obstetrics and Gynecology № 1, 29 Nakhichevanskiy lane, Rostov-on-Don, 344022, Russia; tel. +7-918-554-01-83. E-mail: Aborsheva@ctsnet.ru*

Cephalohematoma – one of the forms of birth trauma, which occurs in 1 % to 4 % according to different authors. It's believed that cephalohematoma arises not only in obstructed labor, but in physiological childbirth too. Analysis of occurrence of cephalohematoma was held among 60 newborns. To decrease this pathology appointment of drugs, that affect blood clotting, must be more careful, and correction of complications of pregnancy and childbirth, must be in timely manner.

Keywords: pregnancy, labor, fetus, cephalohematoma.

К числу актуальных медицинских проблем относятся осложнения перинатального поражения плода. Несмотря на то что беременность и роды считаются физиологическим процессом, тем не менее довольно часто возникают осложнения, как для матери, так и для плода. Одним из осложнений для плода является родовой травматизм. Родовые травмы новорожденных могут оказывать серьезное влияние на дальнейшее физиологическое здоровье и интеллектуальное развитие ребенка [1, 2]. Среди родового травматизма чаще

всего встречается кефалогематома. По данным отечественных авторов [2, 3] количество кефалогематом колеблется от 1 % до 3,2 %, в зарубежной литературе [1, 3] этот показатель – до 4 %. Кефалогематома характеризуется кровоизлиянием под надкостницу теменных и затылочной костей черепа. Механизм образования кефалогематом до настоящего времени недостаточно изучен. Существуют различные точки зрения на патогенез данной патологии. Так, традиционно считают, что основной причиной образования кефалогемато-

мы у новорожденных являются осложнения родов [1, 2]: длительность потужного периода, применение в родах вакуум – экстрактора, обвитие пупо-

которых родились с кефалогематомой (по материалам родильного отделения городской больницы № 1 города Ростова-на-Дону за 2015 год).

Таблица 1

Частота возникновения кефалогематом у новорожденных детей в зависимости от имеющейся патологии и оперативных пособий в родах

Экстрагенитальная патология и оперативные пособия в родах	Количество новорожденных с кефалогематомой
Экстрагенитальная патология – 36 (60,00 %)	
Сердечно-сосудистая патология – 29 (48,33 %)	
<i>Вегето-сосудистая дистония</i>	16 (26,67 %)
<i>Пролапс митрального клапана</i>	3 (5,00 %)
<i>Анемия</i>	4 (6,66 %)
<i>Тромбоцитопения</i>	6 (10,00 %)
Другие виды экстрагенитальной патологии	
<i>Хронический пиелонефрит</i>	7 (11,67%)
Применение эпидуральной анальгезии в родах	
<i>Эпидуральная анальгезия в родах</i>	16 (26,67 %)
Применение акушерских родоразрешающих операций – 15 (25,00 %)	
<i>Применение вакуум-экстракции плода аппаратом Kivi</i>	8 (13,34 %)
<i>Родоразрешение путем операции кесарева сечения экстренно</i>	3 (5,00 %)
<i>Родоразрешение путем операции кесарева сечения планово</i>	4 (6,66 %)

вины вокруг шеи плода и др. Однако в последнее время этот постулат подвергается сомнению, поскольку кефалогематома образуется и при физиологическом течении беременности и родов [3, 5]. Довольно интересным является тот факт, что данная патология возникает даже при плановой операции кесарева сечения, которая была проведена с целью исключения осложнений со стороны плода. Необходимо отметить, что в настоящее время наблюдается тенденция к назначению антиагрегантов по различным показаниям при экстрагенитальной патологии. Существует предположение, что рутинное назначение этих препаратов может влиять на механизм свертывания крови и тем самым способствовать образованию кефалогематомы [4, 5]. Поскольку в родах широко проводится обезболивание методом эпидуральной анальгезии, любопытно было проследить, имеется ли связь между данной анестезией и возникновением кефалогематомы. Таким образом, несмотря на то, что имеются различные точки зрения на патогенез возникновения кефалогематом, истинная причина данной патологии не выявлена. Проблема эта остается актуальной и требует дальнейшего изучения.

Цель исследования: провести анализ анамнеза, течения беременности и родов, влияния эпидуральной анестезии и оперативных пособий в родах на возникновение кефалогематомы.

Материалы и методы

Были изучены данные анамнеза, особенности течения беременности и родов у 60 женщин, дети

Результаты и их обсуждение

Из 2774 рожденных детей у 60 (2,16 %) была кефалогематома. Из 60 женщин первородящих было 28 (46,66 %), повторнородящих – 32 (53,34 %). По возрасту, эти женщины распределены следующим образом: от 20 до 25 лет было 23 (38,33 %) женщины, от 26 до 35 лет – 26 (43,33 %), от 35 лет и более – 11 (18,33 %) женщин.

Из 60 женщин (таблица № 1) у 36 (60,00 %) имелась экстрагенитальная патология. Сердечно-сосудистая патология была у 29 (48,33 %) пациенток: у 16 – (26,67 %) – ВСД, у 3 – (5,00 %) – ПМК, у 4 – (6,66 %) – анемия, у 6 (10,00 %) – тромбоцитопения; у 7 (11,67 %) женщин имел место хронический пиелонефрит. Пациенток с эндокринной патологией не было, так как практически все они находятся под наблюдением эндокринологов и акушеров-гинекологов и родоразрешаются в специализированном лечебном учреждении ФГБУ «РНИИАП» Минздрава России. Во время беременности из 60 женщин у 7 (11,67 %) было многоводие, у 6 (10,00 %) – фетоплацентарная недостаточность (ФПН). Тазовое предлежание плода встречалось у 3 (5,00 %) женщин, головное предлежание плода было у 57 (95,00 %) пациенток. При УЗИ в 4 (6,67 %) случаях было выявлено однократное обвитие пуповины вокруг шеи плода, в 8 случаях (13,33 %) диагностирована хроническая гипоксия плода. Продолжительность первого периода родов у первородящих колебалась в пределах от 8 до 11 часов, только у 2 (7,14 %) этот период продолжался от 12 до 14 часов. Из 32 повторнородящих у 4 (12,50 %) первый период родов продолжался 9–11 часов, остальных 28 (87,50 %)

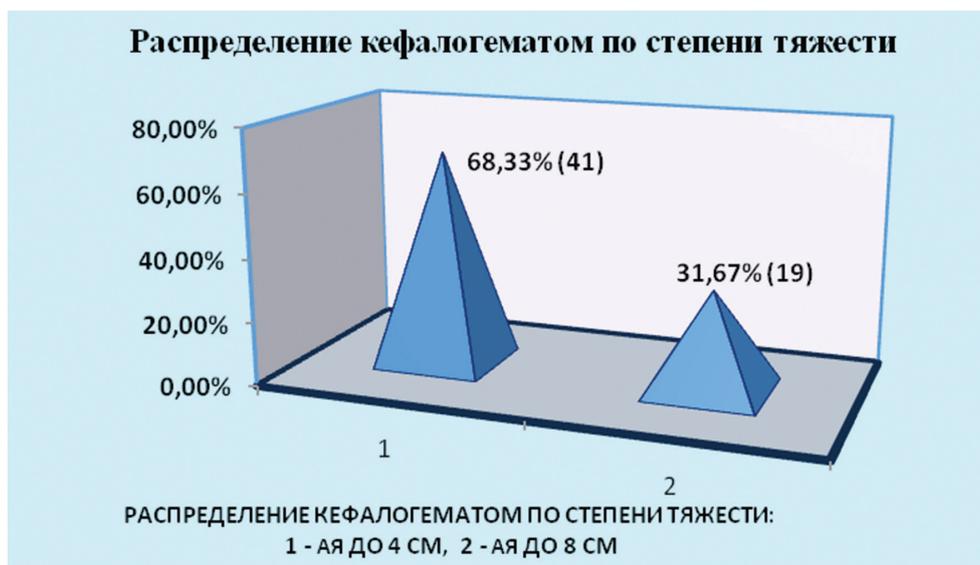


Рис. 1. Распределение кефалогематом по степени тяжести.

женщин он был в пределах 6–8 часов. Второй период родов у первородящих не превышал 2 часов, у повторнородящих его продолжительность была в пределах часа. Эпидуральная анальгезия (ЭА) в родах была проведена 16 (26,67 %) женщинам. Мы определили продолжительность времени от начала анестезии до потужного периода. Продолжительность этого периода колебалась от 3 до 5 часов. Для сравнения хочется отметить, что за указанный промежуток времени (за 2015 год) ЭА применена у 2271 женщины и только у 16 (0,70 %) родившихся у них новорожденных была диагностирована кефалогематома. Применение вакуум-экстракции плода аппаратом Kivi было у 8 (13,34 %) из 60 рожениц. Показаниями к этой операции были в 3 (5,00 %) случаях – слабость потужного периода, в 5 (8,33 %) случаях – острый дистресс плода. Также, для сравнения, необходимо отметить, что из 140 женщин после применения вакуум – экстракции плода в родах (за 2015

год) только у 8 (5,71 %) дети родились с кефалогематомой. Родоразрешено путем операции кесарева сечения 7 (11,66 %) женщин из 60, из них в 3 (5,00 %) случаях имел место острый дистресс плода в родах, у 4 (6,66 %) женщин была плановая операция. Но, удивительно, что даже при плановом абдоминальном родоразрешении у новорожденных была кефалогематома, при том, что во время операции трудностей извлечения плода не было. Показанием для данных операций были анатомический узкий таз, смешанное тазовое предлежание плода, наличие рубца на матке. При сравнении веса рожденных детей мы не выявили закономерности между весом плода и наличием кефалогематомы. Так, кефалогематома была диагностирована у 20 (33,33 %) детей при весе 2500–3200 г. У 25 (41,67 %) детей вес равнялся 3300–3700 г, у 9 (15,00 %) – 3800–4000 г, а у 6 (10,00 %) детей вес был от 4100 до 4300 г. У всех 60 родившихся детей кефалогематома была

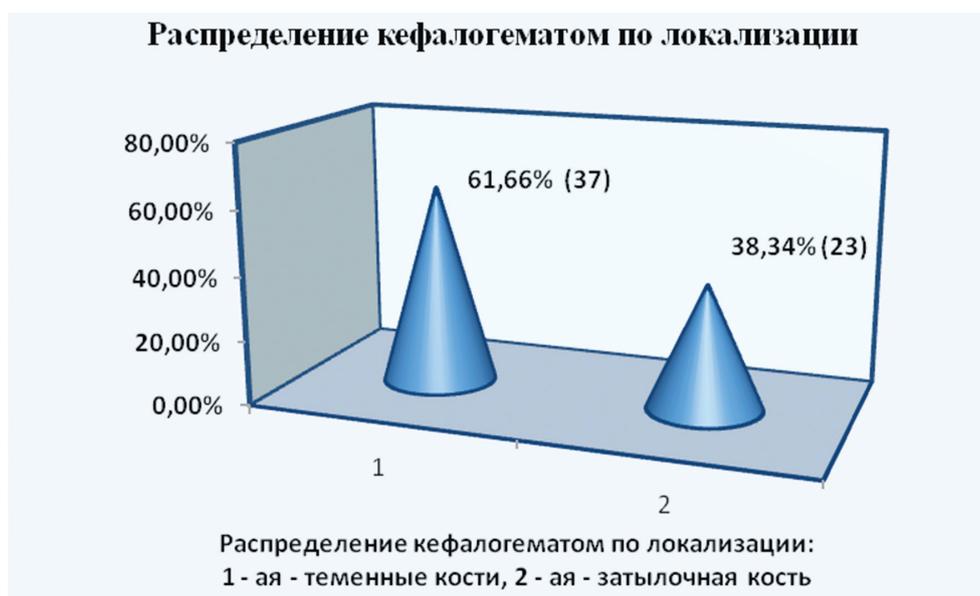


Рис. 2. Распределение кефалогематом по локализации.

диагностирована на вторые сутки после родов. У 41 (68,33 %) новорожденного было кровоизлияние первой степени – кефалогематома до 4 см, у 19 (31,67 %) – кровоизлияние было второй степени – кефалогематома была в пределах 5–6 см (рис. 1).

Локализация кефалогематом была следующей: в области теменных костей у 37 (61,66 %) новорожденных, в области затылочной кости – у 23 (38,34 %) новорожденных (рис. 2).

Все 60 детей родились в срок, с оценкой по шкале Апгар 7–8 баллов. На 5 – сутки все дети выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, все вышеизложенное не дает четкого представления о причинах формирования кефалогематом. Мы определили много факторов, которые могут способствовать возникновению кефалогематомы, хотя ни один из них не может быть приоритетным. Тем не менее, следует обратить внимание, что чаще кефалогематома новорожденных возникает у женщин с сердечнососудистой патологией. Поскольку данная категория женщин в период беременности принимала антиагреганты, антикоагулянты, возникает предположение, что назначение данных препаратов, может быть пусковым моментом для возникновения кефалогематомы, что согласуется с мнением некоторых авторов [3, 4, 5].

Итак, кефалогематома остается актуальной проблемой акушерства и требует поиска современных методов диагностики и предупреждения ее возникновения. Можно предположить, что не только осложнения при беременности и в родах могут быть причиной возникновения кефалогематомы, но не менее важное значение имеют ме-

тоды коррекции у беременных, имеющейся сердечно-сосудистой патологии, так как некоторые медикаментозные препараты (антикоагулянты, антиагреганты) наряду с положительным эффектом со стороны материнского организма могут отрицательно влиять на сосудистую стенку плода, изменять ее структуру и морфологию и тем самым снижать устойчивость к механической нагрузке во время родов. Не исключено влияние данных препаратов и на свертывающую систему крови плода. Однако эта проблема требует дальнейших углубленных научных исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Керчиляева С. Б., Кузнецова О. В. Кефалогематома как результат осложнения родов // Лечащий врач. – 2016. – № 4. – С. 1–5.
2. Нейман Л. Е., Титова С. В. Особенности системы гемостаза у новорожденных с кефалогематомами // Современные проблемы анестезии и интенсивной терапии. – Красноярск, 2014. – С. 187–192.
3. Сафронова Л. Е. Изучение факторов формирования кефалогематомы у новорожденных в современных условиях. – Челябинск, 2009. – С. 22.
4. Чернуха Е. В., Комиссарова Л. М., Ананьев Е. В. Травматические повреждения плода при кесаревом сечении и меры профилактики // Акушерство и гинекология. – 2009. – № 4. – С. 62–64.
5. Paul S. P., Edate S., Taylor T. M. Cephalhematoma – A begin condition with serious complications: case report and literature review // Infant. 2009; 5 (5); 146–148.

Поступила 16.02.2017

*Р. С. РАХМАНОВ, Т. В. БЛИНОВА, С. А. КОЛЕСОВ, Л. А. СТРАХОВА, В. В. ТРОШИН,
И. А. УМНЯГИНА, М. А. САПОЖНИКОВА*

ОЦЕНКА ПРОГНОСТИЧЕСКОЙ ЗНАЧИМОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ В ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ РАБОТАЮЩИХ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ЗАНЯТЫХ В ТРУБНОМ ПРОИЗВОДСТВЕ

ФБУН «Научно-исследовательский институт гигиены и профпатологии» Роспотребнадзора. Россия, 603950, г. Нижний Новгород, ул. Семашко, д. 20; тел. (831) 419-61-94. E-mail: recept@nniigp.ru

Анализ изменений функциональных и биохимических показателей у лиц молодого возраста, занятых в трубном производстве и контактирующих с вредными физическими и химическими факторами, показал их отклонения от нормальных значений у 10–60 % работающих в зависимости от показателя. Были выявлены признаки воздействия шума на органы слуха, нарушения вибрационной чувствительности рук, ангиопатия сетчатки, повышение фракции IgE, высокий окислительный стресс, снижение активности супероксиддисмутазы. Проведенные исследования показали важность исследования функциональных и биохимических показателей у лиц молодого возраста, занятых в металлургическом производстве, поскольку данные показатели отражают развитие субклинической патологии, которые при отсутствии соответствующих профилактических мероприятий могут привести к развитию профессиональных заболеваний.

Ключевые слова: химические и физические факторы, биохимические и функциональные показатели, трубное производство, работающие молодого возраста.