

Кефалогематома у новорождённого, возможные причины?

Научный руководитель – Никитина Екатерина Алексеевна

Никитина Екатерина Алексеевна

Студент (специалист)

Ульяновский государственный университет, Институт медицины, экологии и физической культуры, Ульяновск, Россия

E-mail: ekaterina00nikitina@yandex.ru

Актуальность: По данным отечественных авторов, количество кефалогематом колеблется от 0,9% до 3,2% случаев [1]. В связи с чем проблема кефалогематом в акушерской и педиатрической практике остается актуальной [2].

Целью данного исследования явилось изучение течения беременности родов, закончившихся рождением детей с кефалогематомой, для определения наиболее значимой причины возникновения кефалогематом.

Материал и методы: проведен анализ 40 историй родов, осложнившихся кефалогематомами у новорожденных и историй развития новорожденного. Роды произошли на базе ГУЗ УОКБ «Перинатальный центр». Роды произошли при сроке беременности 37-41 неделя. Процент кефалогематом составил 3,3% случаев. Возраст беременных, родивших детей с кефалогематомами, колебался от 18 до 40 лет. Наибольший процент кефалогематом был у женщин в возрасте от 25-30 лет - 55%. Первородящие - 42,5%, 1-ые роды после 30 лет - у 10%.

Результаты исследования: Пациентки, родившие детей с кефалогематомами, имели экстрагенитальные заболевания: нарушение жирового обмена 72,5% беременных, хроническая АГ - 25%; патология щитовидной железы - 15%; в 5% - полиморфизм генов системы гемостаза, пациентки получали эноксапарин натрия до родоразрешения, анемия в течение беременности - у 12 (30%), ГСД у 5 (12,5%). Родоразрешены через естественные родовые пути 80% пациенток. Родоразрешены оперативно 8 пациенток, из них в 7 случаях операцией кесарева сечения, в 1 — вакуум-экстракцией аппаратом «KIWI». Показания к экстреннородоразрешению у 2 (28,6%) пациенток был клинически узкий таз, в 1 (2,5%) дистресс плода, показания к плановой операции: 4 (57,1%) были высокое стояние головки к концу беременности, рубец на матке после двух операций кесарево сечения, незрелые родовые пути при отсутствии эффекта от подготовки шейки матки мефипростоном. Влагищное оперативное родоразрешение в 1 случае (2,5%) операцией вакуум-экстракции плода аппаратом «KIWI», в связи с острой гипоксией плода. Продолжительность родов у пациенток от 5 часов 30 минут до 12 часов 30 минут. В родах у 2-х (5%) пациенток диагностирован интранатальный дистресс плода, у 3-х (7,5%) отмечалась дискоординированная родовая деятельность, коррегированная ДЭА. В 3-х (7,5%) наблюдениях для обезболивания родов применяли эпидуральную анестезию, а в 14 (35%) случаях применялись наркотические анальгетики. Вес детей при рождении колебался от 2700 г до 4290 г. 25 детей (62,5%) - с весом 3400-3800г, у 7 (17,5%) 4000г, и 1 (2,5%) менее 2800 г. У 2 (5%) детей состояние при рождении было 5-8 баллов, на фоне острой гипоксии плода, у 1-го (2,5%) - 7-8 баллов, у 30-ти (75%) 8-9 баллов. Запоздалое возникновение, нарастание кефалогематом, говорят о серьезных нарушениях в свертывающей системе новорожденного. Для дальнейшего лечения на 2 этап были переведены 12 (30%) детей. Исход: все дети живы и выписаны домой.

Вывод: появление кефалогематом имеет разнообразную этиологию. Не всегда можно объяснить появление кефалогематомы при кесаревом сечении погрешностями операции, травматичным извлечением плода, долгим стоянием головки в одной плоскости, длительным безводным промежутком. В развитие кефалогематом играет и особенности развития новорожденного внутриутробно у матерей имеющих экстрагенитальную патологию.

Список литературы.

1. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина - М. ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 896 с. - (Серия "Национальные руководства"). - ISBN 978-5-9704-4877-9
2. Власюк В.В. Родовая травма и перинатальные нарушения мозгового кровообращения. СПб. Нестор История. 2009.- 252с.