

*Автор:*

*Драченина Алёна Александровна*

студентка

*Научный руководитель:*

*Винокурова Елена Александровна*

д-р мед. наук, профессор

ФГБОУ ВО «Тюменский государственный

медицинский университет» Минздрава России

г. Тюмень, Тюменская область

## **К ВОПРОСУ О ПРИЧИНАХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ИШЕМИЧЕСКО-ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА НОВОРОЖДЁННЫХ**

*Аннотация:* в статье изучен вопрос причин перинатальных поражений головного мозга ишемическо-геморрагического характера у новорождённых.

*Ключевые слова:* беременность, новорожденный, нейросонография, головной мозг, перинатальные поражения.

### *Актуальность проблемы*

Поражения центральной нервной системы (ЦНС) в виде пери- и интравентрикулярных кровоизлияний у детей в раннем неонатальном периоде занимают второе место в структуре их смертности [1–4]. В данной работе проведены исследования у новорожденных, имевших минимальную неврологическую симптоматику или вовсе без неё, когда с помощью метода нейросонографии (НСГ) диагностировались клинически «немые» структурные изменения головного мозга (ГМ). Такие повреждения ЦНС расцениваются как следствие хронической внутриутробной гипоксии плода и интранатальных травм [5–9].

Целью нашей работы явилось исследование особенностей течения беременности и родов у матерей новорождённых.

### *Материалы и методы исследования*

Проведен анализ историй родов и новорожденных 84 детей с внутричерепными кровоизлияниями, родившихся в гестационном сроке 37–38 недель с признаками соматической и неврологической незрелости. НСГ новорожденным была проведена на 1–2-е сутки после родов при помощи ультразвукового диагностического аппарата ACUSON 128/XP4 (США) секторным датчиком с частотой 5 МГц. Все дети разделены на 2 группы (результатам НСГ): 1 – контрольная (46) включала детей, у которых не было выявлено эхопатологии ГМ, 2 – основная – 36 детей, у которых были выявлены внутричерепные кровоизлияния: перивентрикулярные (53%) и интравентрикулярные (47%), кровоизлияния в виде тромбов сосудистых сплетений (25%) и вентрикуломегалии (19%). Проведен анализ течения беременности и родов у матерей новорожденных 1 и 2 групп.

### *Результаты*

При анализе клинико-anamnestической характеристики сформированных групп, выявлено, что по возрасту матерей в обеих группах отличий нет, однако во второй группе есть пациентки, рожаящие в третий раз (8,4% против 0%). Анализ особенности течения и ведения беременности показал, что большинство женщин второй группы нерегулярно посещали женскую консультацию, у них реже в 3 раза диагностирован гестоз тяжелой степени, в 6 раз чаще была зарегистрирована острая и в 2 раза чаще хроническая внутриутробная гипоксия плода. При анализе кратности стационарного лечения этих патологий беременности, выявлен факт 2-кратной госпитализации пациенток 1-ой группы, что в 3 раза выше, чем во 2-ой группе. Большинство беременных второй группы либо не лечилось в стационаре (49%), либо лечилось однократно (38%). При анализе ведения беременности, было выявлено, что женщины 1 группы, в отличие от беременных 2 группы получали амбулаторное и стационарное лечение гестоза и плацентарной недостаточности на протяжении всей беременности. Комплекс терапии включал осмотерапию гестоза, антиоксиданты, мембраностабилизаторы, антиагреганты (в том числе малые дозы аспирина до 37 недель беременности), антикоагулянты. Изучение частоты экстрагенитальной патологии у матерей не

выявлено достоверных отличий, за исключением случаев эндокринопатий, объединивших патологию щитовидной железы, надпочечников и ожирение различного генеза, которые были диагностированы почти в 3 раза чаще у беременных 1 группы.

Частота родоразрешения через естественные родовые пути не отличалась в обеих группах (1 группа – 65,2%, 2 группа – в 67%). Однако, осложнения родов чаще встречались во 2-ой группе:

а) быстрые и стремительные роды достоверно чаще наблюдались во 2-ой группе (12% против 6,4%);

б) затяжные роды не зарегистрированы в 1 группе, а во 2-ой наблюдались в 4% случаев.

Медикаментозное обезболивание родов проводилось у рожениц первой группы в 90%, а второй – в 75%. Частота родоразрешения путем операции кесарева сечения была одинакова в обеих группах (34,8% и 33%, соответственно), однако, беременные второй группы (у новорожденных которых диагностированы внутричерепные кровоизлияния) чаще родоразрешены в экстренном порядке (в 5,3 раза, чем в контрольной группе). Основными показаниями для кесарева сечения в экстренном порядке во второй группе явились: острая гипоксия плода (57%), отсутствие эффекта и прогрессирование степени тяжести гестоза (42%), угрожающий разрыв матки (28%) преждевременная отслойка плаценты (14%).

Патологоанатомические признаки хронической плацентарной недостаточности были выявлены в 65,2% случаев в 1 группе, в 67,0% – во второй группе. У женщин второй группы достоверно чаще встречалась гипоплазия плаценты (22% против 6,5%). Морфологические признаки хронического воспалительного процесса в плаценте, амниотических и децидуальных оболочках выявлены у половины пациенток 1 группы и в 39% случаев во 2 группе.

Состояние новорожденных при рождении оценивали по шкале V. Apgar. В состоянии асфиксии легкой степени у женщин контрольной группы родилось 39% новорожденных. Во второй группе – 52% новорожденных. Рождения детей

в состоянии асфиксии тяжелой степени в обеих группах зарегистрировано не было. Диагноз кефалогематомы был поставлен у новорожденных 1 группы в 4%, а детей 2 группы в 3% случаев. При оценке неврологического статуса детей обеих групп очаговая неврологическая симптоматика отсутствовала. В клинической картине у новорожденных 1 и 2-ой групп отмечалось легкое повышение нейро-рефлекторной возбудимости (двигательное беспокойство, срыгивания, тремор рук, активация безусловных рефлексов, повышение флексорного тонуса (42% и 47%, соответственно) или легкое угнетение ЦНС (умеренная мышечная гипотония, угнетение безусловных рефлексов (58% и 53%, соответственно).

### *Выводы*

Анализ течения и ведения беременности и родов у матерей новорожденных с перинатальными поражениями ГМ ишемическо-геморрагического характера, а также у матерей новорожденных контрольной группы не выявил достоверных отличий по паритету беременностей, наблюдения в ЖК, частоте осложнений беременности, результатах гистологического исследования плацент, методе родоразрешения.

Родоразрешение путем кесарева сечения в экстренном порядке в 5 раз чаще выполнена во 2-ой группе, чем в контрольной группе.

Большинство беременных контрольной группы регулярно наблюдались в женской консультации и систематически получали патогенетическую терапию гестоза и плацентарной недостаточности. Частота госпитализаций с целью лечения патологии беременности во втором и третьем триместрах у беременных контрольной группы существенно выше и оставила 46% против 13% в группе новорожденных с перинатальными поражениями ГМ ишемическо-геморрагического характера. Таким образом, основной причиной перинатальных поражений ГМ ишемическо-геморрагического характера у новорожденных является неадекватная (несвоевременная или недостаточная) терапия наиболее частых осложнений беременности: гестоз и хроническая плацентарная недостаточность.

**Список литературы**

1. Детская нейрохирургия: клинические рекомендации / Под ред. С.К. Горелышева. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 256 с.
2. Иова А.С. Ультрасонография в нейрорепедиатрии (новые возможности и перспективы): «Ультрасонографический атлас» / А.С. Иова, Ю.А. Гармашов, Н.В. Андрущенко, Т.С. Паутицкая. – СПб., 1997. – 160 с.
3. Овчинникова Т.А. Изучение вопроса степени внутрижелудочковых кровоизлияний у недоношенных новорожденных в зависимости от срока гестации и массы тела / Т.А. Овчинникова, К.А. Пархета, В.А. Деннер, П.С. Федюнина // «Научно-технический прогресс как фактор развития современной цивилизации»: Сборник статей по итогам Международной научно-практической конференции (Магнитогорск, 14 ноября 2017 г.). В 3 ч. Ч. 3. – Стерлитамак: АМИ, 2017. – С. 42.
4. Пальчик А.Б. Гипоксически ишемическая энцефалопатия новорожденных / А.Б. Пальчик, Н.П. Шабалов. – 4-е изд. испр. и доп. – М.: МЕДПресс-информ, 2009. – 256 с.
5. Подлевских Т.С. Факторы риска внутрижелудочковых кровоизлияний в неонатальном периоде / Подлевских Т.С. [и др.] // Детская больница. – 2013. – №3. – С. 25–29.
6. Araki T. Neurosurgical perspectives of nonaccidental traumatic brain injury in children / T. Araki, H. Yokota // No To Hattatsu. – 2009. – Vol. 41 (3). – P. 175–80.
7. Gupta S.N. Intracranial hemorrhage in term newborns: Management and outcomes / S.N. Gupta, A.M. Kechli, U.S. Kanamalla // Pediatric neurology. – 2009. – Vol. 40. – №1. – P. 1–12.
8. Rigante L. Brain abscess developing in a non-operated spontaneous intracerebral hemorrhage: A case report and literature review / L. Rigante, T. Tufo, G. Scopettuolo et al // Turkish neurosurgery. – 2013. – Vol. 23. – №6. – P. 835–839.
9. Riva-Cambrin J. Center effect and other factors influencing temporization and shunting of cerebrospinal fluid in preterm infants with intraventricular hemorrhage. Clinical article / J. Riva-Cambrin, C.N. Shannon, R. Holubkov et al // J. Neurosurg. Pediatrics. – 2012. – Vol. 9. – P. 69–72.