

УДК 618.43-001

СТРУКТУРА РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА У ДЕТЕЙ

Сергейчик А. С., Фёдорова В. В., Витковская В. Е.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Показатели перинатальной заболеваемости и смертности считаются индикатором социально-экономического благополучия страны, а их снижение включено в главные цели развития тысячелетия, которые определила ООН в соответствии с рекомендованной ВОЗ новой программой европейской политики здравоохранения «Здоровье-2020» [1].

Родовая травма в структуре заболеваемости новорожденных занимает от 26,3 до 41,9 %, а у умерших доношенных детей 37,9 % (Е. Н. Кравченко, 2009, В. В. Власюк, 2009; Н. А. Черная, 2009; А. Ю. Ратнер, 1985; P. Schwartz, 1964). Перинатальные поражения нервной системы ведут к инвалидизации в 35–40 % случаев (А. Б. Пальчик; Н. П. Шабалов, 2009). Высок удельный вес перинатальных факторов, ведущих к ДЦП и другим поражениям нервной системы у детей (А. Г. Антонов, 2009; Г. В. Яцык, 2008; Ю. И. Барашнев, 2001; Н. Schmidt 1965) [1, 2].

Согласно данным Национального статистического комитета Республики Беларусь за 2020 г., количество родовых травм составляет 2,2 % от общей заболеваемости у новорожденных [3].

Родовые травмы новорожденных — различные повреждения плода, возникающие в процессе родового акта. Среди родовых травм новорожденных встречаются повреждения мягких тканей, костной системы, внутренних органов, центральной и периферической нервной системы [2].

Причинами родового травматизма во время беременности могут быть: наличие экстрагенитальной патологии, осложнения беременности, в особенности хроническая маточно-плацентарная недостаточность, ведущая к возникновению хронической гипоксии плода и его гипотрофии, низкий социальный статус и вредные привычки беременной, такие как курение, злоупотребление алкоголем, наркомания.

Благодаря современным технологиям перинатальной оценки состояния плода, более точной оценке факторов риска и внедрению безопасных технологий ведения родов, за последние 25 лет смертность от родовой травмы снизилась на 88 %. Но несмотря на снижение уровня перинатальной смертности, проблема инвалидизации детей, а также нарушения качества жизни вследствие родовой травмы, остается актуальной. Это требует дальнейшего изучения, внедрения новых диагностических и клинико-прогностических технологий, направленных на снижение родового травматизма [1, 2].

Цель

Изучить структуру родовых травм у детей Гомельской области, и их взаимосвязь с особенностями течения родов.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 198 медицинских карт стационарных пациентов, проходивших лечение по поводу родовых травм в

неврологическом отделении для новорожденных на базе учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница». Полученные данные заносились в базу электронную базу данных Excel, проводилась статистическая обработка данных.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемую группу составили 198 детей с родовой травмой, которые находились на стационарном лечении в неврологическом отделении для новорожденных. Большинство детей на момент госпитализации находились в раннем неонатальном периоде — 105 (53 %), 82 ребенка (41 %) — в позднем неонатальном периоде и 11 детей — в грудном возрасте (6 %). Медиана возраста пациентов на момент поступления в стационар составила 8 (6; 12) дней. Минимальный возраст детей при поступлении — 4 суток, максимальный — 6 месяцев.

В исследуемой группе преобладали мальчики — 135 (68 %) детей, родовые травмы у девочек встречались значительно реже — 63 (32 %) ребенка. В ходе исследования было выявлено, что 180 (91 %) детей имели нормальную массу тела при рождении, 18 (9 %) детей — имели массу тела более 4000 г. Медиана веса составляет 3510 г (3255; 3800).

В группе детей с родовыми травмами городские жители составили 158 (80 %) детей, а 40 (20 %) детей проживали в сельской местности.

В структуре родовых травм у детей Гомельской области, чаще других встречались следующие повреждения: кефалогематомы, перелом ключицы, перелом плечевой кости, травматическое повреждение плечевого сплетения в родах.

Кефалогематомы были диагностированы у 176 (94 %) детей. По локализации преобладали теменные — 96 детей, из них у 95 детей встречалась правосторонняя теменная, левосторонняя теменная кефалогематома была диагностирована у 60 детей, у 19 детей выявлена двусторонняя теменная, у 3 (4 %) детей кефалогематомы имели затылочную локализацию, и у 3 детей была обнаружена теменно-затылочная кефалогематома.

По размерам кефалогематомы распределены следующим образом: до 3 см — у 38 (22 %) детей, 3–6 см — у 102 (58 %), более 6 см — у 36 (20 %) детей. Из 176 детей с кефалогематомами были пропунктированы 169 (96 %) детей, из которых 15 детей имели двойную локализацию кефалогематом.

Медиана возраста проведения пункции составила 11 дней (9; 12). Минимальный возраст проведения пункции — 5 суток, максимальный — 27 суток.

Медиана объема пунктата составляет 11 мл (7; 16), минимальный удаленный объем составил 2 мл, максимальный — 65 мл. Объемы пунктатов в количественном изложении составили: меньше 5 мл — у 15 (9 %) детей, до 10 мл — у 57 (34 %), от 10 до 20 мл — у 69 (41 %) детей, более 20 мл — у 28 (16 %) детей. Причем максимальный объем крови, полученный при пункции кефалогематомы 65 мл.

Значительно реже встречались такие родовые травмы, как парез Эрба-Дюшена — у 5 (3 %) детей, плексит диагностирован у 25 (13 %) детей. При этом у 3 детей кефалогематомы сочетались с плекситом. На долю переломов пришлось 8 % (16 детей), из них перелом ключицы был выявлен у 13 (7 %) детей, перелом плечевой кости — у 3 (2 %) детей.

Следует отметить, что у 188 (95 %) детей родовая травма локализовалась по правой стороне.

Выводы

Наиболее часто дети госпитализируются в раннем неонатальном периоде. Чаще родовые травмы встречаются у мальчиков с нормальной массой тела при рождении.

В структуре родового травматизма у детей Гомельской области ведущее место занимают теменные правосторонние кефалогематомы с объемом пунктата до 20 мл.

Значительно реже встречаются такие травматические повреждения, как переломы ключицы и плечевой кости, парез Эрба-Дюшена и плексит.

В подавляющем большинстве родовые травмы имеют правостороннюю локализацию.

Таким образом, новорожденным с родовыми травмами вследствие анатомо-физиологических особенностей, повышенной опасности развития осложнений и инфицирования требуют особенно бережного и внимательного ухода со строгим соблюдением правил асептики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мочалова, М. Н. Роль интранатальных факторов риска в патогенезе родовой травмы / М. Н. Мочалова, В. А. Мудрова, С. В. Новокшанова // *Акушерство и гинекология*. — 2020. — № 1, Т. 5. — С. 7–12.
2. Риженко, О. В. Пологова та перинатальна травма дітей у практиці дитячого хірурга (клінічні спостереження) / О. В. Риженко // *Хірургія дитячого віку*. — 2019. — № 3 (64). — С. 53–56.
3. Статистический ежегодник Республики Беларусь 2020 / Национальный статистический комитет Республики Беларусь; сост. И. С. Кангро [и др.]; науч. ред. И. В. Медведева. — Минск, 2020. — 436 с.

УДК 616-053.2-009.12-009.87-071.1-08

ФЕБРИЛЬНЫЕ СУДОРОГИ В ПЕДИАТРИИ: КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

Скуратова Н. А., Гендрусева К. В., Ковалева К. Г.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Фебрильные судороги (ФС) — возрастзависимые судороги младенческого и детского возраста (от 6 месяцев жизни до 5 лет, в некоторых источниках литературы — до 6 лет), ассоциированные с лихорадкой. При этом у ребенка должна быть исключена нейроинфекция либо другая причина развития судорожного синдрома [1].

Как правило, фебрильные судороги имеют благоприятный прогноз, и дети имеют в дальнейшем нормальное интеллектуальное развитие [1].

Актуальным является оценить данные наследственного анамнеза, ante- и постнатального периода, а также особенности клинических проявлений фебрильных судорог у детей.

Цель

Оценить клинико-анамнестические особенности детей с ФС.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 31 истории болезни детей в возрасте от 7 месяцев до 6 лет, находящихся на обследовании и лечении в инфекционных отделениях У «Гомельская государственная областная детская клиническая больница» по поводу фебрильных судорог. У пациентов оценивались осо-