

Л. Г. Панибратец, К. А. Кенжебаева, А. В. Тубина, А. М. Ибраева, А. Д. Беказинова,
М. К. Аккаирова

КРОВОИЗЛИЯНИЕ В НАДПОЧЕЧНИКИ У НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ РОДОВОЙ ТРАВМЕ

Кафедра детских болезней №3 Карагандинского государственного медицинского университета

Родовая травма – нарушение целостности тканей и органов ребенка, возникшее во время родов. Различают родовые травмы мягких тканей, костной системы, центральной и периферической нервной системы и травмы внутренних органов. Одним из тяжелых последствий родовой травмы является повреждение внутренних органов, в частности, надпочечников, нередко с летальным исходом. Клинические проявления повреждения надпочечников переменны, прижизненная диагностика затруднительна, клиника маскирует поражение центральной нервной системы и других органов и систем. Мотивация к написанию данной статьи обусловлена клиническим случаем, в ходе наблюдения за которым возникли трудности в диагностике заболевания.

Ключевые слова: родовая травма, кровоизлияния, осложнения

Родовая травма дифференцируется на спонтанную, возникающую при обычно протекающих родах, и акушерскую, вызванную механическими действиями акушера (щипцы, тракции, пособия и др.). Таким образом, под родовой травмой понимают патологию новорожденного, вызванную повреждениями в результате действия механических сил в процессе родов [8, 10]. По литературным данным частота родовых травм составляет 2-7 случаев на 1 000 новорожденных [8, 10, 14]. По статистическим данным нет четких указаний о частоте поражения внутренних органов при родовой травме у новорожденных, что, видимо, связано с трудностью прижизненной диагностики.

Родовая травма внутренних органов встречается редко и, как правило, является следствием механических воздействий на плод при неправильном ведении родов, оказании различных акушерских пособий. Наиболее часто регистрируются кровоизлияния в печень, селезенку и надпочечники. Также имеет место поражение почек, полых органов (желудок, толстый кишечник, разрыв сосудов брыжейки). При поражении паренхиматозных органов у новорожденных имеет место двухэтапное поражение: 1) подкапсульная гематома (течение малосимптомно); 2) разрыв гематомы (острое течение) [3, 8].

Важное значение в возникновении кровоизлияния в паренхиматозные органы у новорожденных при родовой травме имеет не только механическая травма (затяжные, быстрые роды, аномалии положения плода, несоответствие размеров плода и таза, применение акушерских пособий в родах), но и внутриутробная гипоксия, асфиксия новорожденного, коагулопатии, недоношенность [4]. Клиническая картина травмы органов брюшной полости и

забрюшинного пространства у новорожденных имеет некоторые общие черты, независимо от того, в какой орган произошло кровоизлияние. На стадии подкапсульной гематомы отмечается умеренное увеличение пораженного органа, легкая анемия («скрытый период или светлый промежуток») [2, 4]. При разрыве гематомы регистрируется клиника шока, вздутие живота, острая анемия, нарушение свертывания крови. Для диагностики патологии изучаются анамнез течения родов, факторы риска, клиника, обязательно обзорное рентгенологическое исследование, УЗИ [4].

При родовой травме, чаще при тазовом предлежании, может возникнуть кровоизлияние в надпочечники, обычно одностороннее. Кровоизлияние может быть очаговым, захватывая часть фетальной коры, и тотальным – превращая надпочечник в «мешочек с кровью». При разрыве капсулы кровь прорывается в паранефральную клетчатку с образованием забрюшинной гематомы. Кровь вначале жидкая, затем организуется. Микроскопически в ткани надпочечника помимо кровоизлияния определяются очаги некрозов; некрозу подвергается ткань надпочечника вокруг гематомы. При длительном существовании кровоизлияния в краевой зоне откладываются соли извести. В результате кровоизлияния может образовываться кровяная киста с капсулой и небольшими остатками коркового вещества мозга или возникает фиброзирование со скоплением гемосидерина в разросшейся соединительной ткани [4, 6, 7].

Генез кровоизлияний в надпочечники связан с венозным застоем и гипоксией, при которых развиваются синусоидные капилляры фетальной коры, состоящие из одного слоя эндотелия. Надпочечники в состоянии веноз-

ного застоя являются очень ранимыми к физическим воздействиям, в частности, передающимися через печень и почки, при извлечении туловища или, например, при «выдавливании» плода при затруднении продвижения головки. Полагают, что тотальное кровоизлияние в надпочечник может явиться причиной смерти [6, 7, 11, 12]. Обычно кровоизлияние происходит в центральную часть надпочечника (кровяные кисты обоих надпочечников). При массивных кровоизлияниях в надпочечники может произойти прорыв в окологречечную клетчатку и брюшную полость. Прижизненный диагноз исключительно труден [2, 6, 12].

Клиническая картина кровоизлияния в надпочечники разнообразна. В зависимости от характера повреждения органов симптоматика может быть несколько различной. Однако в большинстве случаев клиническая картина обуславливается наличием внутреннего кровотечения, явлениями коллапса и перитонита.

При кровоизлиянии в надпочечники регистрируются следующие симптомы: нередко высокая температура с токсикозом, внезапная слабость, вялость, бледность, рвота, отказ от еды, учащенное дыхание, одышка с цианозом, «псевдопневмония», учащенный слабый пульс, шоковое состояние, судороги, анемия, характерна бронзовая окраска кожи, однако этот симптом является поздним и непостоянным. Часто ошибочно ставят диагноз сепсис, пневмония, энцефалопатия. Иногда гематома доступна пальпации [13, 18].

Кровоизлияние в надпочечники проявляется обычно на 3-5 сут жизни ребенка. Быстро ухудшается общее состояние, ребенок становится вялым, появляется срыгивание, может быть рвота, периодически ребенок беспокоен. Меконий отходит в обычном количестве, иногда задержан. Живот вздут. Постепенно нарастает абдоминальный синдром, что позволяет заподозрить врожденную непроходимость [15, 16, 17].

Для подтверждения диагноза родовой травмы внутренних органов проводят обзорную рентгенограмму и ультразвуковое обследование брюшной полости, а также исследование функционального состояния поврежденных органов [3, 8]. Кровоизлияние в надпочечники по клиническим проявлениям и течению дифференцируют с поражением ЦНС и внутренних органов при родовой травме. На рентгенограмме органов брюшной полости визуализируется увеличение надпочечников, затемнение в нижних отделах живота (признаки скопления жидкости в брюшной полости) [15, 18].

Сочетание клиники, течения, рентгенодиагностики, ультразвукового исследования поз-

волит поставить клинический диагноз, который определит тактику дальнейшей терапии детей с травмой надпочечников [1, 9].

Лечение осуществляется с учетом клинических, тяжести течения и данных обследования: уход, материнское молоко; при клиническом проявлении шока реанимационные мероприятия с введением жидкости и препаратов крови; струйное введение физиологического раствора 20 мл/кг для поддержания кровяного давления; лечение нарушений системы свертывания; непрерывное введение глюкозы для поддержания оптимального уровня сахара; лечение гидрокортизоном – доза препарата 4x2,5 мг/кг, поддерживающая доза 50-100 мг/кг/сут.

У многих новорожденных, перенесших кровоизлияние в надпочечники, в дальнейшем развивается хроническая надпочечниковая недостаточность [1, 5, 10].

Приводим собственное клиническое наблюдение кровоизлияния в надпочечники у новорожденного при родовой травме:

Новорожденный М., от первых срочных родов в 41 нед., в затылочном предлежании. Дородовый разрыв плодных оболочек (безводный период 16 ч 45 мин). Затянувшаяся активная фаза I периода родов. Дистоция плечиков. Оценка по шкале Апгар 1-3 балла. Вес при рождении – 3 880,0 г, рост – 56 см, окружность головы – 35 см, окружность груди – 34 см, группа крови ребенка – O (I) первая, Rh (+) пол.

Объективные данные: Состояние ребенка при рождении тяжелое за счет неврологической симптоматики, перенесенной асфиксии. Не кричал. Атония, арефлексия. Дыхание отсутствует. Сердцебиение единичное. Кожные покровы бледно-цианотичные. Проведены реанимационные мероприятия (А, В, С, D). Ребенок заинтубирован, переведен на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). На 5-й мин. ЧСС < 100 уд/мин, гипотония, рефлекс угнетены, на ИВЛ. Кожные покровы бледные, акроцианоз. В анализах КОС: Ph – 7,15, pCO₂ – 50, pO₂ – 30, BE – (-14,6), HCO₃ – 7,6. ОАК: Hb – 201 г/л, Ht – 60%, Эр – 6,4*10¹²/л, ЦП – 0,94, Тр – 174,0*10⁹/л, Ле – 35,6*10⁹/л, п/я – 3, с/я – 64, м – 3, лим – 30.

Учитывая тяжесть состояния, было принято решение о начале терапевтической гипотермии. Через 72 ч после начала терапевтической гипотермии, была начата фаза медленного согревания. Отмечалась положительная динамика: кормится сцеженным грудным молоком, повысилась двигательная активность,

сохранялись умеренные признаки угнетения ЦНС. В анализах КОС: Ph – 7,35, pCO₂ – 38, pO₂ – 35, BE – (-4), HCO₃ – 24. Ребенок переведен на СРАР.

На 5 сут жизни состояние ребенка ухудшилось. Кожные покровы бледные, мраморные. Неоднократно срыгивал. Гиподинамичен, рефлексы угнетены. Отмечалась судорожная готовность, тонико-клонические судороги. Гемодинамика нестабильная, АД снижено. Симптом «белого пятна» более 3 с. Живот вздут. Олигурия. Поставлен диагноз: Перинатальное поражение ЦНС гипоксически-ишемического генеза, синдром угнетения. В анализах КОС: Ph – 7,32, pCO₂ – 42, pO₂ – 62, BE – (-5), HCO₃ – 22. ОАК: Нв – 175 г/л, Ht – 56%, Эр – 5,2*10¹²/л, ЦП – 0,94, Тр – 178,0*10⁹/л, Ле – 18,8*10⁹/л, п/я – 3, с/я – 42, м – 3, лим – 48.

У ребенка участились срыгивания, вздутие живота, стул отсутствовал. Учитывая тяжесть состояния, ребенку было проведено УЗИ органов брюшной полости: УЗИ признаки гематомы правого надпочечника размером 27*30 мм. На КТ: признаки, более характерные для кровоизлияния в правый надпочечник. Поставлен клинический диагноз: кровоизлияние в правый надпочечник. Благодаря современной диагностике и адекватной терапии на 13 сут с улучшением ребенок был переведен в перинатальный блок в палату к маме, приложен к груди.

ВЫВОДЫ

1. Разрыв надпочечников является частой, но тяжелой интранатальной патологией у новорожденных.

2. Причины могут быть разнообразными, чаще способы ускорения родов: стимуляция родов, «выдавливание» плода (способ выжимания плода по Кристелеру), применения бинта Вербова и др.

3. Симптомы болезни малоспецифичны, что затрудняет раннюю диагностику заболевания. Для диагностики проводят рентгенографию, компьютерную томографию, ультразвуковую диагностику. Прижизненный диагноз исключительно труден.

4. Если ребенок не погибает в острый период родовой травмы, его последующее развитие во многом определяется сохранностью функций пораженного органа при своевременном выявлении заболевания и лечении.

Конфликт интересов: Конфликт интересов не выявляется.

Благодарности: авторы выражают благодарность К. А. Кенжебаевой – научному руководителю, доценту, кандидату медицинских наук, почетному профессору КГМУ, как наставнику, обеспечивающему общую поддержку.

ЛИТЕРАТУРА

1 Баиров Г. И. Родовая травма органов брюшной полости и забрюшинного пространства /Г. И. Баиров, Н. Л. Куц. – Киев, 1975. – 424 с.

2 Власюк В. В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению родовой травмы /В. В. Власюк, Д. О. Иванов. – СПб, 2016. – 993 с.

3 Кравченко Е. Н. Родовая травма: акушерские и перинатальные аспекты. – М.: ГЭОТАР-Мед, 2009. – 240 с.

4 Новорожденные высокого риска, новые диагностические и лечебные технологии /Под ред. В. И. Кулакова, Ю. И. Барышева. – М., 2006 – 524 с.

5 Робертон Н. Р. К. Практическое руководство по неонатологии. – М.: Медицина, 1998. – 474 с.

6 Париков С. Л. Родовая и акушерская травма при головном предлежании плода с позиции врача судебного медицинского эксперта и акушера /С. Л. Париков, В. Б. Цхай //Сб. науч. тр.: «Актуальные вопросы акушерства и гинекологии». – Красноярск, 2008. – С. 92-97.

7 Радзинский В. Е. Безопасное акушерство /В. Е. Радзинский, И. Н. Костин //Акушерство и гинекология. – 2007. – №5. – С. 12-17.

8 Ратнер А. Ю. Неврология новорожденных. – М.: БИНОМ, 2008. – 368 с.

9 Цхай В. Б., Париков С. Л., Полстяной А. М. Случай спонтанного разрыва селезенки у новорожденного //Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – №1. – С. 21-28.

10 Чувакова Т. К. Эффективные технологии ухода и медицинской помощи новорожденным детям. – Астана, 2015. – 308 с.

11 Di Maio D. J. Forensic Pathology. – CRC Press: Boca Raton, 2001. – 592 p.

12 Emery K. H. Splenic emergencies //Radiol. Clin. North Am. – 1997. – V. 35, №4. – P. 831-843.

13 Fanaroff A. A. Neonatal jaundis and liver disease /A. A. Fanaroff, R. J. Martin //Neonatal-perinatal medicine: Disease of the fetus and infant. – St. Louis, 2002. – V. 2. – P. 1419-1466.

14 Hemoperitoneum and Splenic Rupture in a Newborn Infant /J. L. Alessandri, A. Deschilde, E. Daussac et al. //Pediatrie. – 1993. – V. 48, №1. – P. 55-57.

15 Splenic hemorrhage in a neonate of the mother on anticonvulsant therapy /D. J. Traggis, D. L. Maunz, R. Baroudy //J. Pediatr. Surg. Int. – 2003. – V. 19, №5. – P. 598-599.

16 Spontaneous splenic rupture in infectious mononucleosis /D. M. Safin, R. Jayasingam, N. G Melillo. Et al. //Hospital Physician. – 2009. – V. 67, №1. – P. 29-32.

17 Ultrasonography in traumatic splenic rupture /T. M. Siniluoto, M. J. Paivanalo, F. P. Lanning et al. //Clin. Radiol. – 1992. – V. 35, №4. – P. 831-843.

18 Upadhyaya P. Conservative management of splenic trauma : history and current trends //Pediatr. Surg. Int. – 2003. – V. 19. – P. 617-627.

REFERENCES

1 Bairov G. I. Rodovaja travma organov brjushnoj polosti i zabrjushinnogo prostranstva / G. I. Bairov, N. L. Kushh. – Kiev, 1975. – 424 s.

2 Vlasjuk V. V. Klinicheskie rekomendacii po diagnostike i lecheniju rodovoj travmy /V. V. Vlasjuk, D. O. Ivanov. – SPb, 2016. – 993 s.

3 Kravchenko E. N. Rodovaja travma: akusherskie i perinatal'nye aspekty. – M.: GJeOTAR-Med, 2009. – 240 s.

4 Novorozhdennye vysokogo riska, novye diagnosticheskie i lechebnye tehnologii /Pod red. V. I. Kulakova, Ju. I. Barysheva. – M., 2006 – 524 s.

5 Robertson N. R. K. Prakticheskoe rukovodstvo po neonatologii. – M.: Medicina, 1998. – 474 s.

6 Parilov S. L. Rodovaja i akusherskaja travma pri golovnom predlezhanii ploda s pozicii vracha sudebnogo medicinskogo jeksperta i akushera /S. L. Parilov, V. B. Chaj //Sb. nauch. tr.: «Aktual'nye voprosy akusherstva i ginekologii». – Krasnojarsk, 2008. – S. 92-97.

7 Radzinskij V. E. Bezopasnoe akusherstvo / V. E. Radzinskij, I. N. Kostin //Akusherstvo i ginekologija. – 2007. – №5. – S. 12-17.

8 Ratner A. Ju. Nevrologija novorozhdennh. – M.: BINOM, 2008. – 368 s.

9 Chaj V. B., Parilov S. L., Polstjanov A. M. Sluchaj spontannogo razryva selezenki u no-

vorozhdenного //Sibirskoe medicinskoe obozrenie. – 2011. – №1. – S. 21-28.

10 Chuvakova T. K. Jefferktivnye tehnologi uhoda i medicinskoj pomoshhi novorozhdennym detjam. – Astana, 2015. – 308 s.

11 Di Maio D. J. Forensic Pathology. – CRC Press: Boca Raton, 2001. – 592 p.

12 Emery K. H. Splenic emergencies // Radiol. Clin. North Am. – 1997. – V. 35, №4. – P. 831-843.

13 Fanaroff A. A. Neonatal jaundis and liver disease /A. A. Fanaroff, R. J. Martin //Neonatal -perinatal medicine: Disease of the fetus and infant. – St. Louis, 2002. – V. 2. – P. 1419-1466.

14 Hemoperitoneum and Splenic Rupture in a Newborn Infant /J. L. Alessandri, A. Deschil-dre, E. Daussac et al. //Pediatrie. – 1993. – V. 48, №1. – P. 55-57.

15 Splenic hemorrhage in a neonate of the mother on anticonvulsant therapy /D. J. Traggis, D. L. Maunz, R. Baroudy //J. Pediatr. Surg. Int. – 2003. – V. 19, №5. – P. 598-599.

16 Spontaneous splenic rupture in infectious mononucleosis /D. M. Safin, R. Jayasingam, N. G. Melillo. Et al. //Hospital Physician. – 2009. – V. 67, №1. – P. 29-32.

17 Ultrasonography in traumatic splenic rupture /T. M. Siniluoto, M. J. Paivanalo, F. P. Lanning et al. //Clin. Radiol. – 1992. – V. 35, №4. – P. 831-843.

18 Upadhyaya P. Conservative management of splenic trauma : history and current trends //Pediatr. Surg. Int. – 2003. – V. 19. – P. 617-627.

Поступила 31.01.2017 г.

L. G. Panibratets, K. A. Kenzhebaeva, A. V. Tubina, A. M. Ibraeva, A. D. Bekazinova, M. K. Akkairova
BLEEDING IN THE ADRENAL GLANDS IN NEWBORNS DUE TO BIRTH INJURY

Department of pediatrics and pediatric surgery of the faculty of continuous professional development of Karaganda state medical university (Karaganda, Kazakhstan)

Birth trauma is a violation of the integrity of tissues and organs of a child, which arose during childbirth. There are birth defects of soft tissue, bone, central and peripheral nervous system and internal organs injury. One of the serious consequences of a birth trauma is damage to internal organs, particularly the adrenal glands, often with fatal consequences. Clinical manifestations of adrenal lesions are variable, lifetime diagnosis difficult, clinic mimics the central nervous system and other organs and systems. The motivation to write this article due to the clinical case, in the course of monitoring for which there were difficulties in the diagnosis of disease.

Key words: birth trauma, hemorrhage, complications

Л. Г. Панибратец, К. А. Кенжебаева, А. В. Тубина, А. М. Ибраева, А. Д. Беказинова, М. К. Аккайрова
ДОСАНУ КЕЗІНДЕГІ НӘРЕСТЕЛЕРДЕГІ БҮЙРЕК ҮСТІ БЕЗІНЕ ҚАН ҚАТУІ

№3 балалар аурулары кафедрасы Қарағанды мемлекеттік медициналық университеті (Қарағанда, Қазақстан)

Досану жарақатыбосану кезіндегі нәрестенің мүшелерімен тіңдердін бүтіндігінің бузылыстарының пайда болуы. Ішкі мүшелердін жарақаттары және орталықпен жеткі перифериялық жүйке жүйесінің, сүйек жүйесінің, жұмсақ тіңдердің босану жарақаттары болып бөлінеді. Босану жарақаттарының ең бір ауыр көрінікті ішкі мүшелердін жарақатталуы, сонын ішінде бүйре үсті безенін жарақаты, ол жиі оліммен аяқталады. Бүйрек үсті безінің жарақаттануының киникалық көрінісі вариабелді, өмір сүру кезіндегі диагностикасы ауыр, киникалық көрінісі ОЖН және басқа мүшелермен жүйелерінің бузылыстарымен көрінеді.

Кілт сөздер: туу жарақат, қан, асқынулар