

## Ключевая роль анамнеза в дифференциальной диагностике геморрагического синдрома у новорожденного ребенка

Е.А. Балакирева, Т.В. Савкина, Д.В. Синецкая

ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, Россия

## Key role of anamnesis in differential diagnosis of the hemorrhagic syndrome in a newborn child

Е.А. Balakireva, T.V. Savkina, D.V. Sinetskaya

Belgorod National Research University Russia, Belgorod, Russia

Статья посвящена трудностям дифференциальной диагностики этиологии множественных экхимозов у новорожденного ребенка вследствие особенностей системы гемостаза и предрасположенности к кровоточивости, проявляющейся в том числе экстравазацией крови в кожу, слизистые оболочки и ключевой роли анамнеза в постановке окончательного диагноза.

**Ключевые слова:** новорожденный, экхимозы, анамнез.

**Для цитирования:** Балакирева Е.А., Савкина Т.В., Синецкая Д.В. Ключевая роль анамнеза в дифференциальной диагностике геморрагического синдрома у новорожденного ребенка. Рос вестн перинатол и педиатр 2021; 66:(6): 94–96. DOI: 10.21508/1027-4065-2021-66-6-94-96

The article is devoted to the difficulties of differential diagnosis of the etiology of multiple ecchymosis in a newborn child due to the peculiarities of the hemostasis system and a predisposition to bleeding, manifested by extravasation of blood into the skin, mucous membranes and the key role of anamnesis in the final diagnosis.

**Key words:** newborn, ecchymosis, anamnesis.

**For citation:** Balakireva E.A., Savkina T.V., Sinetskaya D.V. Key role of anamnesis in differential diagnosis of the hemorrhagic syndrome in a newborn child. Ros Vestn Perinatol i Peditr 2021; 66:(6): 94–96 (in Russ). DOI: 10.21508/1027-4065-2021-66-6-94-96

**В**следствие особенностей системы гемостаза у новорожденных детей имеется предрасположенность к повышенной кровоточивости, проявляющейся в том числе экстравазацией крови в кожу и слизистые оболочки. Нарушения коагуляционной способности крови и тромбоцитарного звена гемостаза — наиболее частые причины геморрагических состояний в периоде новорожденности. Единой классификации геморрагического синдрома у новорожденных не существует. Предлагается выделять две группы детей с расстройствами гемостаза: клинически «здоровые» новорожденные, у которых кровоточивость — единственное отклонение от нормы, и «больные» новорожденные, у которых геморрагический синдром развивается на фоне патологии в родах или после рождения [1]. Однако тяжелые формы врожденного дефицита факторов могут проявляться как у «здоровых», так и у «больных» новорожденных.

© Коллектив авторов, 2021

**Адрес для корреспонденции:** Балакирева Елена Александровна — д.м.н., проф., зав. кафедрой педиатрии с курсом детских хирургических болезней Белгородского государственного национального исследовательского университета, ORCID: 0000-0002-3919-7045  
e-mail: balakireva26@mail.ru

Савкина Татьяна Валерьевна — асс. кафедры педиатрии с курсом детских хирургических болезней Белгородского государственного национального исследовательского университета, ORCID: 0000-0002-9268-8695

Синецкая Дарья Вячеславовна — асп. кафедры педиатрии с курсом детских хирургических болезней Белгородского государственного национального исследовательского университета, ORCID: 0000-0001-8025-3478

308015 Белгород, ул. Победы, д. 85, корп. 12

**Клинический случай.** Ребенок мужского пола поступил в отделение реанимации на 3-и сутки жизни в крайне тяжелом состоянии, обусловленном выраженной дыхательной недостаточностью, кожно-геморрагическим синдромом в виде множественных экхимозов и гематом по всему телу, застойным цианозом нижней половины туловища, плотного опухолевидного образования в правом подреберье, диаметром 6 см.

Беременность II, протекала на фоне отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза. Возрастная никотинзависимая мать, страдающая вегетососудистой дистонией, нарушением жирового обмена и посттравматической деформацией костей таза (перелом костей таза до настоящей беременности). Перенесла острую респираторную вирусную инфекцию, гестационный сахарный диабет, нефропатию беременных на сроке 33–34 нед. Ребенок рожден от II преждевременных родов путем экстренного кесарева сечения, начавшихся дома с отхождением околоплодных вод.

При рождении состояние ребенка расценивалось как тяжелое за счет перенесенной асфиксии. Отмечались эпизоды возбуждения на фоне сохраненного сознания, мышечная гипотония. На коже множественные петехиальные элементы, экхимозы в области груди, живота, нижних конечностей. Выражен отечный синдром. Живот вздут, печень +1 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется, стул при рождении мекониальный, обильный.

В родильном зале проводились реанимационные мероприятия: санация верхних дыхательных путей, интубация трахеи, искусственная вентиляция легких через эндотрахеальную трубку мешком Амбу. Начата инфузионная терапия через периферический венозный доступ, позднее проведена катетеризация пупочной вены. В условиях реанимации ребенок транспортирован из центральной районной больницы в областной перинатальный центр, где общее состояние расценено как крайне тяжелое.

При поступлении (первые сутки жизни): сатурация 70%, дыхательная недостаточность III степени, цианоз с выраженным отеком нижней части туловища, синдром церебральной депрессии, микроциркуляторные нарушения. Кожно-геморрагическим синдромом с признаками врожденной инфекции, синдрома пальпируемой опухоли в брюшной полости.

Сознание ясное. Крик слабый. Голова округлой формы, большой родничок 1,5×1,5 см, спокойный, швы сомкнуты. Кости черепа плотные. Тонус мышц дистоничный, рефлексы новорожденного вызываются, снижены. Положение полуфлексорное. Кожа бледная, тургор тканей снижен, петехиальная сыпь, акроцианоз, цианоз нижней половины туловища. Плотные отеки нижних конечностей. Подкожная жировая клетчатка умеренно снижена. Лимфатические узлы не увеличены.

Форма грудной клетки правильная, симметричная. Грудная клетка эластичная. Целостность ребер не нарушена. Над- и подключичные ямки выражены удовлетворительно, одинаковы с обеих сторон. Ключицы и лопатки симметричны. Дыхание осуществляется посредством аппаратной искусственной вентиляции легких. Аускультативно дыхание жесткое с множеством разнокалиберных влажных хрипов.

Верхушечный толчок локализованный. Сердечный толчок, выпячивания в прекардиальной области, ретростеральная и эпигастральная пульсации визуально не определяются. Набухание шейных (яремных) вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум. Частота сердечных сокращений 148 в минуту.

Слизистая оболочка полости рта чистая, бледная, влажная. Язык влажный без налета. Зев спокоен. Живот вздут, в правом подреберье пальпируется плотное опухолевидное образование 6×4 см с четкими краями. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширение подкожных вен живота не определяются. По желудочному зонду отделяемое с примесью крови и желчи. Нижний край печени ровный, эластичный, выступает из-под края реберной дуги на 1,0 см. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание по уретральному катетеру. Макрогематурия. Стул самостоятельный.

При рентгенографии органов грудной клетки признаков патологических изменений легких и средостения не выявлено. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости определялись реактивные изменения печени, резкое увеличение размеров правой почки с диффузным изменением паренхимы и обеднением кровотока, пиелэктазия слева. Ребенок консультирован хирургом — на момент осмотра данных, подтверждающих острую хирургическую патологию, не выявлено; предположены опухолевидное образование брюшной полости, опухолевидное образование почки (?).

С учетом тяжести заболевания мальчик переведен в отделение реанимации детской областной клинической больницы для дальнейшего лечения и динамического наблюдения с клиническим диагнозом: асфиксия тяжелая (Апгар 2/5/6 баллов). Внутриамниотическая инфекция — врожденная пневмония, врожденный конъюнктивит, бактериурия. Дыхательная недостаточность III степени. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови: макрогематурия, гематомезис, кровотечение из слизистых оболочек верхних дыхательных путей. Тромбоз печеночной вены справа (?). Геморрагическая болезнь новорожденных. Гиперпластическая гигантская почка (?). Синдром нижней полой вены (?). Гастростаз. Синдром цитолиза. Респираторный дистресс-синдром тяжелой степени. Церебральная ишемия II–III степени, церебральная депрессия. Гипертензионный синдром, дилатация левого бокового желудочка (внутрижелудочковое кровоизлияние II степени слева). Острый период. Недоношенность 35–36 нед.

В течение 3 дней проводилась интенсивная терапия. Ребенок консультирован врачом кардиологом, отмечалось функционирование фетальных коммуникаций; неврологом, диагностировано перинатальное постгипоксическое поражение ЦНС и синдром угнетения ЦНС; хирургом с диагнозом травма правой почки.

По данным лабораторных исследований отмечается повышение уровня трансаминаз (аланинаминотрансферазы до 90,6 ед/л при норме 30,0–120,0 ед/л, аспартатаминотрансферазы до 123,0 ед/л при норме 0,0–35,0 ед/л), креатинкиназы 359,6 ед/л (норма 0,0–171,0 ед/л), лактатдегидрогеназы 2314,5 ед/л (норма 0,0–248,0 ед/л), С-реактивного белка 21,5 мг/л (норма 0,0–5,0 мг/л), что свидетельствует об остром повреждении ткани и клеток в организме.

В отделении реанимации получал лечение: инфузионная терапия с учетом физиологической потребности и патологических потерь; антибактериальная терапия — сульфасин, нетилмицин; гемостатическая терапия — этамзилат 12,5%; парентеральное питание — аминовен, смолфлипид; метаболическая терапия — элькар, ноотроп — пирацетам.

К 4-м суткам жизни ребенка консилиумом врачей принято решение о возможном травматическом

повреждении правой почки. Клинико-лабораторными исследованиями подтверждено исключение диагнозов тромбоза печеночной вены, синдрома нижней полой вены и геморрагической болезни новорожденного, предположена интранатальная травматизация плода, связанная с переломом костей таза матери. При прицельном сборе анамнеза у матери ребенка был выяснен факт падения с высоты с отхождением околоплодных вод и началом родовой деятельности.

### Обсуждение

Вопрос об обязательности кесарева сечения после переломов костей таза остается дискуссионным. Некоторые авторы полагают, что зажившие переломы при неосложненном течении беременности не служат показаниями к кесареву сечению [2]. Авторы указывают на необходимость разработки руководств и эффективных показаний к естественным родам после переломов костей таза. Другие указывают, что перенесенные сочетанные травматические повреждения у беременных приводят к высокой материнской (18,2%), перинатальной (55,3%) смертности и нарушениям репродуктивной функции, а беременность и роды у женщин с посттравматическими изменени-

ями позвоночника и таза сопровождаются высокой частотой развития осложнений и необходимостью кесарева сечения (62,5%) [3].

Большинство травм отмечается в III триместре беременности, что связано с неустойчивостью походки, обусловленной смещением центра тяжести по отношению к выступающему животу, ослаблением связок и суставов таза, повышением давления в полости таза, приводящим к нарушениям нервно-мышечной передачи, а наиболее частыми осложнениями становятся отслойка плаценты и преждевременные роды (до 25%) [4, 5].

У женщин в I и II триместрах этот вид травмы регистрируется соответственно в 9,4 и 11,3% случаев. Падения ассоциируются с повышенным риском преждевременных родов, отслойкой плаценты, гипоксией и дистрессом плода, поэтому рекомендуется госпитализация с тщательным мониторингом состояния матери и плода, особенно после тяжелых падений [6].

Таким образом, анамнез неизменно остается одним из важнейших этапов успешной медицинской коммуникации между врачом и пациентом и является ключевым фактором при трудностях дифференциальной диагностики.

### ЛИТЕРАТУРА (REFERENCES)

1. Папаян А.В., Шабалов Н.П. Геморрагические диатезы у детей. Л.: Медицина, 1982; 288. [Papayan A.V., Shabalov N.P. Hemorrhagic diathesis in children. L.: Meditsina, 1982; 288. (in Russ.)]
2. Schiff M.A. Pregnancy outcomes following hospitalization for a fall in Washington State from 1987 to 2004. BJOG 2008; 115: (13) 1648–1658. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.01905.x
3. Vallier H.A., Cureton B.A., Schubeck D. Pregnancy outcomes after pelvic ring injury. J Orthop Trauma 2012; 26(5) 302–307. DOI: 10.1097/BOT.0b013e31822428c5
4. Dorairaj J., Sagili H., Rani R., Nanjundan P., Rajendran J.R. Delayed presentation of intraperitoneal bladder rupture following domestic violence in pregnancy. J. Obstet Gynaecol 2012; 4(38): 753–756. DOI: 10.1111/j.1447-0756.2011.01781.x
5. Connolly A.M., Katz V.L., Bash K.L., McMahon M.J., Hanssen W.F. Trauma and pregnancy. Am J Perinatol 1997; 14(6): 331–336
6. El-Kady D., Gilbert W.M., Xing G., Smith L.H. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. Obstet Gynecol 2005; 105(2): 357–363

Поступила: 19.07.21

Received on: 2021.07.19

### Конфликт интересов:

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов и финансовой поддержки, о которых необходимо сообщить.

### Conflict of interest:

The authors of this article confirmed the lack of conflict of interest and financial support, which should be reported.