Кефалгематома при родовой травме

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: P12.0 · Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов»

Кефалгематома — субпериостальное кровоизлияние над костями черепа, ограниченное черепными швами, возникающее вследствие механической родовой травмы. Рекомендация посвящена диагностике кефалгематомы у новорожденных, исключению перелома и внутричерепного кровоизлияния, а также лечению осложнений.

Главное

- Кефалгематома обычно формируется в первые 3 суток жизни, чаще расположена над теменной костью, имеет плотную или напряженную консистенцию, четкие границы, не пульсирует и не переходит на соседнюю кость.
- Размер гематомы может увеличиваться в течение первых 3 суток. Резорбция начинается примерно на 10–14-е сутки, а полное исчезновение большинства гематом происходит к 6–8-й неделе жизни.
- По максимальному диаметру КГ разделяют на малую — до 4 см, среднюю — 4,1–8 см и большую — более 8,1 см; по распространению она бывает очаговой или распространенной, захватывающей одну кость черепа.
- В 10% случаев возникает подлежащий, чаще линейный, перелом кости, а у 30% новорожденных КГ сочетается с внутричерепным кровоизлиянием.
- Крупные гематомы могут сопровождаться гипотонией, анемией и желтухой; неврологические симптомы обычно связаны с сопутствующим внутричерепным кровоизлиянием.
- В 2–5% случаев могут возникать осложнения в виде инфицирования или оссификации КГ. При инфицировании возможны сепсис, менингит, остеомиелит и смерть.
- В большинстве случаев прогноз благоприятный, а медицинское вмешательство требуется только при осложнениях.

Диагностика

1. Соберите анамнез матери, беременности и родов, включая инструментальные пособия, и уточните динамику состояния ребенка с момента рождения; при позднем ухудшении выясните сроки и характер изменений. УУР С, УДД 5.
2. Проведите полный осмотр новорожденного: оцените сознание, реакцию на осмотр, состояние кожи и слизистых, степень бледности и желтухи, неврологический статус, наличие судорог, состояние швов и родничков, а также повреждения кожи головы. УУР С, УДД 5.
3. Осмотрите и пропальпируйте образование: оцените его плотность, подвижность и болезненность; измеряйте размеры кровоизлияния в динамике. УУР С, УДД 5.
4. Для исключения перелома костей черепа выполните нейросонографию и/или рентгенографию черепа в одной или нескольких проекциях; объем обследования зависит от оснащения учреждения. УУР С, УДД 5.
5. Для исключения внутричерепного кровоизлияния используйте нейросонографию, КТ или МРТ головного мозга с учетом оснащения медицинской организации. УУР С, УДД 5.
6. При подозрении или подтверждении внутричерепного кровоизлияния либо изменении неврологического статуса назначьте консультацию невролога; при подтвержденном или предполагаемом кровоизлиянии также нужен нейрохирург. УУР С, УДД 5 и УУР С, УДД 4 соответственно.

Лечение

- При КГ рекомендован первичный или повторный осмотр врача-педиатра. Для большинства гематом характерны самостоятельная резорбция и полное разрешение в течение нескольких недель или месяцев. УУР С, УДД 4.
- Пункцию КГ не выполняйте из-за высокого риска тяжелых инфекционных осложнений. УУР С, УДД 5.
- Аспирация гематомы не рекомендована, поскольку может вызвать повторное кровотечение. УУР С, УДД 5.

- Хирургическое вмешательство показано только при нагноении КГ; оно включает вскрытие гематомы мягких тканей. УУР С, УДД 5.
- При нагноении основным лечением являются аспирация и дренирование с назначением антибактериальной терапии с учетом чувствительности возбудителя.
- При неосложненной КГ лабораторные диагностические исследования не требуются.

Когда направить и как наблюдать

- При подозрении или подтверждении нагноения направьте ребенка на консультацию детского хирурга для выбора тактики лечения.
- При подозрении или подтверждении внутричерепного кровоизлияния направьте ребенка к неврологу и нейрохирургу; нейрохирург определяет дальнейшую тактику лечения.
- Хирургическое лечение КГ проводят в стационаре. Если на месте нет детского хирурга или требуется помощь по профилю «детская хирургия», ребенка переводят в соответствующую медицинскую организацию.
- При сопутствующем внутричерепном кровоизлиянии и отсутствии нейрохирурга либо возможности оказать нейрохирургическую помощь ребенка переводят в соответствующую медицинскую организацию.
- Выписка возможна при отсутствии увеличения КГ, удовлетворительном состоянии ребенка и отсутствии других противопоказаний к выписке.

Частые вопросы

Как отличить кефалгематому от родовой опухоли?

Кефалгематома ограничена областью одной кости и сохраняется после 24 часов жизни. При пальпации она плотная, упругая или напряженная.

Нужно ли пунктировать или аспирировать кефалгематому?

Нет. Пункция не рекомендована из-за риска тяжелой инфекции, а аспирация может привести к повторному кровотечению.

Нужно ли обследовать каждого ребенка с кефалгематомой?

Для исключения перелома рекомендуются нейросонография и/или рентгенография черепа. Для исключения внутричерепного кровоизлияния используют нейросонографию, КТ или МРТ; при неосложненной КГ лабораторные исследования не требуются.

Когда кефалгематома требует операции?

Хирургическое вмешательство показано только при нагноении КГ. При этом выполняют вскрытие гематомы.

Как долго рассасывается кефалгематома?

Резорбция обычно начинается на 10–14-е сутки, а полное исчезновение большинства гематом происходит к 6–8-й неделе жизни. В отдельных случаях резорбция не происходит и развиваются инфекция или оссификация.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/935-kefalgematoma-pri-rodovoj-travme. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/935_1