**СД в педиатрии**

**Лекция «Гнойно-септические заболевания у новорождённых»**

**Преподаватель Наливайко Е.П.**

**Инфекционные заболевания кожи и пупка**

Наиболее частой причиной гнойно-воспалительных за­болеваний являются дефекты ухода и стафилококковая инфекция. Однако в последнее время большое значение придают условно-патогенной кишечной флоре (кишечная палочка, протей, клебсиелла, энтеробактерия), а также синегнойной палочке. Источником болезнетворного нача­ла являются острые и хронические очаги воспаления, ла­тентно текущие инфекции у матери, инфицированные ро­довые пути, предметы ухода за новорожденными. Боль­шое значение имеют нарушения эпидемиологического ре­жима обслуживающего персонала.

Пиодермии — это гнойно-воспалительные заболевания кожи. Новорожденные с пиодермией должны быть изоли­рованы и госпитализированы в день постановки диагноза. При уходе за такими детьми необходимо пользоваться толь­ко стерильным бельем.

*Везикулопусгулез*

Это наиболее частое гнойничковое поражение кожи, встречающееся у новорожденных. Это заболевание характеризуется по­явлением небольших пузырьков (пустулы) с серозно-гной­ным содержимым в естественных складках кожи, на туло­вище, конечностях. Количество пустул может быть раз­личным, окружены небольшим воспа­лительным ободком. При небольших высыпаниях общее состояние ребенка, как правило, не нарушено. Темпера­тура чаще нормальная, реже субфебрильная.

Лечение — местное: снять пузырьки тампоном, смо­ченном в 96° спирте, и обработать раствором бриллианто­вой зелени. Целесообразно назначение УФО.

*Пузырчатка новорожденных*

Развивается чаще в первые две недели жизни. На шее, животе, конечностях появляются вялые поверхностные пузыри различной величины (чаще 0,5—2 см в диаметре) с мутным содержимым. Пузыри легко лопаются, образуя эрозированную поверхность, которая может кровоточить. Высыпания происходят толчками, поэтому сыпь полиморфна. Эпителизация эрозированных участков идет быстро, на их месте длительно остаются бледно-розовые пятна. При наличии большого количества пузырей на коже об­щее состояние ребенка ухудшается, температура повыша­ется до 38—39 °С. Ребенок становится вялым, отказывает­ся от груди, плохо прибавляет в весе.

Лечение. При наличии единичных высыпаний прово­дят лечение местное: стерильной иглой или ножницами вскрывают пузыри, затем стерильным ватным тампоном снимают содержимое пузырей, эрозии смазывают раство­ром бриллиантовой зелени. Назначают УФО. При тяже­лом течении заболевания проводят антибактериальную терапию с учетом чувствительности возбудителя, дезин токсикационную, симптоматическую и витаминотерапию.

*Эксфолиативный дерматит Риттера*

Это заболевание является тяжелейшей формой пу­зырчатки. Оно возникает в первые дни жизни и харак­теризуется появлением гиперемии кожи вокруг рта или пупка. Процесс очень быстро распространяется на ту­ловище и конечности. В дальнейшем под эпидермисом скапливается экссудат, образуется «пузырище», кото­рый быстро лопается, обнажая обширные эрозии. На конечностях кожа сходит пластами (вид ожогового боль­ного II степени). Прогноз нередко неблагоприятный.

Лечение. Общее лечение проводится как при сепсисе. Местная обработка проводится следующим образом: сте­рильной иглой или ножницами вскрывают пузыри, снима­ют стерильным ватным шариком содержимое пузырей, за­тем смазывают эрозии водным раствором метиленового си­него или бриллиантового зеленого и накладывают салфетки с гормональными мазями («Синапар», «Локакортен»).

*Псевдофурункулез (множественные абсцессы кожи)*

Воспалительный процесс развивается в выводных про­токах потовых желез, которые у новорожденных и детей первых месяцев жизни относительно широки. На волоси­стой части головы, на спине, ягодицах, бедрах появляют­ся плотные, размером от горошины до фасоли, багрово­красные инфильтраты. В центре воспалительного очага быстро намечается участок размягчения (флуктуация). При вскрытии абсцесса выделяется густой гной зеленова­то-желтого цвета. При заживлении воспалительного оча­га остается рубец. Множественные абсцессы у детей со­провождаются общими расстройствами: высокая темпера­тура, вялость, дистрофические явления. Заболевание может протекать длительно, волнообразно.

Лечение псевдофурункулеза включает общую и местную терапию. Местное лечение зависит от ста­дии заболевания: инфильтрация — повязки с мазью Виш­невского или ихтиоловой мазью, или алоэ; флуктуация — проводят хирургическое вскрытие, затем накладывают по­вязки с гипертоническим раствором натрия хлорида или стафилококковым бактериофагом.

*Омфалит*

Омфалит — воспаление кожи и подкожной клетчатки в области пупка. По характеру воспалительного процесса различают катаральный, гнойный (флегмонозный) и не­кротический омфалиты.

**Катаральный** омфалит («мокнущий пупок») возника­ет при замедленной эпителизации инфицированной пупоч­ной ранки, которая длительно мокнет, покрывается гра­нуляциями (фунгус), на поверхности которых появляет­ся серозное или серозно-гнойное отделяемое. Заживление раневой поверхности происходит в течение нескольких недель. Общее состояние ребенка остается удовлетвори­тельным.

**Гнойный** (флегмонозный) омфалит характеризуется рас­пространением воспалительного процесса в окружности пупка и прилегающих к нему тканей. Отделяемое из пу­почной ранки гнойного характера. Кожа вокруг пупка становится гиперемированной, отечной, пупочная область заметно выпячивается. Характерно расширение сосудов передней брюшной стенки, если воспалительный процесс распространяется на пупочные сосуды. В этом случае со­суды утолщаются и прощупываются в виде жгутов сверху и снизу от пупочного кольца.

Общее состояние ребенка нарушается, повышается тем­пература тела, снижается аппетит, замедляется прибавка в массе, в периферической крови — признаки воспаления.

**Некротический** омфалит встречается редко, как пра­вило, у детей с низкой сопротивляемостью. Кожа вокруг пупка становится багрово-цианотичного цвета. Некроз бы­стро распространяется на все слои кожи, некротизиро- ванная ткань в дальнейшем отторгается и может проис­ходить эвентрация (выпадение) органов брюшной полос­ти. Эта форма омфалита самая тяжелая, сопровождается выраженной интоксикацией и заканчивается в основном сепсисом.

Лечение омфалита состоит в ежедневной, последова­тельной обработке пупочной ранки 3% раствором пере­киси водорода, затем 70% спиртом и 5% раствором пер­манганата калия. При избыточном отделяемом из ранки накладывают повязку с гипертоническим раствором, ра­створом натрия хлорида. Для местного лечения использу­ется также стафилококковый бактериофаг. Для ускоре­ния эпителизации пупочной ранки применяют УФО.

При нарушении общего состояния ребенка и угрозе ге­нерализации инфекционного процесса проводят общую терапию .

**Сепсис новорожденных**

**Сепсис** — тяжелое общее инфекционное заболевание, возникающее вследствие недостаточности местного и об­щего иммунитета организма при наличии очага воспа­ления.

Этиология. Основными этиологическими факторами сеп­сиса у доношенных детей являются: золотистый стафило­кокк (50-60%) и грамотрицательная флора (36%). У не­доношенных его причиной в 60-70% случаев бывают грамотрицательные бактерии.

Факторы, способствующие развитию сепсиса: хрони­ческие очаги инфекции у матери; недоношенность, незре­лость, врожденная гипотрофия, родовая травма, гемоли­тическая болезнь новорожденных; нарушение ухода и са- нитарно-противоэпидемической обстановки в роддоме и в домашних условиях; заболевания кожи и пупка.

По времени возникновения различают внутриутробный и постнатальный (неонатальный) сепсис. В зависимости от входных ворот инфекции различают сепсис пупочный, легочный, кожный, кишечный, катетеризационный, крип­тогенный (входные ворота не установлены).

Клиника. По клиническому течению и патоморфоло­гической картине различают две формы сепсиса новорож­денных — септицемию и септикопиемию.

Предвестниками заболевания у новорожденных неред­ко являются следующие симптомы: позднее отпадение пу­повинного остатка, упорные срыгивания и длительное со­хранение желтухи новорожденных.

Характерными начальными клиническими симптома­ми заболевания являются нарастающие признаки инток­сикации.

**Септицемия** — форма сепсиса без явных гнойных оча­гов, чаще наблюдается у недоношенных детей. У ребенка снижается двигательная, рефлекторная и сосательная активность, наблюдаются субфебрилитет, гипотония, упор­ные срыгивания, метеоризм, диспептические расстройства. Ребенок не прибавляет в весе, в последующем динамика нарастания массы тела становится отрицательной. Кож­ные покровы бледно-серого цвета с мраморным рисунком, появляется акроцианоз, что свидетельствует о недоста­точности кровообращения и нарушении микроциркуля­ции. Тоны сердца глухие, аритмичные, границы сердца расширены. Увеличиваются печень и селезенка. Отмеча­ются пастозность и отечность подкожно-жировой клет­чатки, выражена сосудистая сеть на животе. В тяжелых случаях развивается геморрагический синдром.

**Септикопиемия** характеризуется присоединением сим­птомов пораженного органа (т. е., развитием гнойных ме­тастатических очагов). Чаще всего имеют место гнойный менингит, остеомиелит, пневмония, энтероколит, пара­проктит и др. Септикопиемия, как правило, протекает остро с высокой температурой, развитием токсикоза с по­следующей выраженной гипотрофией. Нередко оба вари­анта септического процесса на разных этапах его разви­тия переплетаются между собой.

Для клинического течения сепсиса у недоношенных детей характерно отсутствие четкой клинической карти­ны начала заболевания, вялое, волнообразное, затяжное течение с явлениями постепенно нарастающего истоще­ния. Общее состояние у этих детей, как правило, бывает тяжелым.

Выделяют молниеносное (1-7 дней), острое (4-8 не­дель) и затяжное (более 8 недель) течение заболевания. Для молниеносного течения характерно развитие септи­ческого шока.

Осложнения. Самые частые осложнения, которые на­блюдаются при сепсисе, — это ДВС-синдром, дисбактери­оз, язвено-некротический энтероколит.

Диагностика. При постановке диагноза учитывают дан­ные анамнеза (течение беременности, родов, наличие у матери хронических очагов инфекции, заболевания ре­бенка в периоде новорожденности и так далее), особенно­сти клинического течения сепсиса, изменения в общем анализе крови (лейкоцитоз, нейтрофилез, увеличение СОЭ, снижение эритроцитов и гемоглобина), данные исследова­ния крови на стерильность (2—3 раза), результаты бакте­риологического исследования флоры из первичного очага инфекции с определением чувствительности к антибиоти­кам. Большое значение имеет идентичность флоры в посе­вах крови и отделяемом из гнойного очага.

Антибактериальная терапия про­водится с учетом чувствительности возбудителя одновре­менно двумя-тремя антибиотиками в течение 10—15 дней в максимальных возрастных дозах с последующей сменой препаратов. Предпочтение отдается полусинтетическим пенициллинам, цефалоспоринам, аминогликозидам.

Дезинтоксикационная терапия осуществляется методом форсированного диуреза.

С целью повышения сопротивляемости организма про­водится специфическое лечение антистафилококковой плаз­мой, антистафилококковым гамма-глобулином, ста­филококковым бактериофагом. Нормализации нарушен­ных обменных процессов способствует проведение витаминотерапии (витаминами группы С, В, А, Е). Для профилактики дисбактериоза при массивной антибиоти котерапии важную роль приобретают биопрепараты: лак-тобактерин, бифидумбактерин, бификол. Проводится по синдромная и симптоматическая терапия, местное лече­ние очагов инфекции. Исключительно важно обеспечить ребенка естественным вскармливанием. При отсутствии такой возможности используют сцеженное перед кормле­нием непастеризованное грудное молоко, которое вводят через соску или желудочный зонд. В период реконвалес ценции большое значение имеют массаж, лечебная гимна­стика, прогулки на свежем воздухе, гигиенические проце­дуры, общее УФО.

Профилактика. Должна начинаться еще до рождения ребенка. Она включает: наблюдение за беременной жен­щиной с самых ранних сроков (в первые 1,5-2 мес.) беременности, выявление и лечение хронических и ост­рых заболеваний, правильную организацию питания и режима беременной женщины, достаточное пребывание на воздухе, профилактику и своевременное лечение осложне­ний беременности. В предупреждении сепсиса новорож­денных большое значение имеет соблюдение гигиениче­ских мероприятий матерью. Необходимо тщательное со­блюдение асептики при проведении родов, а также при обслуживании новорожденных. Обязательно раннее при­кладывание ребенка к груди. Своевременное выявление и лечение «малых септических форм».