

Гнойно-септические заболевания новорожденных

Выполнила: Яковлева М. В.
студентка 605 группы
лечебного факультета

Актуальность проблемы

- Частота возникновения ГСЗ у новорожденных – 8-10 %
- Частота повторных случаев – 30 %. Эти дети считаются контингентом “повышенного риска”
- Основная причина – бактериальные инфекции – 4-12 на 1000 живорожденных
- У 4% новорожденных с локализованной формой инфекции развивается клиническая картина сепсиса
- Несвоевременная диагностика и лечение ГСЗ приводит к инвалидизации детей

Этиология

- Стрептококки группы В (менингиты), С (сепсис);
- Стафилококки: коагулазонегативные штаммы *St.epidermidis*, *St.saprophiticus*, *St.hemoliticu*;
- Грамотрицательная флора – кишечная палочка, клебсиеллы, протей, синегнойная палочка, энтеробактер;
- Опасность госпитальных штаммов с высокой резистентностью к антибиотикам;
- Грибы рода *Candida* (частота до 12% - менингиты, остеоартрит, трахеит);

Локализация и характер поражения

- *Стафилококки* – кожа, под- кожно-жировая клетчатка, кости, легкие - мастит, флег- мона, абсцесс.
- *Грамотрицательная флора* – ЖКТ, суставы, мочеиспус- ка- тельная система, менингит.

Эпидемиология

Источник инфекции – мать ребенка, медперсонал, больные дети, окружающая среда.

Пути передачи:

1. Внутриутробное инфицирование:

- Трансплацентарный;
- Контаминационный – через инфицированные околоплодные воды: восходящий, нисходящий, контактный.

2. Воздушно-капельный;

3. Контактный – руки персонала, предметы ухода;

4. Алиментарный – молоко, растворы для питья.

Факторы риска

- Неблагоприятный акушерский анамнез: бесплодие, соматические заболевания, экстрагенитальная патология.
- Патологическое течение беременности – анемия, урогенитальная патология, респираторные заболевания во время беременности, гипоксия.
- Патологическое течение родов – длительный безводный период, акушерское вмешательство, эндометрит, преждевременные роды.
- Необходимость в реанимационных мероприятиях и интенсивной терапии: интубация трахеи, катетеризация магистральных сосудов, зондовое питание.
- Искусственное вскармливание с первых дней жизни.

Гнойно-воспалительные заболевания кожи новорожденных

- **Анатомо-физиологические особенности кожи:**
 - Кожа нежная, бархатистая, снабжена кровеносными сосудами. Слабо развиты мышечные и эластические волокна. Кожа легко теряет воду при повышении температуры и диспепсии;
 - Эпидермис рыхлый, тонкий, легко слущивается, базальная мембрана недоразвита – быстрое развитие опрелостей и образование пузырей;
 - Несовершенство иннервации, терморегуляции – увеличение теплоотдачи (переохлаждение), перегревание с развитием потницы;
 - Снижена защитная функция кожи, недостаточность местного иммунитета, нейтральная реакция кожи, что способствует частым мацерациям, развитию опрелостей, размножению микроорганизмов.

Клиническая картина гнойно-септических заболеваний

Поражение стафилококком

Булезное импетиго – группа поверхностных кожных инфекций, обусловленных, прежде всего, золотистым стафилококком-

-Инкубационный период – 1-10 дней- 30% людей – носители штамма золотистого стафилококка;

-Путь передачи – контактный (через руки);

-Проявления: пузыри или пустулы диаметром 1-2 см с плотной крышкой, наполненных мутным экссудатом с примесью крови на эритематозном фоне, в области пупка, кожных складок. Процесс осложняется появлением отёков вокруг поражённой области, а также повышением температуры, возникновением головной боли.

Булезное импетиго



Формы булезного импетиго

Везикулопустулез – заболевание обусловлено воспалением в области устьев потовых желез и проявляется тем, что на коже бедер, ягодиц, естественных складок, головы отмечаются мелкие пузырьки, наполненные прозрачным, а затем мутным содержимым. Температура у ребенка не повышается, общее состояние не изменяется. Заболевание длится от нескольких дней до нескольких месяцев. Иногда оно может вести к абсцессам, флегмонам или заражению крови.

Везикулопустулез



Пузырчатка новорожденных (пемфигус).

А) Доброкачественная – пузыри 0,5-1 см на разных стадиях развития, серозно-гнойное содержимое. Локализация - нижняя часть живота, руки, ноги, паховые, шейные и другие складки кожи, реже - другие части тела. Поражены все слои кожи. Чаще гнойнички множественные, высыпающие группами, но могут быть и единичные. Симптом Никольского отрицательный. После вскрытия – эрозии, температуры тела может повышаться до 38°C. При рано начатом лечении выздоровление наступает через 2-3 недели, хотя даже доброкачественная форма пемфигуса может привести к распространению инфекции, сепсису.

Симптом Никольского - расслоение эпидермиса с образованием пузырей: кожа становится похожей на папиросную бумагу ; малейшее надавливание (даже на внешне здоровые участки) вызывает отслойку эпидермиса . Участки, лишенные эпидермиса, - красные и блестящие, но гнояного налета на них нет . Отслойка эпидермиса идет большими пластами или мелкими кусочками. Могут появиться крупные вялые пузыри .

Б) Злокачественная – значительное количество больших пузырей – до 2-3 см в диаметре, кожа между ними слущивается. Симптом Никольского может быть положительным. Температура выше 38 градусов С, состояние тяжелое - помимо вялости, отсутствия аппетита, выражены явления интоксикации - бледность, учащение дыхания, сердцебиения, рвота. Заболевание высоко заразно и, как правило, заканчивается сепсисом.

. В крови – лейкоцитоз, нейтрофилез, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускоренное СОЭ.

Пузырчатка новорожденных



Критерии диагностики

1. Общий анализ крови — лейкоцитоз, нейтрофилез со сдвигом формулы влево, ускоренная СОЭ, при длительно текущем процессе — анемия. Развитие лейкопении и тромбоцитопении, токсическая зернистость нейтрофилов, отсутствие эозинофилов, анемия — прогностически неблагоприятные признаки.
2. При бактериологическом исследовании материала (отделяемое из пузырей, ран), исследовании кала — высеv патогенного стафилококка.
3. Высеv патогенного стафилококка из крови.
4. Серологическая диагностика: нарастание титра антител при постановке РА с аутоштаммом стафилококка в динамике болезни. Титр агглютининов в РА 1:100 считается диагностическим. Определяется на 10-20 день болезни.
5. Реакция нейтрализации токсина антитоксином: нарастание титра антистафилолизина и антитоксина.
6. Биохимический анализ крови — гипопротейнемия, диспротеинемия, накопление среднемолекулярных пептидов.

Лечение

Обязателен перевод из родильного дома в отделение патологии новорожденных городской больницы. Вскармливание - естественное. Пузырьки и пузыри смазывают 2-3 раза в день спиртовыми растворами бриллиантового зеленого или метиленового синего, крупные образования предварительно прокалывают стерильной иглой. Показано также местное или общее ультрафиолетовое облучение. Назначают антибиотики, капельные введения растворов альбумина, реополиглюкина, глюкозы, солевых, иногда антисептического. На высоте интоксикации вводят для поддержания иммунитета и как антибактериальное средство антистафилококковый гамма-глобулин. Показаны также переливания свежей или замороженной плазмы, препаратов крови, применение сердечных гликозидов в случае сердечной недостаточности, мочегонные , витамины (чаще группы В и витамин С)

В) **Эксфолиативный дерматит Риттера** – наиболее тяжелая форма (септическое течение пемфигуса).

Вызывается патогенными штаммами золотистого стафилококка, который продуцирует экзотоксин – эксфолиатин.

Стадии заболевания:

1. Эритематозная
2. Эксфолиативная
3. Регенераторная.

Клиника

- покраснение, мокнутие кожи и образование трещин в области пупка, паховых складок, вокруг рта;
- эритема распространяется на кожу живота, туловища, конечностей
- пузыри появляются на неизменной коже пузыри, которые быстро увеличиваются в размерах, сливаются и, разрываясь, оставляют обнаженную от эпидермиса дерму - тело напоминает «обожженное кипятком»;
- Симптом Никольского положительный;
- общее состояние таких больных тяжелое, температура нередко повышается до 40-41 °С.
- после разрешения процесса рубцов не остается.

Лабораторные данные

- в клиническом анализе крови: гипохромная анемия, лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ.
- при биохимическом исследовании крови обнаруживается гипопропротеинемия с явлениями диспротеинемии.

Лечение

- парентерально вводят антибиотики с предварительным определением чувствительности (цефалоспорины);
- показано внутривенное вливание антистафилококковой плазмы, альбумина, внутримышечное введение антистафилококкового иммуноглобулина;
- ежедневные ванны с калия перманганатом 1: 10 000 и смена белья. Вскрытие пузырей, обработка здоровой кожи салициловым спиртом, прокипяченным растительным маслом. На очаги — пасты и мази с антибиотиками, цинковое масло, линимент, аэрозоли с антибиотиками;
- общее УФО. Необходима изоляция детей в боксы и тщательный уход за ними.

Эксфолиативный дерматит Риттера



Рис. 3. Синдром стафилококковой обожженной кожи

Псевдофурункулез Фингера – происходит поражение всего выводного протока, а также клубочков потовой железы, вследствие этого формируются подкожные узлы до 1-1,5 см в диаметре, багрово-красного цвета, затем в центре появляется гнойное содержимое, узлы вскрываются и происходит истечение гноя, случается рубцевание.

Локализация: кожа височной части головы, задняя поверхность шеи, спина, ягодицы, конечности.

Сопровождается повышением температуры, реакцией региональных лимфатических узлов, анемией, лейкоцитозом, ускорением СОЭ.

В отличие от фурункула, вокруг узла нет плотного инфильтрата, он вскрывается без некротического стержня

Псевдофурункулез Фингера



Лечение и профилактика

- стационарного лечения.
- обязательно проведение антибиотикотерапии с учетом данных антибиотикограммы.
- пробиотики.
- при интоксикации проводят капельное введение реополиглюкина, альбумина, гемодеза или нативной плазмы.
- применяют витаминотерапию, общеукрепляющие средства и иммунные препараты: стафилококковый анатоксин, гамма-глобулин, антистафилококковую плазму.

В местной терапии используют р-ры анилиновых красителей, мази с антибиотиками, «Левомеколь», ихтиоловую мазь. Кожу вокруг узлов обрабатывают камфорным спиртом. Проводят УВЧ-терапию. В некоторых случаях хирургическое вскрытие и дренирование флюктуирующих узлов.

Профилактика регулярная смена пеленок, их проглаживании после стирки, соблюдении гигиенических правил в уходе, избегании перегрева ребенка, правильном вскармливании.

Поражение подкожно- жировой клетчатки (ПЖК)

Анатомо-физиологические особенности:

- ПЖК у новорожденных хорошо выражена, хорошо кровоснабжается;
- Недостаточно развиты соединительнотканые перемычки быстрое распространение инфекции по периферии;
- Превалирование твердых жирных кислот быстрое образование уплотнений

Некротическая флегмона новорожденных

Заболевание начинается с общих симптомов. Ребенок становится вялым, беспокойным, плохо спит, отказывается от груди. Температура тела повышается до 38-39°C. На участке поражения появляется пятно красного цвета.

Выделяют 4 стадии:

- Начальная: быстрое (в течение нескольких часов) распространение очага поражения;
- Альтернативно-некротическая стадия – возникает через 1-1,5 суток, участки кожи багрово-синюшного оттенка, в центре – размягчение. Отмечается отек и уплотнение;
- Стадия отторжения – омертвление отслоенной кожи, некротизируется – раневые дефекты с подрытыми краями-гнойные карманы;
- Стадия репарации – развитие грануляционной ткани, эпителизация раневой поверхности с образованием рубцов.

Некротическая флегмона новорожденных



Figure 1 - Necrotizing fasciitis covering the anterior face of the left leg: generalized edema, violet-colored skin, blisters, and bloody regions.

Лечение

Хирургическое.

Под местной или общей анестезией производят множественные разрезы кожи в шахматном порядке над очагом поражения и по границе со здоровой кожей. Длина разреза 10—20 мм, глубина — до клетчатки. На всю поверхность флегмоны накладывают повязку с гипертоническим раствором и антисептиком (фурацилин) на 2—3 ч. При последующих перевязках следят за распространением некротического процесса и по показаниям производят дополнительные разрезы.

В последующем применяют мазевые повязки, УФ-облучение, УВЧ-терапию.

При некрозе кожи и появлении демаркационной линии производят некрэктомию. Рост грануляций в образовавшейся ране стимулируют путем обработки раны ультразвуком, лучами лазера.

Параллельно проводят дезинтоксикационные, антибактериальные и иммуностимулирующие мероприятия.

Гнойный мастит новорожденных

Острое воспаление грудной железы, осложняющее, как правило физиологическое нагрубание желез.

Возбудитель чаще стафилококк.

Пути проникновения:

- через поврежденные кожные покровы и протоки
- Гематогенным
- Отмечают инфильтрацию железистой ткани с последующим образованием ее дольках одного или нескольких, гнойников, способных сливаться

.

Клиника

- увеличение железы;
- инфильтрация, гиперемия;
- повышение температуры;
- интоксикация;
- гнойное отделяемое;
- метастатические гнойно-септические осложнения

Мастит новорожденных



Лечение

- в стадии инфильтрации показано лечение направленное на рассасывание инфильтрата: полуспиртовые компрессы, физиотерапия.
- в стадии абсцедирования выполняют радиальные разрезы. Накладывают повязку с гипертоническим раствором, через 2-3 ч ее меняют на мазевую.
- антибиотикотерапия;
- дезинтоксикационную;
- иммунокорригирующую;
- пробиотики.

Омфалит

Бактериальное воспаление дна пупочной ранки, кожи и подкожного жирового слоя вокруг пупка, пупочных сосудов.

Частая причина неонатального сепсиса - Возбудитель – золотистый стафилококк.

Классификация:

- Простой (катаральный) омфалит
- Флегмонозная форма
- Некротический омфалит □

Лечение – системные антибиотики широкого спектра, инфузионная терапия, пассивная иммунизация. Лечение флегмонозной формы вместе с детскими хирургами.

Клиника

Признаки интоксикации: повышение температуры, срыгивания и рвоты, вялое сосание и др. Помимо мокнутия и отделения гнойного содержимого, имеются выпячивание пупка, гиперемия и отечность кожи вокруг него, на передней стенке живота видны красные полосы, характерные для присоединяющегося лимфангоита, расширенные поверхностные вены, а при пальпации определяются признаки поражения пупочных сосудов — вены и артерий.

При тромбофлебите пупочной вены круглый тяж пальпируется по средней линии живота над пупком, а при тромбартериите с двух сторон — ниже пупка и сбоку. При перифлебите и периартериите кожа над пораженными сосудами отечна, гиперемирована, во время пальпации может определяться напряжение передней стенки живота. При поглаживающих движениях от периферии пораженного сосуда к пупку на дне ранки появляется гной. Чаще отмечается поражение пупочных артерий, чем вены

Омфалит может осложняться появлением гнойных метастатических очагов (остеомиелиты, деструктивные пневмонии, язвенно-некротический энтероколит и др.), развитием сепсиса.

Омфалит



Лечение.

Больной с омфалитом должен быть выведен из родильного дома. Вскармливание — естественное. Местную терапию проводят как и при мокнущем пупке. Антибиотикотерапия с учетом чувствительности выделенного микроба.

Комбинация антибиотиков — ампиокс в дозе 100 — 200 мг/(кг • сут) на 3 инъекции, или гентамицин 3 — 5 мг/(кг • сут) на 2 инъекции в сочетании с метициллином в дозе 100 — 150 мг/(кг-сут) на 3 инъекции.

Одновременно начинают мероприятия по стимуляции пассивного (у-глобулин, по показаниям гемотрансфузии и др.), а позднее и активного (витаминотерапия, дибазол, метацил, пентоксил и др.) иммунитета. При токсикозе важна активная инфузионная терапия с использованием глюкозосолевых растворов, альбумина, реополиглюкина, антисептических растворов по общеизвестным принципам. Симптоматическую терапию назначают индивидуально.

При тромбозах, можно ограничиться местной терапией — смазыванием участка кожи над веной гепариновой мазью и мазью с антибиотиками (чередую их каждые 2 ч), систематической обработкой пупочной ранки, физиотерапией (СВЧ, ультрафиолетовые облучения, электрофорез с антибиотиками).

Рожистое воспаление

Острое инфекционное заболевание дермы и подкожной клетчатки, вызываемое стрептококками реже стафилококками, синегнойной палочкой.

Входными воротами для инфекции чаще является пупочная ранка, реже — половые органы и анус.

Периоды: инкубационный, период манифестации заболевания и период выздоровления.

Клиника:

1. Кожные изменения характеризуются появлением розово-красных пятен с нерезкими границами (' Пятна плотные, горячие наощупь, с выраженным воспалительным отеком и инфильтрацией дермы и подкожно-жирового слоя. Особенностью рожи у новорожденных является безудержный рост и миграция пораженных участков («путешествующая» или «бродячая»). Патологический процесс быстро распространяется, захватывая большие участки кожи туловища, конечностей.

Рожистое воспаление



Панариции

Инфекционный процесс в области ногтевых валиков, вызываемый стрептококками и стафилококками. В отличие от стафилококковых поражений при стрептококковых вскоре после развития гиперемии, припухлости, отека появляются пузыри с последующим развитием эрозий. Иногда можно обнаружить регионарный лимфаденит, другие проявления стрептококковой инфекции.

Панариций у новорожденного ребенка. В основном он касается околоногтевой области. Причиной начала панариция является, в этом случае, неаккуратная обработка детских ногтей.



Лечение

- стационарного лечения.
- обязательно проведение антибиотикотерапии с учетом данных антибиотикограммы.
- пробиотики.
- при интоксикации проводят капельное введение реополиглюкина, альбумина, гемодеза.
- применяют витаминотерапию, общеукрепляющие средства и иммунные препараты: стафилококковый анатоксин, гамма-глобулин, антистафилококковую плазму.
- в местной терапии используют р-ры анилиновых красителей, мази с антибиотиками, «Левомеколь», ихтиоловую мазь. Проводят УВЧ-терапию..

БЛАГОДАРИ
ЗА
ВНИМАНИЕ!

