

“Медицинский Университет Астана»

**Самостоятельная Работа Студента на тему:
“Омфалит у новорожденных. Причина,
клиника, диагностика, диф диагностика,
тактика педиатра”**

Выполнила: Камалова С 683 группа



- . Актуальность темы: Анатомо-физиологические особенности делают детскую кожу легко ранимой и склонной к воспалениям. Пупочная ранка и пупочные сосуды являются наиболее вероятными входными воротами для инфекции в неонатальном периоде. У новорожденных детей отмечается быстрый переход местного воспалительного процесса в генерализованную инфекцию. Поэтому правильная оценка состояния кожи, пупочной ранки и сосудов, своевременное лечение локальных форм гнойно-воспалительных заболеваний имеет большое значение в профилактике генерализованных инфекционных процессов у новорожденных детей.

- ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПУПОЧНОЙ РАНКИ, ПУПОВИННОГО ОСТАТКА И ПУПОЧНЫХ СОСУДОВ
- Омфалит - воспалительный процесс дна пупочной ранки, пупочных сосудов, кожи и подкожной клетчатки в области пупка.



Формы

- **Простая** (катаральная) **форма** или мокнущий пупок:
- самый частый вариант омфалита;
- характеризуется наличием светлого (катарального) отделяемого, редко с примесью крови и легким покраснением кожи пупка;
- протекает без осложнений;
- быстрые сроки выздоровления;
- лечение ограничивается местными мероприятиями.

Гнойная форма:

- цвет мокнущей поверхности более темный (от светло-желтого до коричневого), имеет неприятный запах, вязкую консистенцию;
- покраснение кожи в области пупка более выражено;
- появляется субфебрильная температура тела (до 38° С);
- ребенок становится плаксив, у него пропадает аппетит;
- кроме местного лечения применяются антибактериальные препараты системного действия;
- более длительные сроки выздоровления.

Флегмонозная форма:

- общее состояние ребенка – тяжелое;
- температура тела до 39° С и выше;
- ребенок отказывается от груди;
- пупочная ранка представляет собой язву, прикрытую кожной складкой, под которой скапливается гной;
- возможно развитие осложнений в виде распространения инфекции на окружающие ткани;
- комбинированное лечение с применением местных и системных средств.

- **Некротическая форма:**

- характеризуется омертвлением (некрозом) инфицированных тканей;
- возникает при позднем обращении за медицинской помощью;
- часто осложняется воспалением околопупочных сосудов;
- большая распространенность процесса определяет тяжелое общее самочувствие ребенка.

Некротический омфалит - крайне редкое осложнение флегмонозной формы омфалита у недоношенных и резко ослабленных детей. Процесс распространяется вглубь. Кожа

- приобретает багрово-синюшный цвет, наступает её некроз и отслойка от подлежащих тканей. При этом образуются обширная рана. Быстро обнажаются мышцы и фасции в области брюшной стенки. В последующем может наблюдаться эвентрация кишечника. Внешние проявления воспалительного процесса напоминают некротическую флегмону новорожденного. Эта форма омфалита наиболее тяжелая и часто приводит к развитию сепсиса.
- При тромбозе пупочной вены пальпируется эластичный тяж над пупком. При тромбозе пупочных артерий пальпируются ниже пупочного кольца радиально. В случае развития перифлебита и периаартериита кожа над пораженными сосудами отечна и гиперемирована, возможно напряжение мышц передней брюшной стенки, которое можно определить пальпаторно (положительный симптом Краснобаева). При легких массирующих движениях от периферии пораженного сосуда к пупочному кольцу на дне пупочной ранки появляется гнойное отделяемое. В ряде случаев развивается симптом «вторично вскрывшегося пупка», когда из пупочной ранки, при уже состоявшейся ее эпителизации, вновь появляется геморрагическое отделяемое. Возможно развитие интоксикации.
- Гангрена пупочного канатика (пуповинного остатка) развивается в первые дни жизни. Мумификация пуповинного остатка приостанавливается, он становится влажным, приобретает грязно-бурый оттенок и неприятный гнилостный запах. Как правило, отмечается развитие сепсиса.

- **Этиология.** Среди возбудителей, вызывающих воспаление пупочной ранки, как грамположительные микроорганизмы (стафилококки, стрептококки), так и грамотрицательные (кишечная палочка, протей, синегнойная палочка и др.). Причиной гангрены пупочного канатика являются анаэробы.
- **Патогенез.** Возбудитель проникает в ткани, прилежащие к пупку, трансплацентарно, через культю пуповины, вызывая продуктивное, гнойное или некротическое воспаление. Инфекция распространяется и фиксируется в пупочных сосудах. Частоту возникновения флебитов у новорожденных увеличивает катетеризация пупочной вены. Распространение воспаления приводит к развитию флегмоны в области пупка. При тромбофлебите пупочной вены инфекционный процесс по воротной вене может распространиться во внутривенные её разветвления с образованием гнойных очагов по ходу вен даже после заживления пупочной ранки.

Диагноз омфалита – клинический и устанавливается при наличии гнойного или серозного характера воспаления пупочной ранки и пупочных сосудов с гнойным или серозным отделяемым, инфильтрацией и гиперемией пупочного кольца, пальпируемыми пупочными сосудами, замедленной эпителизацией ранки.

Лабораторные исследования. В гемограмме при тяжелых формах омфалита можно выявить лейкоцитоз с нейтрофилезом и сдвигом лейкоцитарной формулы влево до юных форм, возможно повышение СОЭ. Бактериологическое исследование крови и отделяемого из пупочной ранки позволяет уточнить этиологию, а выполнение антибиотикограммы – назначить адекватную этиотропную терапию.

Инструментальные исследования. В ряде случаев при длительном мокнутии пупочной ранки проводят зондирование для исключения неполных свищей пупка. Для исключения урахуса проводится проба с введением водного раствора метиленового синего в мочевого пузыря или свищ.

Дифференциальный диагноз. Мокнувший пупок необходимо дифференцировать со свищами пупка (неполный свищ пупка, урахус и полный кишечный свищ), приводящими к длительному мокнутию пупочной ранки. Флегмонозный и некротический омфалиты дифференцируются с флегмоной новорожденных и рожистыми воспалением.

О флегмоне можно говорить, когда воспалительный процесс выходит далеко за пределы пупочного кольца. Кожа имеет багрово-цианотичный оттенок, кровоснабжение её нарушается, цианотичные участки чередуются с бледными, в центре возникает флюктуация. В последующем возникают признаки некроза с формированием демаркационной линии.

- **Лечение.** Задачи лечения: санация пупочной ранки, дезинтоксикация, иммунокоррекция.
- Показания к госпитализации. При катаральном омфалите и фунгусе пупка при активном патронаже и хороших социальных условиях в семье госпитализация необязательна. При гнойном омфалите госпитализация показана при наличии интоксикации, вовлечении в процесс пупочных сосудов, а также детей из групп риска по генерализации инфекции и по неблагоприятным микросоциальным условиям. При других формах омфалитов и воспалении пупочных сосудов ребенка необходимо госпитализировать.
- Немедикаментозное лечение. Показаны гигиенические ванны с раствором калия перманганата 1:10000, отварами череды травы, ромашки цветков, чистотела большого травы. При тяжелом состоянии туалет кожи проводят с помощью влажных салфеток. В лечении широко используют физиотерапевтические методы (ультрафиолетовое облучение).

- **Медикаментозная терапия.** Местная терапия: зависит от формы заболевания, характера и распространенности местного процесса. При катаральном и гнойном омфалитах производят обработку пупочной ранки 3% раствором водорода пероксида, затем 5% раствором калия перманганата, или 2% спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Можно использовать порошок с бацитрацином и неомицином (банеоцин), обрабатывать пупочную ранку растворами антисептиков (хлорофиллипт, 10-15% раствор прополиса, 1% раствор эвкалипта шарикового листьев экстракт и др.). Используют ультрафиолетовое облучение пупочной ранки. При фунгусе пупка обработку пупочной ранки путем прижигания грануляций 5% раствором нитрата серебра осуществляет врач. При флегмонозной форме омфалита применяют повязки с раствором диметилсульфоксида, с мазями на гидрофильной основе (левосин, левомиколь), с гипертоническими растворами 5-10% раствора натрия хлорида, 25% магния сульфата. При некротическом омфалите и гангрене пупочного канатика после хирургического вмешательства рану ведут открытым способом с применением мазей на гидрофильной основе (см. выше). При флебите и артериите пупочных сосудов производят туалет пупочной ранки, аналогичный мокнущему пупку и гнойному омфалиту, а также наложение повязок с 2% гелем троксерутин.
- При использовании в акушерском стационаре разрешенных для обработки пупочной ранки пленкообразующих препаратов (Лифузоль и др.), в случаях появления признаков омфалита пленка снимается 70% этиловым спиртом; в дальнейшем обработка пупочной ранки осуществляется, как указано выше.
- **Хирургическое лечение.** Показано хирургическое пособие в случае абсцедирования при флегмонозном омфалите. При некротическом омфалите и гангрене пупочного канатика необходимо провести некрэктомию.
- **Прогноз.** Благоприятный при нетяжелых формах омфалитов, воспалении пупочных сосудов при условии своевременной и адекватной терапии. Флегмонозный и некротический омфалиты, гангрена пуповинного остатка с осложнениями (вплоть до сепсиса) могут привести к летальному исходу.

Благодарю за внимание!!

