

Инфекционные заболевания новорожденных

Пиодермия - гнойничковые заболевания кожи у новорожденных чаще всего вызываются стафилококками, носительство которых имеет место среди персонала и родильниц.

Кожа новорожденного в первые минуты после рождения стерильна, в последующие дни идет «заселение» кожи ребенка стафилококковой флорой и тем быстрее, чем больше стафилококков на окружающем ребенка белье, предметах и в воздухе.

При некоторых патологических состояниях и заболеваниях матери возможно внутриутробное инфицирование плода с развитием врожденного инфекционного заболевания (врожденный везикулез, врожденная пневмония и др.).

Золотистый гемолитический стафилококк легко проникает в глубь кожи новорожденного, а анатомо-физиологические особенности ее строения благоприятствуют развитию воспалительного процесса.

Наиболее легкая форма стафилококкового поражения кожи — везикулез, который сопровождается высыпанием везикул: мелких пузырьков размером с булавочную головку смутноватым содержимым на неинфильтрированном основании.

При вскрытии везикулы остается венчик шелушения эпидермиса. Глубокого поражения кожи при везикулезе не имеется. Наиболее частая локализация: передняя поверхность живота, паховые складки, ягодицы.

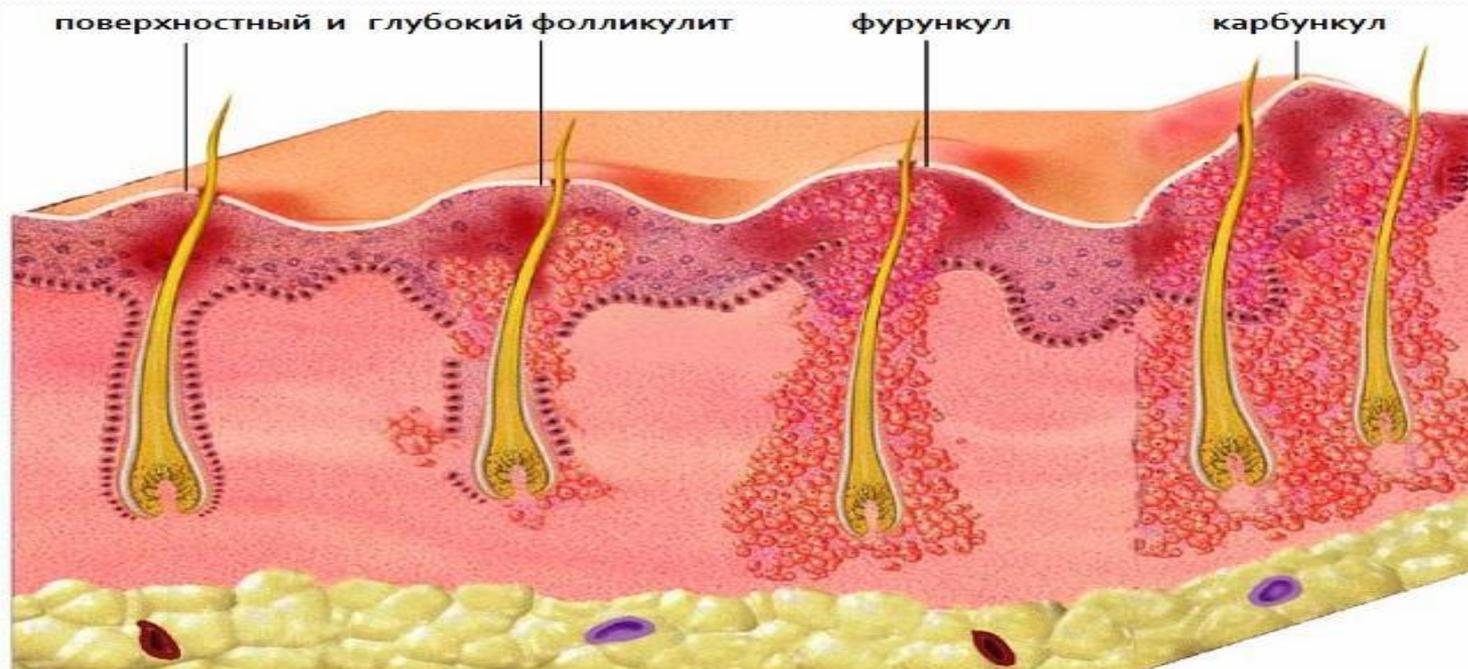
Лечение местное — тщательный туалет кожи, купание в ванне с 0,005% раствором перманганата калия, обработка пораженных участков 70% спиртом и раствором бриллиантового зеленого.



Фолликулит у новорождённого

Возникает в результате внедрения стафилококка в волосяной фолликул и развития в нем воспалительного процесса. Вокруг волоса появляется узелковое уплотнение, вскоре в центре образуется небольшая пустула, подсыхающая в корочку, по отпадении которой остается небольшое розовое пятно.

Местное лечение такое же, как при везикулезе; при обширном поражении кожи назначают общее лечение: сульфаниламидные препараты и антибиотики, к которым чувствительна выделяемая флора, а также стимулирующую терапию.



folliculitispictures.com



Пузырчатка у новорождённых

Пузырчатка - инфекционное заболевание, возникающее на 1—2-й неделе после рождения. На коже появляются пузыри, сначала напряженные, а затем дряблые, величиной от горошины до пятикопеечной монеты.

Вокруг пузыря имеется венчик гиперемии; содержимое пузыря вначале прозрачное, затем быстро мутнеет; после вскрытия пузыря остается эрозированная мокнущая поверхность.

Высыпание пузырей происходит приступообразно. Наиболее часто оно локализуется на передней поверхности груди, в области живота и в складках кожи на конечностях. Ладони и подошвы не поражаются (в отличие от сифилитической пузырчатки).

У большинства детей болезнь протекает без резких нарушений общего состояния и после проведения общей терапии антибиотиками и местного применения 70% спирта, бриллиантового зеленого и 2,5% гидрокортизоновой мази ликвидируется через 2 нед.

В профилактике пузырчатки новорожденных большое значение имеет строгое соблюдение правил асептики и антисептики в родильном доме. Всех заболевших детей изолируют и по возможности переводят в больницы для проведения соответствующего лечения.



Заблевание пупочной ранки у новорожденного

При заживлении пупочной ранки возникают следующие осложнения.

Катаральный омфалит — такое состояние пупочной ранки, при котором имеются небольшие серозные или серозно-кровянистые выделения. Если не провести своевременного лечения в виде прижигания грануляций ляписным карандашом, 70% спиртом, 5% раствором перманганата калия, может развиться гранулема пупка — так называемый **фунгус**.

Чаще всего он бывает размером с горошину и имеет тонкую ножку.

Лечение фунгуса проводится путем промывания ранки перекисью водорода и туширования ляписным карандашом или присыпания бактерицидной пудрой (смесь сульфадимезина и пенициллина).

Гранулемы, сидящие на ножке, можно перевязать стерильной шелковой лигатурой.

При гнойном омфалите воспаление распространяется на околопупочное кожное кольцо и пупочные сосуды, появляются краснота и инфильтрация вокруг пупочной ранки. Инфицирование пупочной ранки может сопровождаться распространением инфекции вглубь по пупочным сосудам. При этом сосуды прощупываются в виде плотных инфильтрированных тяжей. Заболевание может осложниться перитонитом и сепсисом.

Лечение при заболевании пупочной ранки должно быть направлено на ликвидацию общего инфекционного процесса путем антибактериотерапии в сочетании с введением плазмы и гамма-глобулина

Катаральный омфалит



При осложнение , может
развиться фунгус (гранулема)



Гнойный омфалит





Сепсис — общее инфекционное заболевание, характеризующееся ациклическим течением, полиэтиологичностью при измененной реактивности организма, когда местный инфекционно-воспалительный очаг служит источником повторной гематогенной генерализации возбудителя.

Классификация сепсиса

• **Первичный (криптогенный).** Встречается относительно редко. Происхождение его не ясно. Предполагается связь с аутоинфекцией (хронический тонзиллит, кариозные зубы, дремлющая инфекция).

• **Вторичный сепсис** развивается на фоне существования в организме гнойного очага: гнойной раны, острого гнойного хирургического заболевания, а также после оперативного вмешательства.





Лечение

Учитывая сложность и многоплановость патофизиологических нарушений при сепсисе, все клиницисты подчеркивают необходимость комплексного лечения этого заболевания. Лечебные мероприятия состоят из общего лечения (антибактериальная, иммунотерапия, поддержание системы гомеостаза) и хирургического воздействия на очаги инфекции.

Лечение больных сепсисом и септическим шоком должно осуществляться в условиях специализированных палат или блока интенсивной терапии с использованием современного мониторинга

