

Таким образом, крупновесные новорожденные представляют собой неоднородную группу детей, имеющих индивидуальные особенности физического развития. Последнее является одним из прогностических критериев течения адаптационного периода, что требует дифференцированного подхода при наблюдении за этими детьми.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гомелла Т. Н. Неонатология. — М.: Медицина, 1995.
2. Круч А. И. Возможности снижения частоты натальных повреждений ЦНС крупного плода // Актуальные вопросы перинатологии. — Екатеринбург, 1996. — С. 99—101.
3. Гриценко В. И., Яковцова А. Ф., Губина-Вакулик Г. И. и др. Классификация крупных плодов // Педиатрия. — 1990. № 10. — С. 20—22.

ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ

В. Н. Прохоров, И. Н. Кононова

Уральская государственная медицинская академия,
г. Екатеринбург

Одной из основных задач в системе мероприятий по охране материнства и детства является снижение заболеваемости и смертности новорожденных детей. В структуре заболеваемости и смертности новорожденных очень важную роль играют гнойно-септические заболевания. Высокая частота возникновения гнойно-септических заболеваний, включая внутриутробные инфекции, тяжесть их течения и формирование осложнений, а также возможность возникновения всплеск среди новорожденных делают проблему интранатальных и ранних постнатальных инфекций одной из важнейших в неонатологии (Шабалов Н. П., Маркова И. В., 1993; Касихина С. А. и соавт., 1996).

В целом риск неонатальной инфекции значительно варьирует в различных контингентах беременных и находится в среднем в пределах 10—18%, значительно повышаясь (до 30—40%) в группах женщин с низким уровнем здоровья и социально неблагополучных. Известно, что существует тесная связь между состоянием здоровья новорожденного и матери, при этом состояние ребенка при рождении и его дальнейшее развитие на первом году жизни во многом определяется особенностями организма матери (Сенцова Т. Б. и соавт., 1996; Яцык Г. В. и соавт., 1996).

Литературные данные (Дэвис П. А., Готефорс Л. А., 1987) и собственные наблюдения позволяют выделить основные факторы прогнозирования развития гнойно-септических заболеваний новорожденных, как имеющих внутриутробный генез и носящих название «внутриутробные инфекции», так и возникших после рождения.

1. Факторы риска развития гнойно-септических заболеваний новорожденных со стороны матери

1) социально-экономические факторы: у матерей с низким социально-экономическим статусом, юных, незамужних и сексуально неразборчивых женщин отмечается большая вероятность присутствия в мочеполовых путях и области промежности потенциально инфицирующих микроорганизмов. У этих женщин отмечается также большая вероятность рождения детей с низкой массой тела, что уже само по себе является признанным фактором риска. Среди указанных социальных групп инфекционные заболевания являются причиной значительной части случаев неонатальной заболеваемости и смертности.

2) ante- и интранатальные инфекции:

а) экстрагенитальные заболевания воспалительного характера различной локализации как с острым, так и с хроническим течением. Наибольшее значение имеют часто рецидивирующие виды патологии и заболевания, характеризующиеся длительным анамнезом.

б) особо выделяются инфекции мочеполовой сферы. Среди возбудителей воспалительных процессов гениталий женщины приоритетное место отводится сексуально-трансмиссивным инфекциям — хламидиям, уреаплазмам, микоплазмам, вирусам, а также полимикробным ассоциациям.

в) экстрагенитальные заболевания невоспалительного характера, в том числе эндокринные, включая сахарный диабет и ожирение.

3) осложнения во время беременности: ранний и поздний гестоз, угроза прерывания беременности, анемия беременных, различные виды плацентарной патологии (низкое прикрепление и предлежание плаценты, аномалии строения плаценты и фетоплацентарная недостаточность, многоводие).

4) осложнения во время родов: патологический прелиминарный период, аномалии родовой деятельности, наличие плоского плодного пузыря, длительный безводный промежуток (более 12 часов), преждевременное излитие околоплодных вод. Хориоамнионит встречается приблизительно в 11% всех родов, причем в ам-

нионе некротические изменения более выражены, чем в хорионе. Считается, что большую роль в проникновении инфекции к плоду играют околоплодные оболочки и плодные воды. Вероятность хориоамнионита возрастает при увеличении продолжительности родов и по мере повышения длительности безводного промежутка.

Наличие указанных факторов повышает риск развития токсико-инфекционных заболеваний у родильниц в 1,9 раза, а у их новорожденных в 3,1 раза.

5) применение до беременности противозачаточных средств. Результаты исследований, полученные при обследовании 2390 небеременных женщин в возрасте 16—49 лет, применявших оральные контрацептивы, показали, что риск развития бактериурии у них в 1,5 раза выше, чем у женщин, не использовавших эти средства. Вероятности развития в дальнейшем воспалительных заболеваний органов малого таза также значительно выше у женщин, использовавших до беременности внутриматочные противозачаточные средства. Во всех этих случаях после родов существенно повышается риск развития гнойно-септических заболеваний у женщин и новорожденных.

2. Факторы риска развития гнойно-септических заболеваний со стороны новорожденного

1) низкая масса тела при рождении. Вероятность бактериемии повышается по мере уменьшения массы тела ребенка при рождении. Риск возникновения менингита у новорожденных с массой тела 2,5 кг и менее в 4 раза превышает таковой у детей с массой тела более 2,5 кг. К причинам данного явления относят хориоамнионит в сочетании с преждевременным разрывом плодного пузыря или без такового, менее компетентную, чем при доношенной беременности, иммунную защитную систему плода, контактрование ребенка с более широким кругом медицинского персонала, применение сложных методов обследования и лечения.

2) пол ребенка. Имеет место выраженное доминирование случаев неонатальной септицемии и менингита у мальчиков. При отдельном рассмотрении таких пренатальных инфекций, как сифилис, туберкулез, токсоплазмоз и листериоз, существенных различий в соотношении числа мальчиков и девочек не наблюдалось.

3) многоплодная беременность. Синдром инфицированных околоплодных вод значительно более часто встречается у близнецов, чем у одиночных плодов. При беременности однояйцевыми (монозиготными) близнецами наблюдается более высокая частота

та инфицирования околоплодных вод и более высокая смертность плодов, чем при беременности разнояйцевыми (дизиготными) близнецами. При наличии хориоамнионита околоплодный пузырь первого ребенка из двойни вследствие своего близкого расположения к внутреннему маточному зеву гораздо чаще вовлекается в воспалительный процесс, чем околоплодный пузырь второго ребенка, хотя может отмечаться поражение инфекционным процессом обоих околоплодных пузырей.

4) врожденные аномалии. При синдроме Пьера-Робина незаращение твердого неба может комбинироваться с выраженной микрогнатией, при этом почти постоянной проблемой у детей является осложнение в виде аспирационной пневмонии. Обтурация шейки мочевого пузыря у мальчиков может стать причиной инфицирования мочевыводящих путей. Миеломенигоцеле с подтеканием спинномозговой жидкости, а также наличие врожденного свища в затылочной области, проникающего в полость черепа, могут приводить к развитию менингита.

5) широкое, а нередко необоснованное внедрение в практику инвазивных методов реанимации и интенсивной терапии (катетеризация центральных сосудов, инфузионная терапия, спинномозговые пункции, длительная искусственная вентиляция легких, кормление через зонд, использование инкубаторов, различных мониторинговых систем и ряда других диагностических и лечебных методик) активно способствуют инфицированию новорожденных.

6) отсутствие раннего (желательно в первые 6 часов, а самое оптимальное — в первые 30 минут после рождения) прикладывания новорожденного к груди матери, способствующего естественной колонизации организма ребенка микрофлорой материнского организма и более полноценному и активному формированию сосательного рефлекса, а также отсутствие в целом грудного вскармливания, являющегося мощной естественной иммунологической защитой от гнойно-септических заболеваний.

С целью выяснения причинных факторов, а самое главное, возможностей предотвращения развития гнойно-септических заболеваний были изучены анамнез, течение беременности и родов, послеродовой период у 30 женщин, дети которых перенесли в периоде новорожденности тяжелую гнойно-септическую патологию, обусловленную наличием внутриматочной инфекции. Нозологическими формами гнойно-септической патологии были: внутриутробный сепсис (у 8 детей), внутриутробная пневмония (у 3), менингит (у 1), внутриутробный распространенный везикулоруптис (у 6), энтероколит — (у 5), гепатит (у 2), врожденный сифилис (у 2), листериоз (у 1 ребенка).

Только 13 детей родились с наличием явной клинической симптоматики, у остальных картина гнойно-септической патологии проявилась уже дома после выписки из родильного стационара.

Женщины были в возрасте от 16 до 41 года, средний возраст составлял 25 лет. Все женщины имели в анамнезе инфекционные заболевания различного генеза. Генитальную воспалительную патологию в острой, подострой и хронической форме (аднексит, метророзидометрит, кольпит, заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП)) перенесли в прошлом 17 человек. Экстрагенитальная патология (тонзиллит, бронхит, частые острые респираторные заболевания, миокардит, колит, пиелонефрит) имела место у 13 женщин. Необходимо особо отметить, что до беременности ни одна женщина не прошла комплексного обследования с проведением необходимой санации очагов инфекции и оценки критериев излеченности.

У 21 женщины из 30 начало половой жизни произошло до 18 лет. Лишь 12 женщин являлись первобеременными; у 10 — в анамнезе были медицинские аборт, у 2 — самопроизвольные выкидыши и еще у 2 — сочетание абортов и выкидышей. 7 женщин вообще не наблюдались в женской консультации.

Инфекционная патология в острой и подострой форме или в виде обострения хронических заболеваний при данной беременности имела место во всех случаях: кольпит — у 16 женщин, ОРЗ у 4, пиелонефрит — у 5, сифилис — у 2.

Акушерские осложнения неинфекционного характера (анемия, поздний гестоз, угроза прерывания беременности) были выявлены также практически у всех женщин — у 29 из 30.

При оценке особенностей родов выявлено, что у каждой третьей женщины имело место преждевременное излитие околоплодных вод, у 4 — маловодие или многоводие.

Родились доношенными 26 детей, из них физиологическая незрелость была диагностирована у 4, гипотрофия — у 7, крупный плод — у 2. Недоношенными родились всего 4 детей, а 3 ребенка были с пороками развития. Ни один из детей не родился в удовлетворительном состоянии: сочетанная гипоксия легкой степени была выявлена у 16 детей, средней степени тяжести — у 10, тяжелой степени — у 4. При оценке общего анализа крови изменения воспалительного характера были выявлены у 16 детей.

Акушерские ошибки, которые могли способствовать развитию гнойно-септической патологии новорожденных

1) ни одной женщине не была проведена прегравидарная подготовка, включающая обследование и лечебные мероприятия, в том числе полноценную санацию очагов инфекции до беременности.

2) не были обследованы на ЗППП и соответственно не получили соответствующего лечения 25 женщины из 30, хотя признаки инфекции или риск развития инфекции были налицо: а) кольпит; б) кондиломатоз вульвы; в) многоводие; г) раннее начало половой жизни; д) аборт, самопроизвольные выкидыши или их сочетание, а также преждевременные роды в анамнезе; е) угроза прерывания данной беременности.

3) у женщин с хламидиозом не было проведено контроля излеченности, поэтому судить об эффективности их лечения не представляется возможным.

4) не было проведено дополнительное обследование и необходимое лечение у женщин с экстрагенитальной патологией.

5) своевременно не выявлялась имеющаяся фетоплацентарная недостаточность (ФПН) — у 12 женщин и соответственно не проводилась надлежащая терапия. При выявлении хронической ФПН и хронической гипоксии плода (у 5 беременных) полноценное лечение также не проводилось. Таким образом, более чем у половины женщин не было проведено соответствующее лечение внутриутробного страдания плода.

6) при выявлении гипотрофии плода беременным также не осуществлялись полноценные лечебные мероприятия.

7) у беременных с сочетанием позднего гестоза и анемии (13 человек), а также у женщин с ожирением (6 человек) не проводилось соответствующих корректирующих мероприятий, направленных на улучшение состояния внутриутробного плода, хотя известно, что при данных состояниях имеет место развитие хронической ФПН и хронической гипоксии плода.

8) ни в одном случае не было использовано раннего прикладывания ребенка к груди, а грудное вскармливание имело место менее чем в 1/3 случаев.

9) около 1/4 женщин не находились под наблюдением врачей женской консультации.

Таким образом, наши исследования показали, что большинство случаев тяжелых форм гнойно-септической инфекции внутриутробного происхождения в изучаемой группе в принципе можно было прогнозировать и с большой степенью вероятности можно

было предотвратить. Для этого акушерам-гинекологам совместно с врачами смежных специальностей следовало лишь скрупулезно выполнять все требования известных алгоритмов подготовки женщин к беременности и их ведения при беременности. С большим сожалением следует констатировать, что в повседневной врачебной деятельности нередко происходит нарушение основополагающих принципов клинической практики. В этом, безусловно, видится серьезный и реально достижимый резерв снижения уровня гнойно-септических заболеваний у новорожденных.

Учитывая, что проявления гнойно-септической патологии у значительной части детей возникли после выписки из роддома, необходимо совершенствовать методы ранней диагностики и адекватного лечения новорожденных с риском развития внутриутробных инфекций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Касихина С. А., Белобородова Н. В., Пак Т. А. и др. Антибактериальная терапия у новорожденных высокого риска в отделении реанимации и интенсивной терапии // Педиатрия. — 1996. — № 1. — С. 41—46.
2. Сенцова Т. Б., Яцык Г. В., Хан Э. Р. Нормативные показатели формирования микробиоценоза у новорожденных детей // Педиатрия. — 1996. — № 1. — С. 10—13.
3. Шабалов Н. П., Маркова И. В. Антибиотики и витамины в лечении новорожденных. — Санкт-Петербург, 1993. — С. 14—23.

УДК 616.155.391 : 616—053.31

РОЛЬ СИСТЕМЫ ПОЛИНУКЛЕАРОВ В НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ МИКРОБНОЙ АДАПТАЦИИ В 1 СУТКИ ЖИЗНИ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Г. Е. Стоцкая, А. М. Литвинова

Уральский НИИ охраны материнства и младенчества,
г. Екатеринбург

Кровь, находясь под воздействием различных экзо- и эндогенных факторов, реагирует на различные раздражения, подчиняясь определенным закономерностям. Так как реактивность организма в основном определяется функциональным состоянием ЦНС, вполне оправданным является определение ее по данным реакции крови на тот или иной патологический процесс, для чего необходимо знать гематологические индексы.

Известно, что нейтрофильные лейкоциты — полинуклеары — играют важную роль в антибактериальной защите организма (их