

10. *Фанарджян В. А.* Рентгенодиагностика. Ереван, 1977.
11. *Цыб А. Ф., Чепеленко Г. В.* и др. Вестн. рентгенол., 1975, 1, стр. 60.
12. *Яковлева М. Ф., Константинова Н. В.* Роль крупнокадровой флюорографии в диагностике пороков сердца. Тез. докл. X съезда рентгенол. и онкол. Ереван, 1977, стр. 189.
13. *Manchester G. H., Block P. et al.* J. Amer. med. Ass. 1965, 191, 2. 99.
14. *Puddu V.* Amer. J. Cardiol., 1962, 10, 3, 341.
15. *White P. D.* Heart disease. New York., 1945.

УДК 616.94—053.2

В. А. АСТВАЦАТРЯН, Л. М. ПОГОСЯН

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕПСИСА У НОВОРОЖДЕННЫХ

Изучены особенности клинического течения сепсиса у новорожденных. Сделан вывод о том, что диагноз сепсиса должен ставиться только на основании учета всего комплекса клинических симптомов, микросимптомов инфицированности и данных лабораторных исследований.

Сепсис по своему течению и осложнениям является наиболее грозным инфекционно-воспалительным заболеванием детей периода новорожденности. Особенно тяжело он протекает у недоношенных детей. Заболеваемость сепсисом у новорожденных, по данным литературы [7, 8], довольно высокая, летальность от сепсиса составляет 15—35% [2, 4]. Это связано с тем, что клиническая диагностика сепсиса представляет большие трудности, т. к. проявления этого заболевания у новорожденных чрезвычайно разнообразны. Возникновению сепсиса и тяжести его течения способствуют анатомо-физиологические особенности органов и систем новорожденных, в частности, незрелость центральной нервной и эндокринной систем, несовершенство иммунобиологических и ферментативных реакций организма.

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей клинического течения сепсиса у доношенных и недоношенных новорожденных. Из общего числа обследованных детей, больных сепсисом (69), 39 были недоношенными, 30—доношенными.

Сепсис был диагностирован на основании анализа клинико-лабораторных данных с использованием дополнительных методов исследования. Для установления этиологии заболевания делался посев крови, по возможности, в первые дни заболевания, до начала антибактериальной терапии, а также проводились бактериологические анализы кала, отделяемого пупочной ранки, содержимого местных гнойных очагов, смывов зева и носоглотки. Ценным диагностическим критерием сепсиса считается выделение возбудителя из крови больного ребенка. Среди всех обследованных детей патогенный золотистый стафилококк был высеян у 31, у 6 больных в крови был обнаружен непатогенный стафилококк. Как показывают наши наблюдения, в последние годы возросла этиологическая роль условно-патогенной грамотрицательной флоры, участи-

лись ассоциации стафилококков с кишечными палочками, клебсиеллой и другими грамотрицательными организмами. Так, из 23 больных в 4 случаях вместе со стафилококком были выделены коли-бактерии, в 3—протей, в 6—сальмонеллы, а у 10 недоношенных со стафилококковым сепсисом была высеяна клебсиелла. В 15 случаях возбудитель установить не удалось.

Наши наблюдения показали, что развитие сепсиса обусловлено не только анатомо-морфологическими особенностями детей раннего возраста, но и состоянием здоровья матери во время беременности, особенностями родового акта. По нашим наблюдениям, у 44 из 69 матерей отмечался осложненный акушерско-гинекологический анамнез. Так, у 15 из них были ранние и поздние токсикозы беременности, 12 в течение беременности болели инфекционными и инфекционно-воспалительными заболеваниями (грипп, ангина, пиелонефрит и др.), у 11 отмечался длительный безводный период. У некоторых матерей наблюдалось одновременное сочетание двух или трех отягощающих моментов.

К числу факторов, способствующих развитию сепсиса и более тяжелому его течению, следует отнести также ряд различных воздействий, создающих неблагоприятный преморбидный фон. Так, в группе недоношенных новорожденных, больных сепсисом, 20 страдали пневмониями (рассеянные ателектазы легких, синдром дыхательных расстройств), у 7 отмечались пневмонии, у 8 новорожденных была одновременно родовая травма с нарушением мозгового кровообращения I—II степени, 16 родились с внутриутробной гипотрофией. Аналогичное воздействие отрицательных факторов, но значительно реже, наблюдалось и в группе доношенных новорожденных: у 5 отмечалась асфиксия, 11 родились с антенатальной гипотрофией.

Нам удалось также проследить определенную зависимость между заболеваемостью сепсисом и весом ребенка при рождении. Так, из недоношенных II и III степени (с массой тела при рождении менее 2000,0—1500,0) сепсис был диагностирован у 34 детей (II ст. недоношенности—у 19, III ст.—у 15), а при I степени недоношенности—лишь у 5. В группе доношенных новорожденных большинство (24) при рождении имели массу тела менее 3000,0.

Основным путем проникновения инфекции при сепсисе как у доношенных, так и недоношенных новорожденных была пупочная ранка (39 больных) с вовлечением в процесс пупочных сосудов (у 16 из них, кроме тяжеловидного утолщения пупочного кольца и сосудов, отмечались гиперемия и отечность нижней трети передней брюшной стенки). Наряду с пупочной ранкой «входными воротами» инфекции были кожные покровы (пиодермия, фурункулез) у 10 больных, слизистая глаза (туманный конъюнктивит)—у 5, кишечник—у 6 больных.

Наши исследования показали, что у новорожденных независимо от локализации «входных ворот» септический процесс протекает в виде гематогенногенерализованной инфекции, чаще в форме септицемии. Эти наблюдения совпадают с данными, имеющимися в литературе [1, 3, 6]. Из обследованных нами больных септицемия была диагностирована у

32 недоношенных и 20 доношенных новорожденных, септикопиемия—у 10 доношенных и 7 недоношенных детей.

Как было отмечено выше, клиническая диагностика сепсиса у новорожденных представляет определенные трудности. Она обусловлена часто стертой клиникой септического процесса, особенно на фоне раннего применения антибиотиков. В этой связи особенно важное значение имеет период так называемых предвестников болезни. Среди обследованных больных позднее отпадение пуповинного остатка (после 7—10-го дня жизни) отмечалось у 24, у 14 длительное время не отпадала геморрагическая корочка в центре пупка, у 10 был омфалит, у 31 больного—элементы пiodермии, различные потертости, опрелости, у большинства отмечались снижение аппетита, отказ от груди, частые срыгивания, диспепсии. Вышеперечисленные симптомы инфицированности имелись еще во время пребывания детей в роддоме.

Клиническая манифестация сепсиса, как правило, проявлялась на II—III неделе жизни у недоношенных и к концу I-го месяца (или позже) у доношенных новорожденных. В патологический процесс, независимо от формы заболевания, вовлекались многие органы и системы. В результате интоксикации страдали прежде всего центральная и вегетативная нервная система. В наших наблюдениях у всех недоношенных новорожденных отмечались резкая вялость, адинамия, гипотония мышц. В группе доношенных также у большинства (27) интоксикация проявлялась гипертермией, гиперстезией, беспокойством. В тех случаях, когда была выявлена смешанная природа возбудителя (стафилококк + +грамотрицательная флора), септический процесс отмечался более тяжелым течением с резко выраженными проявлениями интоксикации, развитием бактериального шока, который, в свою очередь, приводил к гемодинамическому шоку (спазм капилляров с нарушениями микроциркуляции, появление ДВС).

Весьма характерным в клинике сепсиса у новорожденных является изменение цвета кожи, связанное с нарушением микроциркуляции и нарастающей анемизацией. В группе доношенных новорожденных наблюдалась в основном бледность кожных покровов, у недоношенных кожа рано приобретала землисто-серую окраску, изредка появлялся «мраморный» рисунок, у 15 детей имелся цианоз носо-губного треугольника, у 19 отмечалась желтушность покровов и склер, связанная с затянувшейся до 3—4 недель физиологической гипербилирубинемией. У 10 недоношенных детей после исчезновения физиологической желтухи в фазе разгара сепсиса вновь появилось желтушное окрашивание кожных покровов, сопровождающееся значительным увеличением размеров печени.

Значительное повышение температуры чаще наблюдалось у доношенных новорожденных. У недоношенных сепсис, как правило, протекал без повышения температуры, что совпадает с данными литературы [4, 5].

Среди доношенных новорожденных очень высокая температура (40—41°) отмечалась только у 6, у 14 больных температура была высокой (38—39,5°), у 16 наблюдался субфебрилитет. Отмечалось также

большое разнообразие температурных кривых: с однократным подъемом, а затем с длительным субфебрилитетом у 7, у 12 больных кривая имела волнообразный характер. Высокая температура гектического типа наблюдалась редко (в 4 случаях).

При сепсисе у новорожденных рано появились изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, выражающиеся разной степенью тахикардии и приглушенностью сердечных тонов (49), появлением систолического шума (у 14 больных), нарушением периферического кровообращения в виде похолодания конечностей, мраморности кожных покровов с цианотическим оттенком.

Клинический анализ показал, что при сепсисе у новорожденных очень часто в патологический процесс вовлекаются легкие. Однако их поражение выражалось лишь рентгенологически вздутием легочной ткани и усилением корневых зон, что клинически проявлялось одышкой, пероральным цианозом, затрудненным поверхностным дыханием при скудных физикальных данных в виде ослабленного или жесткого дыхания. Лишь у 17 детей, из которых 7 были недоношенными, на рентгенограммах были обнаружены изменения инфильтративного характера.

Наши исследования показали, что у всех недоношенных и почти в 80% случаев у доношенных новорожденных имело место септическое поражение желудочно-кишечного тракта, проявляющееся частыми срыгиваниями, иногда с примесью желчи в срыгиваемой массе, вздутием живота, появлением диспепсического стула. У новорожденных (22), в основном из числа недоношенных, у которых был подтвержден смешанный характер возбудителя (стафилококк+грамотрицательная микрофлора), поражение желудочно-кишечного тракта осложнилось развитием язвенно-некротического энтероколита с нарушениями микроциркуляции, появлением геморрагий. Копрологическое исследование обнаружило значительное количество лейкоцитов, эритроцитов, гноя, слизи. У 8 из них септический процесс осложнился вторичным токсическим гепатитом с появлением желтушности покровов, увеличением содержания билирубина (прямая фракция) в крови, трансаминаз. После исчезновения желтушной окраски кожи печень детей оставалась увеличенной на протяжении 1—1,5 месяцев. У большинства обследованных как проявление септической интоксикации отмечалось умеренное увеличение печени, которое часто сопровождалось увеличением селезенки.

Ценное значение для диагностики сепсиса имеют лабораторные методы исследования. При изучении картины периферической крови у подавляющего большинства (53) больных выявлена анемия, развивающаяся обычно к 10—15-му дню от начала заболевания. Повышение содержания лейкоцитов носило умеренный характер и несколько чаще развивалось у детей, родившихся с массой более 2000—2500 г. В большинстве случаев отмечалась лейкопения или нормальное количество лейкоцитов. На этом фоне почти у всех новорожденных появлялся нейтрофилез со сдвигом лейкоформулы вправо или влево. СОЭ, как правило, была нормальной или несколько ускоренной (не более 10—12 мм/ч) и не отражала тяжести септического процесса. Исследование

в динамике заболевания протеинограмм показало, что в разгаре процесса общий белок снижался до 4—4,5 г%. По мере выздоровления ребенка этот показатель возвращался к норме.

Таким образом, сепсис у новорожденных имеет ряд особенностей, поэтому диагноз должен ставиться на основании учета всего комплекса клинических симптомов, микросимптомов инфицированности и данных лабораторных исследований.

Кафедра педиатрии
педиатрического факультета
Ереванского медицинского
института

Поступила 12/III 1984 г.

Վ. Ա. ԱՍՏՎԱՏՐԻԱՆ, Լ. Մ. ՊՈԴՈՍՅԱՆ

ՍԵՊՏԻՍԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԱՌԱՋԵԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՆՈՐԱԾՆԱԿԻ ՄՈՏ

Ուսումնասիրվել են սեպսիսի առանձնահատկությունները նորածնային հասակի հասուն և անհաս երեխաների մոտ: Կլինիկական հետազոտությունները ցույց են տվել, որ սեպսիսը նորածնային շրջանում ունի մի շարք առանձնահատկություններ:

Այն ընթանում է ատիպիկ ձևով, չափավոր ջերմային ռեակցիայով, շրնչական և ստամոքս-աղիքային ուղիների առավել ակտիվացումով, ուժեղ արտահայտված ինտոքսիկացիայի նշաններով ընդհուպ մինչև բակտերիալ և համոդինամիկ շոկի զարգացումը:

V. A. ASTVATSATRIAN, M. M. POGHOSSIAN

CLINICAL CHARACTERISTICS OF SEPSIS IN NEW-BORNS

The peculiarities of the course of sepsis in new-borns are studied. It is concluded that the whole complex of clinical symptoms, microsymptoms of contamination and data of the laboratory investigations must be taken into account for the diagnostics of the disease.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ивановская Т. Е. Арх. патол., 1982, 3, стр. 48.
2. Квасная Л. Г., Островский А. Д. Сепсис у новорожденных. М., 1975.
3. Литвинова А. М. Педиатрия, 1973, 4, стр. 65.
4. Новикова Е. Ч., Тагиев Н. А. Сепсис у недоношенных. М., 1976.
5. Новикова Е. Ч., Полякова Г. П. Инфекционная патология плода и новорожденного. М., 1979.
6. Матвеев М. П., Малаховский Ю. Е. Педиатрия, 1981, 2, стр. 74.
7. Селезнев С. Ф. Педиатрия, 1981, 6, стр. 30.
8. Черкасская Р. О. Педиатрия, 1981, 2, стр. 42.