

## СЕПСИС НОВОРОЖДЕННЫХ

(по данным патологоанатомических исследований)

Д. Ю. Каримова

*Кафедра социальной медицины, экономики и управления здравоохранением  
(зав.— проф. И. Г. Низамов)  
Казанской государственной медицинской академии*

Мы проанализировали статистические материалы городского отдела здравоохранения за 1980—1990 гг., а также секционные материалы детской прокуратуры — протоколы вскрытий 183 детей, умерших от сепсиса.

В структуре причин неонатальной смертности доминируют заболевания перинатального периода. На втором месте находятся врожденные аномалии развития, доля которых в отдельно взятые годы, например в 1979 и 1981 гг., достигала соответственно 10,3% и 13,5%. На этом фоне инфекционные заболевания занимают устойчивое третье место (4,8—5,3—7,8%), которое полностью принадлежит сепсису новорожденных.

По данным одной из прокуратур города, из 858 вскрытий 54 (6,3%) случая составили летальные исходы от сепсиса. Из них почти половина приходилась на период новорожденности: 44,4% от всех случаев сепсиса и 2,8% — от общего числа вскрытий. В детском секционном материале г. Перми, например, доля сепсиса в 1953 г. составляла 1,7%, в 1963 г. — 10%, в 1973 г. — 15,2% и в 1978 г. — 23,3%. Среди умерших от сепсиса преобладали мальчики (58,5%). Анализ ежемесячной динамики числа умерших от сепсиса показал, что оно было максимальным во все летние месяцы и достигало 217,2—175,8% от среднегодового уровня в июне—июле, а также в марте и мае. Для дальнейшего анализа мы отобрали 159 протоколов вскрытий новорожденных и детей в возрасте до 3 месяцев, начало заболевания у которых также приходилось на период новорожденности. Из них в возрасте до 10 дней умерли 34 (21,4%) ребенка, в возрасте от 10 до 20 дней — 39 (24,5%), от 20 до 30 дней — 29 (18,2%), в возрасте до 2 месяцев — 38 (23,9%), до 3—9 (5,7%) и в 3—10 (6,3%). Таким образом, сепсис с летальным исходом — это прежде всего проблема периода новорожденности.

Каковы же наиболее частые входные ворота инфекции? По данным патологоанатомических исследований, чаще встречается пупочный сепсис. Реже (1,2%) первичный очаг локализуется сразу в других сосудах. По мнению патологоанатомов, самой частой формой сепсиса остается септицемия. По нашим данным, на ее долю приходится 15,1%, а затем следует кожный сепсис. Реже наблюдается легочный и кишечный сепсис.

Сепсис с летальным исходом развивается у новорожденных, как правило, на фоне определенной патологии. Более половины летальных исходов (54%) наступает у недоношенных детей. Чем глубже степень недоношенности плода, тем больше вероятность летального исхода. Детей с недоношенностью I ст. было лишь 9,4%. Одинаково часто погибают дети с недоношенностью II и III ст.; 5,6% составили новорожденные с глубокой недоношенностью. К ним же следует отнести 7,5% детей с врожденной гипотрофией.

Почти у четверти умерших детей (23,3%) с рождения была какая-либо патология: врожденные пороки сердца (у 6), болезнь Дауна (у 5), микроцефалия, болезнь Гиршпрунга, грыжи, гипоплазия почки и др. У 8,2% умерших детей диагностирована родовая травма центральной нервной системы. Велика доля врожденных ателектазов легких (28,3%), и это вполне понятно по результатам нашего предыдущего анализа, поскольку среди умерших от сепсиса много недоношенных детей, и именно им присуще в силу недостаточности сурфактанта развитие ателектазов в легких. Реже (1,9%) встречается в качестве фоновой патологии гемолитическая болезнь новорожденного.

Весьма многообразны осложнения сепсиса. Врач должен иметь ясное представление о том, с какой патологией прежде всего он может столкнуться при ведении септического больного.

По нашим данным, почти у всех впоследствии умерших септических больных (91,2%) развивалась пневмония, формы которой могут быть самыми разнообразными: от мелкоочаговой до двусторонней тотальной сливной, гнойно-геморрагической. Очень часто возникала ателектатическая пневмония, но последнюю надо рассматривать не как осложнение сепсиса, а как фоновую патологию. Нередкими были такие осложнения, как плевриты (5,7%). У 45,3% погибших от сепсиса детей наблюдалась паренхиматозная дистрофия внутренних органов. Энтевроколиты имели место у 32,7% детей, причем довольно часто язвенно-некротические, язвенно-геморрагические, перфоративные с таким грозным осложнением, как перитонит (в 17,6% случаев от всех вскрытий).

Среди поражений других внутренних органов диагностированы токсический гепатит (13,2%), гнойный нефрит (3,8%), септический миокардит, перикардит (8,1%), отиты (13,8%). Из числа умерших от сепсиса детей 9,4%

страдали менингитом, из них у 3,1% развились менингоэнцефалиты. У 15,7% детей были васкулиты, периартерииты, тромбофлебиты.

Нередко сепсис сопровождался геморрагическим синдромом со множественными кровоизлияниями в серозные и слизистые оболочки внутренних органов (10,7%). У одного ребенка, к примеру, констатировано внутрибрюшное кровотечение в объеме 150 мл. У больных сепсисом развиваются, как правило, анемия, дисбактериоз, парез кишечника и другие осложнения.

Итак, максимальное число летальных исходов сепсиса у новорожденных, преимущественно недоношенных, детей мужского пола, приходится на летние месяцы, на 10—12-й день жизни. Знание особенностей развития сепсиса и наиболее частых его осложнений позволяет предвидеть их наступление и проводить целенаправленную патогенетическую терапию.

Поступила 03.11.94.

УДК 576.851.252

## УСТОЙЧИВОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ, ФАГОЛИЗАБЕЛЬНОСТЬ И ВИРУЛЕНТНОСТЬ ГОСПИТАЛЬНЫХ ШТАММОВ ЗОЛОТИСТОГО СТАФИЛОКОККА

*Л. Т. Мусина, Н. А. Семина, Л. И. Фикс*

*Кафедра микробиологии (зав.— доц. Н. Н. Амерханова) Казанского государственного медицинского университета, лаборатория госпитальных инфекций (зав.— проф. Н. А. Семина) Центрального научно-исследовательского института эпидемиологии ГКСЭН РФ, г. Москва*

Вопрос о связи между устойчивостью к антибиотикам у *Staphylococcus aureus* с их фаговаровой принадлежностью и выраженностью факторов патогенности представляет интерес для характеристики госпитальных штаммов. Однако до настоящего времени единого мнения по этому вопросу нет. Одни исследователи считают, что указанные свойства не связаны между собой [7, 10, 11], другие утверждают, что процесс, приведший к образованию больничных штаммов, устойчивых к антибиотикам, неизбежно сопровождается возникновением высоковирулентных культур [5]. В целом ряде сообщений приводятся данные, свидетельствующие о высокой патогенности полирезистентных к антибиотикам штаммов *S. aureus*

[4, 12]. Отечественные и зарубежные авторы отмечают определенную корреляцию между фаголизабельностью и спектром устойчивости к антибиотикам патогенных стафилококков. По их данным [3, 8, 9], полирезистентные штаммы *S. aureus* в основном типированы фагами I, III и I+III групп или не типированы бактериофагами Международного набора.

Целью настоящего исследования являлось установление корреляции между устойчивостью к антибиотикам у клинических штаммов *S. aureus* с их фаговаровой принадлежностью и выраженностью некоторых факторов патогенности.

Всего изучено 635 штаммов *S. aureus*, изолированных из различных источников в лечебных учрежде-