

ФАКТОРЫ РИСКА ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

Д. Ю. Каримова

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.— проф. М. Х. Вахитов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В структуре перинатальной смертности инфекционные заболевания плода и новорожденного составляют около 10%, при этом значительный удельный вес приходится на гнойно-септические инфекции.

Снижение реактивности организма новорожденных, предшествующее этим заболеваниям, может быть обусловлено воздействием неблагоприятных факторов в ante-, intra- и постнатальном периодах [2, 11]. Возникновение заболевания рассматривается как результат взаимодействия макроорганизма, микроорганизма и факторов внешней среды.

Тесная взаимосвязь между организмом матери и плода в значительной степени определяет физиологические резервы, с которыми ребенок вступает в жизнь [10а, 17, 27]. Одним из неблагоприятных для плода и новорожденного условий является токсикоз беременных. В группе матерей, больных нефропатией, даже у родившихся без клинических признаков асфиксии детей были изменения со стороны сердечно-сосудистой системы — гиповолемия, брадикардия, гипотония и замедление проводимости в миокарде [23].

Исследования, проведенные Ю. И. Новиковым и соавт. (1976), свидетельствуют о том, что у детей, рожденных матерями с токсикозом, внутриутробное развитие идет дисгармонично. Одни системы у новорожденных представляются относительно более зрелыми, тогда как со стороны центральной нервной системы выявляются существенные отклонения от нормы.

По данным А. В. Судаковой (1973), у детей, рожденных женщинами с поздним токсикозом, инфекционные заболевания, в том числе сепсис, встречались в 1,3 раза чаще и составляли в структуре всей заболеваемости в среднем 3,9%. В свою очередь, анализ, проведенный З. Н. Кунаревой (1972), выявил у 45,6% женщин, страдающих ожирением, токсикозы беременных, в том числе ранние у 17,7%, поздние — у 27,9%. У женщин с прогрессирующей формой ожирения токсикозы второй половины беременности встречаются еще чаще, чем у беременных с I, II и III степенями ожирения. У 21,0% женщин с ожирением также наблюдалось несвоевременное отхождение околоплодных вод. По мере прогрессирования ожирения частота несвоевременного отхождения вод увеличивалась с 18,3% при I степени до 26,5% при II и III степенях ожирения, в то время как несвоевременное отхождение вод колеблется от 9,6 до 14%.

Между тем преждевременное излитие околоплодных вод является одним из наиболее частых осложнений родового акта, нередко отрицательно воздействующих на организм матери и плода [16]. Можно предположить, что длительное кислородное голодание, которое наблюдается у плода при преждевременном излитии околоплодных вод, в сочетании с затяжными родами и токсикозами беременных даже при отсутствии инфицирования во время родов осложняет течение периода новорожденности, поскольку новорожденные в этих условиях особенно чувствительны к неблагоприятным внешним факторам, главным образом к инфекции.

Экстрагенитальные заболевания — одна из основных причин осложненного течения беременности, преждевременного ее прерывания, внутриутробного повреждения плода, рождения ослабленных, функционально незрелых новорожденных [6а, 10а, 25].

Сердечно-сосудистые заболевания у матери, сопровождающиеся изменением артериального давления, обуславливают хронические нарушения маточно-плацентарного кровотока в связи с общим расстройством гемодинамики и изменением нервной регуляции сосудистого тонуса. В основе патогенеза нарушений плода и новорожденного при этих заболеваниях лежит уменьшение маточно-плацентарного кровотока [14, 19, 28].

Данные многих исследователей свидетельствуют о том, что при хроническом нефрите и пиелонефрите в организме беременных женщин нарушается ряд обменных процессов [3, 21, 39], что в свою очередь отражается на течении беременности, родов, внутриутробном развитии плода и новорожденного. Степень этого влияния находится в прямой зависимости от тяжести течения заболевания. Частота пиелонефрита у беременных и родивших составляет 3%. Среди детей, родившихся у этих женщин, наблюдались признаки внутриутробной гипотрофии и физиологической незрелости, внутриутробная инфекция. Общая заболеваемость детей, родившихся у матерей с пиелонефритом, оказалась в 3 раза выше, чем у детей, рожденных здоровыми женщинами. Авторы указывают также на взаимосвязь между особенностями сепсиса у новорожденных и латентной инфекцией у матерей (хронические отиты, тонзиллиты, пиелонефриты, кариозные зубы) на протяжении всей беременности, в последние 2—3 нед беремен-

ности и при родах (ангина, пиелит, грипп, эндометрит). Характерно, что первые признаки заболевания у большинства детей, рожденных женщинами с острыми инфекционными заболеваниями накануне и во время родов, появлялись в первые 2 нед жизни.

Одновременное изучение состояния здоровья новорожденных и ультраструктуры плаценты при различных клинических формах артериальной гипертонии беременных выявило параллелизм между их состоянием, степенью нарушений ультраструктуры плаценты и артериальной гипертензией. Это дает основание утверждать, что артериальная гипертония беременных оказывает неблагоприятное влияние на внутриутробное развитие плода. Новорожденных при данной патологии матерей относят к группе детей с повышенным риском [5].

На заболеваемость детей первого года жизни влияла гипертоническая болезнь матери. При этом частота заболеваний пневмонией и бронхитами у детей, рожденных матерями с гипертонической болезнью II стадии, была более высокой, чем у детей, родившихся у матерей с гипертензией I стадии [34].

Инфекционные заболевания у беременных способствуют возникновению утробной инфекции [4, 13, 18, 25]. В процессе беременности зародыш может инфицироваться восходящим, трансплацентарным или трансмембранотическим путем, что приводит к внутриутробному выздоровлению плода или к его гибели [36]. Мертворожденные и умершие дети, рожденные матерями с инфекционными заболеваниями, составляют от 0,4 до 36,0% [16].

Почти все обследованные дети, родившиеся у женщин с инфекционно-воспалительными заболеваниями, относились к группе повышенного риска в связи с нарушениями процессов адаптации в раннем неонатальном периоде. Об этом свидетельствуют гипоксия и асфиксия при родах, большая первоначальная потеря массы тела и медленное ее восстановление, позднее отпадение пуповинного остатка, тяжелое течение родового процесса [18].

У женщин, перенесших во время беременности острые респираторные заболевания, дети рождаются чаще в асфиксии, у них более часто отмечаются мертворождаемость и недоношенность [32].

Анемии беременных также влияют на внутриутробное развитие плода [1, 26]. Было показано, что ухудшение снабжения эмбриона и плода кислородом и питательными веществами, связанное с заболеванием матери, вызывает кроме нарушений эмбриогенеза снижение реактивности плода [10 6], поэтому течение и исход заболеваний у новорожденных не могут не зависеть от их состояния в периоде внутриутробного развития.

С возрастом увеличивается число женщин, имеющих гинекологические заболевания и отягощенный акушерский анамнез. Так, среди женщин в возрасте 30 лет и старше уровень гинекологической заболеваемости выше в 3 раза, соматической — почти в 4 раза, чем среди женщин в возрасте до 20 лет. В последние годы констатируется благоприятная тенденция к омоложению состава родильниц [30].

Некоторые зарубежные авторы отмечают связь между гнойно-септической заболеваемостью новорожденных и пособиями, оказываемыми в родах, со всевозможными диагностическими манипуляциями [35, 38].

Из 2122 больных, находившихся в детской университетской клинике Мюнхена, у 192 детей наблюдались внутрибольничные инфекции (раневые, кожные инфекции, гастроэнтериты и др.). Основные причины их возникновения Дашнер (1977) делит на 4 группы: 1) повышенное предрасположение к внутрибольничным инфекциям детей с пониженной гуморальной или клеточной сопротивляемостью; 2) повышенная опасность заражения детей при использовании современных диагностических терапевтических аппаратов, на которых нередко находится большое количество микробов; 3) увеличение и распространение патогенных микробов, резистентных к антибиотикам; 4) несоблюдение правил гигиены. Автором проанализированы 32 случая послеоперационного сепсиса и выявлены следующие предрасполагающие факторы: муковисцидоз, гидроцефалия, недоношенность, реанимация, различные уродства. Непосредственной причиной сепсиса были инородные тела (пуповинные, венозные катетеры), расхождение швов, раневые инфекции.

Существенное влияние на здоровье детей первого года жизни оказывает культура материнского ухода. Правильный уход за ребенком в хороших жилищных условиях значительно снижает уровень общей заболеваемости [8]. Среди больных сепсисом новорожденных преобладали дети с неблагоприятными социально-гигиеническими условиями — рожденные вне брака или дети, появление которых в семье по тем или иным обстоятельствам было нежелательным [15]. По данным В. Г. Лопушанского (1975), наибольшее влияние на смертность детей первого года жизни из социальных факторов оказывало качество ухода за ребенком в семье. Выявлена зависимость смертности детей от жилищно-бытовых условий семьи [12].

Многие авторы указывают на процесс нивелирования разницы в уровнях развития детей различных общественных групп, что характерно для социалистического общества [7, 29]. Видимо, разница в материально-бытовых условиях в известной мере компенсируется общественными фондами потребления, бесплатной и общедоступной медицинской помощью и, главное, равными правами, которые гарантирует наше законодательство в вопросах охраны здоровья женщины в период беременности.

При анализе историй болезни 50 детей с сепсисом к числу факторов, способствующих развитию заболевания и более тяжелому его течению, А. С. Вынту и Н. Л. Бакаянова (1976) отнесли искусственное и смешанное вскармливание, асфиксии и родовые травмы, недоношенность, дефективное развитие.

Итак, многочисленные литературные данные свидетельствуют о целом ряде причин, вызывающих инфекционную заболеваемость новорожденных. Знание этих факторов помогает врачу выделить контингент детей, нуждающихся в особом внимании — в проведении лечебно-оздоровительных мероприятий индивидуальный план, своевременном направлении в стационар, интенсивной терапии с включением средств, повышающих реактивность организма. За такими детьми следует осуществлять тщательное диспансерное наблюдение.

Результаты исследований показывают необходимость дифференцированного обслуживания беременных и рожениц (диспансерное наблюдение, оздоровление, индивидуальный подход к ведению родов и послеродового периода) не только на основе выявления определенных форм патологии, но и с учетом их неблагоприятного влияния на плод и в последующем на здоровье новорожденного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азимджанова М. М. *Вопр. охр. мат.*, 1976, 4.— 2. Аршавский И. А.— В кн.: Проблемы реактивности и шока. М., 1952.— 3. Безнощенко Г. Б., Макаричева А. Д. В кн.: Организация медицинской помощи новорожденным детям. М., 1977.— 4. Беккер С. М. Патология беременности. Л., Медицина, 1975.— 5. Бергман А. С., Андреева С. В. *Вопр. охр. мат.*, 1977, 3.— 6. Бодяжина В. И. а) Вопросы этиологии и профилактики нарушений развития плода. М., Медгиз, 1963.— б) Очерки по физиологии плода и новорожденных. М., Медицина, 1966.— 7. Веселов Н. Г. В кн.: Охрана здоровья женщин и детей. Труды Ленинград. пед. мед. ин-та, Л., 1976, т. 69.— 8. Вихристук Г. И. В кн.: Социальная гигиена, организация здравоохранения и история медицины. Киев, Здоров'я, 1972, вып. 6.— 9. Вынту А. С., Бакаянова Н. Л. Здравоохранение. Кишинев, 1976, 5.— 10. Гармашева Н. Л. а) *Вестн. АМН СССР*, 1962, 11; б) Плацентарное кровообращение. Л., Медицина, 1967.— 11. Ефимова Е. А. В кн.: Обмен веществ и иммунитет новорожденных в норме и патологии. М., 1971.— 12. Запорожец Э. Е., Мучиев Г. С. В кн.: Организация мед. помощи новорожденным детям. М., 1977.— 13. Збыковская Н. М., Кукушкина А. В. В кн.: Сепсис и гнойно-воспалительные заболевания у новорожденных и детей раннего возраста. Свердловск, 1973.— 14. Зенгер А. А., Дмитриева Г. Н. *Казанский мед. ж.*, 1974, 1.— 15. Каримова Д. Ю. В кн.: Актуальные вопросы совершенствования организации медико-социальной помощи женщинам и детям в СССР. М., 1982.— 16. Киреева Н. П. В кн.: Профилактика и терапия гнойно-септических заболеваний родильниц и новорожденных. Изд-во Саратовского ун-та, 1978.— 17. Кобозева Н. В. *Вопр. охр. мат.*, 1973, 1.— 18. Короткая Е. В. Клинико-иммунологическая характеристика новорожденных, родившихся у женщин с инфекционно-воспалительными заболеваниями. Автореф. канд. дисс., М., 1978.— 19. Костенко О. Р. В кн.: Педиатрия, Киев, Здоров'я, 1971.— 20. Кунарева З. Н. В кн.: Акушерство и гинекология. Киев, Здоров'я, 1972, вып. 2.— 21. Левина Н. П. В кн.: Организация медицинской помощи новорожденным детям. М., 1977.— 22. Лопушанский В. Г. В кн.: Социально-гигиенические аспекты заболеваемости населения. Томск, 1975.— 23. Мясникова И. Г., Петриковский Б. М. *Вопр. охр. мат.*, 1978, 5.— 24. Новиков Ю. И., Кошелева Н. Г., Полякова Г. П. и др. Там же, 1976, 8.— 25. Новикова Е. Ч., Бодяжина В. И. В кн.: Материалы к X Всесоюзному съезду детских врачей. М., Медицина, 1974.— 26. Омаров М. А., Чантурия В. В., Мусаев О. Х. Там же.— 27. Персианинов Л. С. *Вестн. АМН СССР*, 1969, 1.— 28. Печникова М. И., Марчукова Р. М. В кн.: Реактивность здоровых и больных детей. Томск, 1976.— 29. Полунина Н. В. *Сов. здравоохран.*, 1976, 4.— 30. Поляков И. В., Соколова Н. С., Бояринова Е. А. *Здравоохран. РСФСР*, 1981, 12.— 31. Ритова В. В. Роль вирусов в перинатальной и постнатальной патологии человека. М., Медицина, 1976.— 32. Ритова В. В., Холодовская И. В. *Вопр. охр. мат.*, 1973, 4.— 33. Судакова А. В. В кн.: Сепсис и гнойно-воспалительные заболевания у новорожденных и детей раннего возраста. Свердловск, 1973.— 34. Школьник Б. И., Костенко О. Р., Бенюмов В. М. Плод и новорожденный при гипертонической болезни у матери. Киев, Здоров'я, 1976.— 35. Bergqvist G., Eriksson M., Zetterström R. *Acta paediat. Scand.*, 1979, 68, 3.— 36. Collette C., Assus M. a. o. *J. gynocol. obst.*, 1977, 6, 5.— 37. Daschner F., *Mschr. Kinderheilk.*, 1977, 125, 5.— 38. Hohenauer L., Wilk F. *Geburtsh. Perinat.*, 1977, 181, 1.— 39. Lloyd D. J., Reid T. M. S. *Acta paediat. scand.*, 1976, 65, 5.

Поступила 6 июля 1983 г.