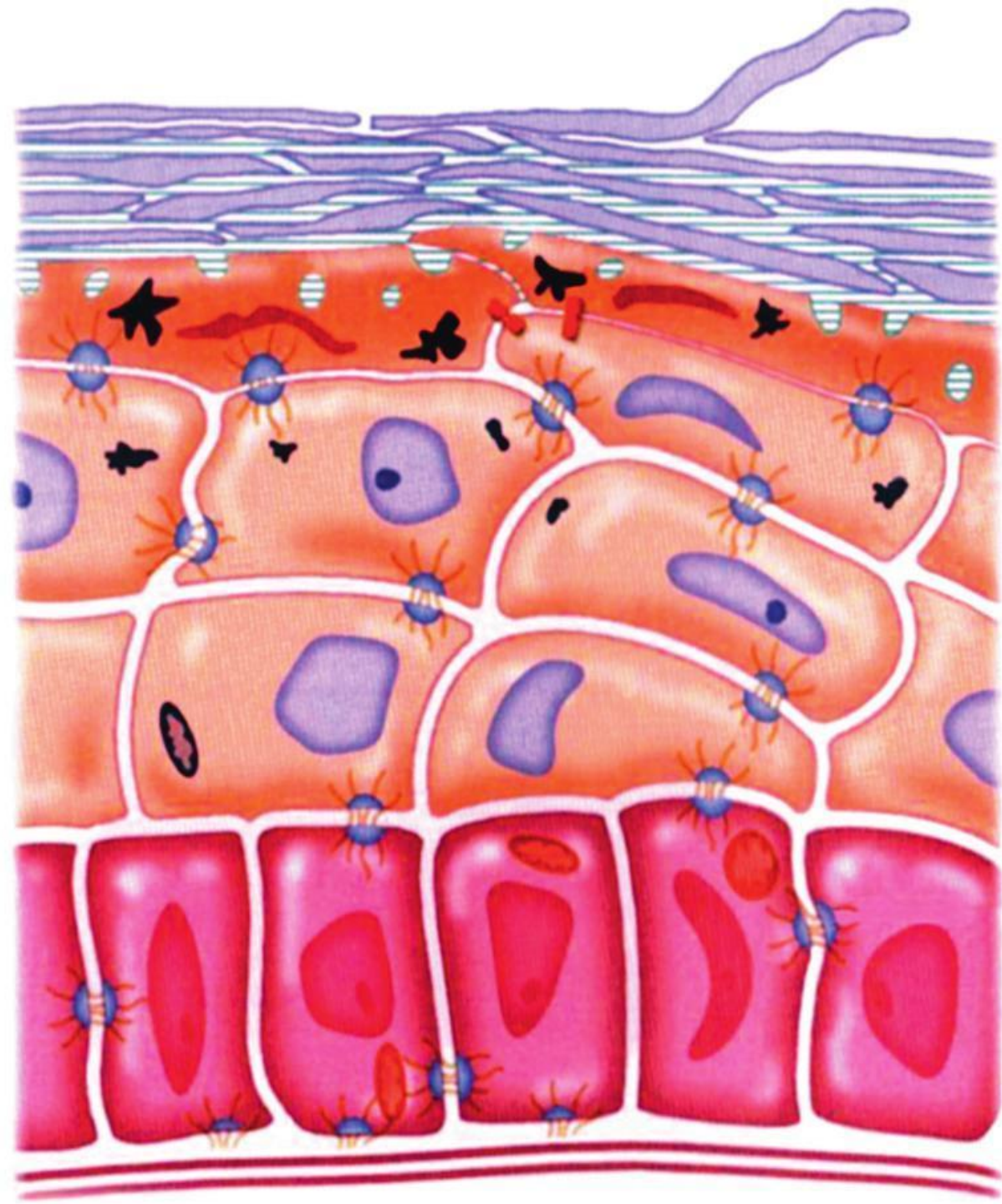
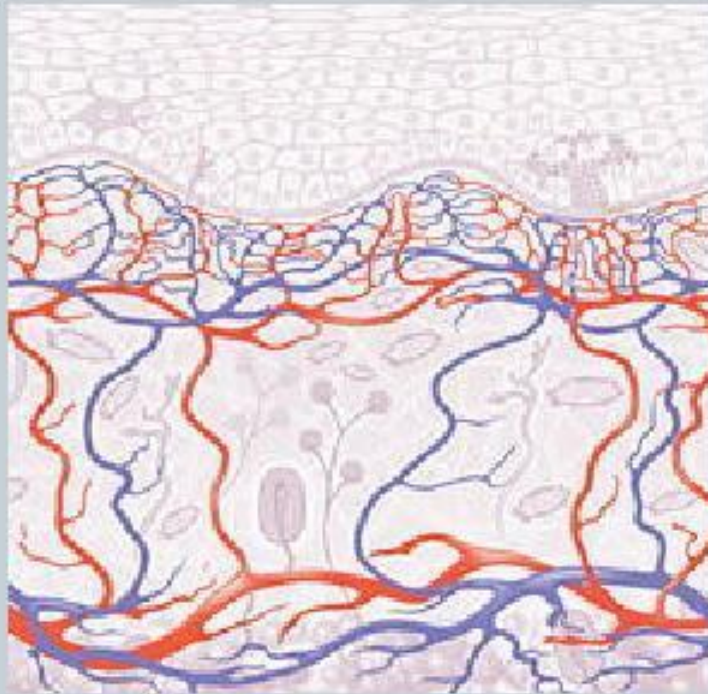


НЕКРОТИЧЕСКАЯ
ФЛЕГМОНА
НОВОРОЖДЕННЫХ



жизни имеет хорошо развитую сеть капилляров.



Анатомо-физиологические особенности кожи и подкожной клетчатки, их обоснование и клиническая значимость

Особенность	Физиологическое обоснование	Клиническое значение
Анатомо-гистологические особенности		
Тонкость рогового слоя эпидермиса, базальная мембрана в виде рыхлой клетчатки содержит мало эластической клетчатки и соединительной ткани	Отсутствие необходимости в защите от окружающей среды во внутриутробный период	Особенности ухода за кожей сразу после рождения. Легкость отслойки эпидермиса от дермы. Снижена устойчивость к физическому, химическому, лучевому воздействию. Повышена резорбционная способность, в том числе лекарственных препаратов наружного использования и токсических веществ
Активно разрастающийся основной зародышевый слой. Богатство кровеносных сосудов, густая сеть капилляров	Условие для быстрого роста	Хорошая регенерация. Особенности цвета кожи ребенка. Легкость распространения инфекции
Отсутствие пигментации	Отсутствие действия УФО	Цвет кожных покровов. Высокая чувствительность к ультрафиолетовому облучению
Большое количество рецепторов	Внутриутробное положение плода в матке и стимуляция развития	Большая чувствительность, при раздражении может явиться причиной нарушения сна, беспокойства и др. Защитная функция — «сигнал тревоги!»
Внутриутробное наличие пушковых волос	Играют роль рецепторов для обеспечения оптимального внутриутробного положения	Могут служить критерием зрелости новорожденного
Хорошее развитие подкожно-жирового слоя, особый ее состав (больше содержание твердых жирных кислот и меньше жидких)	Обеспечение запасов питательных веществ. Защита от потери тепла	Определяет вид «грудного ребенка», более плотный тургор мягких тканей. Склонность к образованию локальных уплотнений и отека с образованием склеремы и склеридемы

Особенности распределения подкожно-жирового слоя в разных областях	Особое внутриутробное положение плода	Особенности появления и исчезновения жира. Обоснование оценки степени гипотрофии у детей первых месяцев и лет жизни
Наличие бурой жировой ткани	Обеспечение энергетически выгодных запасов питания	Теплопродукция за счет несократительного термогенеза
Внутриутробно малое количество внутреннего жира	Отсутствие необходимости фиксации внутренних органов в условиях стабильности положения плода	В постнатальный период большая смещаемость внутренних органов
Физиологические особенности		
Снижена защитная функция	Тонкий роговой слой, слабощелочная среда в связи со сниженным потоотделением	Частое поражение кожи у детей раннего возраста
Ограниченные возможности участия в терморегуляции	Незаконченное развитие потовых желез, незрелость потовыделительных центров	Легкость перегрева и охлаждения организма
Повышена функция сальных желез	Сыровидная смазка (защита от мацерации внутриутробно, бактерицидная защита, легкость прохождения через родовые пути)	Наличие гнейса и милии



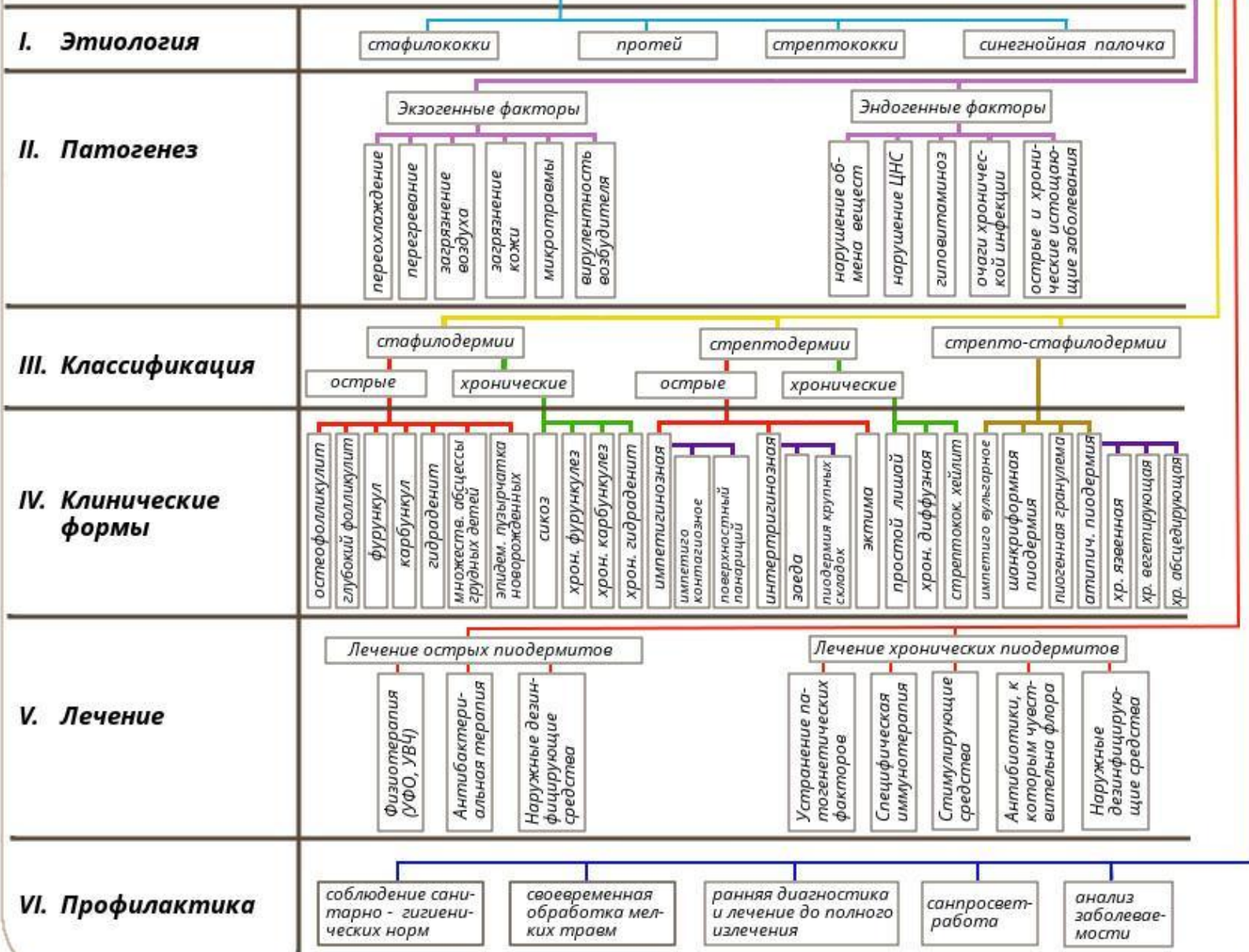
Классификация пиодермий:

- **Первичные** - это инфекции нормальной кожи без предрасположенных заболеваний. Участвует только один возбудитель инфекции, вызывая типичную картину инфекции.
- **Вторичные** – они обусловлены инфекциями предварительно поврежденной или больной кожи. Участвуют несколько возбудителей, и поэтому картина болезни является нетипичной.
- **Поверхностные и глубокие**



Граф логической структуры

Пиодермиты



Классификация сепсиса у новорождённых (Шабалов Н.П.,1985)

1.Время возникновения:	-внутриутробный -внеутробный	
2. Этиология:	-стафилококковый -стрептококковый, -пневмококковый -колибацилярный	- протейный - сальмонеллённый - гонококковый - листериозный, кандидомикозный
3. Локализация первичного очага:	-пупочный -кишечный -лёгочный	- кожный -отогенный -криптогенный
4. Форма:	-сепсис без метастазов (<i>септицемия</i>) -сепсис с метастазами (<i>септикопиемия</i>)	
5. Тяжесть:	Тяжёлый !!!	
6.Течение:	-молниеносное (<i>1-3 дня</i>) -острое (<i>3-4 недели</i>) -подострое (<i>1,5-2 месяца</i>) -затяжное (<i>вялотекущее</i>)	
7. Фон:	1. недоношенность, незрелость, в/у гипотрофия, повреждение в родах 2. Снижение иммунологической активности	

Строение флегмоны



лейкоцитозом, язвочки долго не рубцуются. перинюрит следует дифференцировать с фолликулитами, при которых всегда имеется связь с волосяным фолликулом и в центре пустулы часто виден волос.

Некротическая флегмона новорожденных — представляет собой гнойно-некротическое поражение кожи и подкожной клетчатки у детей первых недель жизни,

выделенное в самостоятельную нозологическую единицу. Заболевание характеризуется быстро развивающимся некрозом подкожной клетчатки с последующим отслоением и некрозом кожи (рис. 10). Возбудителем является стафилококк или его ассоциации с грамотрицательными микроорганизмами.





Рис. 10. Некротическая флегмона

Клиника. Заболевание начинается остро. Общее состояние ребенка нарушено вследствие интоксикационного синдрома. Уже в первые часы заболевания на коже обнаруживается отграниченный участок гиперемии и уплотнения, болезненный при пальпации. Кожа над очагом поражения горячая на ощупь, не собирается в складки. Через 8–12 часов пораженный участок увеличивается в 2–3 раза, кожа над ним приобретает цианотичный оттенок, появляется отек окружающих тканей. Постепенно в центре очага инфильтрации появляется размягчение. В некоторых случаях наступает некроз кожи, ее отторжение с образованием обширных раневых дефектов. Дно раны серого цвета с остатками омертвевшей клетчатки, края подрывные, неровные, грануляции отсутствуют. Такой вид раны заставляет заподозрить у ребенка развитие сепсиса. При благоприятном течении после отторжения омертвевшей кожи образуются раны небольших размеров (3–6 см в диаметре), которые постепенно выполняются грануляциями, эпителизирующимися по краям. В дальнейшем на месте раневого дефекта часто образуются грубые рубцы, вызывающие деформацию грудной клетки, поясничный лордоз и кифоз, прогрессирующие с ростом ребенка.

Дифференциальный диагноз проводят с рожистым воспалением, асептическим некрозом клетчатки.

Прогноз при флегмоне новорожденных всегда серьезен. Чем раньше поставлен диагноз и начаты лечебные мероприятия, тем больше вероятность благоприятного исхода заболевания.

**Обширный дефект мягких тканей при
некротической флегмоне новорожденного**



Формы

Простая форма:

преобладают местные явления (воспаление в месте поражения), а общее состояние остается сравнительно удовлетворительным.

ТОКСИКОСЕПТИЧЕСКАЯ ФОРМА - ДЕЙСТВИЕ ТОКСИНОВ (ОТРАВЛЯЮЩИХ ВЕЩЕСТВ, ВЫРАБАТЫВАЕМЫХ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ (СТАФИЛОКОККОМ, СТРЕПТОКОККОМ)) РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ НА ВЕСЬ ОРГАНИЗМ. ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- БЫСТРЫМ УХУДШЕНИЕМ ОБЩЕГО СОСТОЯНИЯ,
- НЕРЕДКО РВОТОЙ И ПОНОСАМИ
- И БУРНЫМ (ОЧЕНЬ БЫСТРЫМ) ТЕЧЕНИЕМ, ЧТО МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ЛЕТАЛЬНОМУ ИСХОДУ УЖЕ В ПЕРВЫЕ СУТКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Терапия пиодермий

Разнообразие клинических проявлений и тяжесть течения пиодермий определяют особенно ● и тактики лечения. Комплексная терапия включает в себя:

- применение антибактериальных препаратов;
- санацию гнойных очагов, включая хирургическую обработку;
- повышение неспецифической резистентности организма больного;
- дезинтоксикацию и коррекцию гомеостаза.

Антибиотико- и иммунотерапия

Показаниями к системной антибиотикотерапии являются:

- распространенность процесса;
- нарушение общего состояния;
- наличие регионарного лимфангита, лимфаденита или второго очага инфекции;
- торпидно протекающий процесс.

Рекомендации по назначению эмпирической антибиотикотерапии представлены в таблице 2. После получения данных о возбудителе и его чувствительности схему лечения нужно соответствующим образом изменить.

Возбудитель	Особенности возбудителя	Препараты		
		Первого ряда	Второго ряда	Третьего ряда
<i>Staphylococcus aureus</i>	Чувствительные к метициллину	Оксациллин	Цефалоспорины I поколения, ванкомицин	Клиндамицин, макролиды
	Устойчивые к метициллину	Ванкомицин	Хинупристин/дальфопристин (стрептограмин)*	Линезолид (оксазолидиноны)
<i>Staphylococcus pyogenes</i>		Пенициллин, амоксициллин, клавуланат	Цефалоспорины I поколения, Ванкомицин	Клиндамицин, макролиды
β -гемолитический стрептококк группы А (БГСА <i>S. pyogenes</i>)		Пенициллин + аминогликозиды	Цефалоспорины I поколения	Карбопенемы
* — В настоящее время в России этот препарат не зарегистрирован				

Местная терапия

Наиболее важным является рациональный уход за кожей (избегать трения, перегревания, мацерации).

Обработка антисептиками (0,05 %-м раствором хлоргексидина глюконата) путем орошения, при обширных повреждениях кожи — только орошение стерильным физиологическим солевым раствором или окисляющими кремами.

2 %-я мазь или крем «Бактробан» (мупируцин), также эффективны мази содержащие комбинацию неомицин/бацитрацин.

Хирургическое лечение проводится при некротической флегмоне, псевдофурункулезе Фингера, мастите.

Повышение неспецифической резистентности

Помимо антибактериальной терапии в тяжелых случаях, возможно применение иммуноглобулина, содержащего IgM+ (Пентаглобин).

При обширных буллезных поражениях кожи проводится инфузионная терапия, аналогичная терапии при ожогах, с учетом потерь жидкости и белков через поврежденную кожу.

Оперативное лечение



Техника операции. Некротическую флегмону вскрывают в центре разрезом длиной 1,5—2 см. Затем на всем отслоенном участке кожи производят еще несколько таких же небольших разрезов в шахматном порядке. При этом обычно выделяется в небольшом количестве серозно-гнойная жидкость, которую берут на посев и определение чувствительности микробов к антибиотикам. При позднем поступлении во время операции через разрезы отходит гной с комочками некротизи-ровавшейся подкожной жировой клетчатки. При значительных по размеру поражениях делают дополнительные разрезы по краю воспаленных тканей, на границе со здоровыми. Количество разрезов зависит от величины флегмоны, но расстояние между ними не должно превышать 2—3 см (рис. 90). Раны осторожно промывают 3% раствором водорода пероксида, не дренируют и покрывают влажной повязкой с антисептиками или раствором антибиотиков. Необходим повторный осмотр области поражения через 6—8 ч после операции. Если при этом выявляется распространение воспалительного процесса, то проводят дополнительные разрезы-насечки в пределах невоспаленной кожи.



Профилактика некротической флегмоны новорожденных

- Соблюдение правил ухода за новорожденным:
 - регулярная и своевременная смена пеленок;
 - использование специальных средств для подмывания и кремов от опрелостей.
- Недопущение контакта ребенка первых дней жизни с лицами, страдающими гнойными заболеваниями (гнойные прыщи, фурункулы (воспаление волосяного мешочка)).