

ИНФЕКЦИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

ВРОЖДЕННЫЕ ИНФЕКЦИИ, ВКЛЮЧАЯ ВИЧ

I. Врожденные инфекции

Ребенок с подозрением на инфицирование сифилисом, краснухой, вирусом герпеса или другими инфекционными агентами, особенно энтеровирусом, представляет риск для других детей и персонала, особенно для беременных женщин. Так как невозможно изолировать всех новорожденных, у которых **может быть** одна из перечисленных инфекций, практические мероприятия должны быть направлены на снижение риска ее передачи.

II. Иммуитет к краснухе

Весь персонал отделения новорожденных, и женщины и мужчины, должны быть вакцинированы против краснухи

III. Предостережение

А. Ребенок с установленным или подозреваемым врожденным сифилисом, краснухой или энтеровирусной инфекцией должен быть полностью изолирован. По возможности, ребенка следует полностью **изолировать** вместе с матерью.

Беременные

женщины не должны контактировать с этими детьми, и на дверях палаты должна быть соответствующая предостерегающая табличка.

Б. Ребенок, подозреваемый или возможно имеющий врожденный сифилис, краснуху или энтеровирусную инфекцию, может быть изолирован в кювете или переведен в изолированную палату с соблюдением предосторожностей с его выделениями. Беременные женщины не должны контактировать с этими новорожденными. Инкубатор или кровать с подогревом должны иметь табличку с предостережениями о выделениях ребенка и о том, что беременные женщины не допускаются к контакту с ним.

В. Рекомендации для изоляции ребенка при других вирусных или бактериальных инфекциях можно найти в Руководстве по изоляции больных.

IV. Общие меры предосторожности

А. Общие меры инфекционной профилактики должны соблюдаться при работе со всеми новорожденными. Эти мероприятия включают применение перчаток при инвазивных процедурах (взятие крови или налаживание в/в терапии) или во время работы с новорожденным, который не был ни разу выкупан. И перчатки, и защитные очки следует надевать при манипуляциях, когда кровь может попасть в глаза (постановка артериального катетера).

Б. Врожденная ВИЧ инфекция редка в Штате Йова, поскольку число женщин, имеющих серопозитивную инфекцию, невелико. Внутриутробный путь передачи встречается в 30-60% случаев. Когда ребенок рождается от серопозитивной матери, персонал отделения новорожденных всегда должен работать с ребенком в перчатках. Так как ребенок может иметь и другую инфекцию, как, например, ЦМВ, меры предосторожности следует соблюдать при контакте с его выделениями. По возможности ребенка надо поместить в отдельную комнату вместе с матерью. ВИЧ серопозитивная мать не должна кормить грудью. Существующие серологические и бактериологические техники диагностики ВИЧ инфекции обычно бесполезны в определении инфицированности новорожденного в период внутриутробного развития. Так как информация о ВИЧ инфекции быстро меняется, перед выпиской может понадобиться консультация специалиста в этой области.

ИНФЕКЦИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

ВЕДЕНИЕ ПРОСТОЙ ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Ситуация 1:

Герпес слизистых рта матери, наличие везикул на гениталиях или наличие вируса в материале из гениталий; ребенок рождается путем кесарева сечения при интактных оболочках:

Ведение:

1. Меры предосторожности с выделениями матери и ребенка.
2. Изоляция новорожденного вместе с матерью (по возможности), младенца приносят и уносят в кроватке в комнату матери; мать не допускается в отделение новорожденных.
3. Мать должна быть инструктирована о необходимости тщательного мытья рук перед и после ухода за ребенком и надевать чистый халат для избежания контакта новорожденного с выделениями или местами повреждений.
4. Мать с герпесом губ должна носить маску при контакте с ребенком.
5. Следует сделать посев материала из везикул матери, посев из носоглотки новорожденного в первые 24 часа после рождения.

Ситуация 2:

Наличие везикул на гениталиях или подтвержденный генитальный герпес при рождении ребенка через естественные родовые пути или путем Кесарева сечения при разрыве оболочек:

Ведение:

1. Полная изоляция новорожденного от других детей, осторожность с выделениями для матери.
2. Помещение ребенка и матери в отдельную палату, мать не допускается в отделение новорожденных
3. Мать должна пользоваться перчатками при обращении с ребенком.
4. Посевы везикул матери, посев из носоглотки и прямой кишки младенца.
5. Для ребенка, рожденного через естественные родовые пути, мать которого имеет первичную инфекцию (риск инфицирования 30-50%), решите вопрос о курсе ацикловира после взятия культур на посев.

Ситуация 3:

Перенесенный герпес гениталий в анамнезе с неизвестным результатом посева культуры при рождении ребенка через естественные родовые пути или путем Кесарева сечения после разрыва оболочек.

Ведение:

1. Меры предосторожности с выделениями матери и ребенка до тех пор, пока посевы культуры матери не будут отрицательными в течение более 72 часов. Посевы культуры ребенка после 24 часов жизни.
2. Ребенок может находиться в комнате матери и быть в своей кроватке; мать не допускается в отделение новорожденных, пока ее посевы не будут отрицательны в течение 72 часов.
3. Если материнские культуры положительны, подход как в ситуации 2.

Ситуация 4:

Перенесенный герпес гениталий с неизвестным результатом посева и ребенок рождается Кесаревым сечением при интактных оболочках .

Ведение:

ИНФЕКЦИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

1. Не требуется изоляция.
2. Если материнские посевы положительны, подход как в ситуации 1.
Матери в ситуации 1, 2 или 3 должны быть по возможности в отдельной комнате.

Новорожденные с выявленным инфицированием вирусом простого герпеса или подозреваемые на эту инфекцию (даже если нет факторов риска) должны быть изолированы с предосторожностью относительно выделений. Так как инфекция, вызванная вирусом *Herpes simplex*, может проявиться в сроки до 6 недель после рождения, врачи должны быть настороже и не пропустить новых признаков сыпи или симптоматики, связанной с инфицированием.

ИНФЕКЦИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ ВИРУСАМИ ГЕРПЕСА И ХЛАМИДИЕЙ

I.

Материал надо доставить в лабораторию в день забора. Следует избегать хранения материала, особенно мочи и тканей, в течение ночи, желательнее получить материал утром на следующий день. **Все материалы должны быть доставлены в лабораторию на льду.**

Сбор материала на подходящую транспортную питательную среду необходим для обеспечения сохранности микроорганизмов. Для мазков используется Вирокульт, среда для хламидий; для тканей - питательный бульон.

II.

Руководство по сбору материала для вирусологической лаборатории:

A. **Не обрабатывайте** спиртом зону забора материала на посев

Б. Вирусы:

1. **Герпесвирусы** (ЦМВ, Вирус простого герпеса, вирус ветрянки)

а. Жидкость из везикул: мазок на культуру вируса из неповрежденной везикулы или места поражения.

б. **Ликвор**: асептический забор в стерильный контейнер.

в. **Биопсийный и аутопсийный материал (ткани)**: Поместите ткани в бульон для транспортировки.

г. **Язвенные повреждения**: Мазки (анальные, генитальные, окулярные). Используйте мазок Вирокульт и сделайте соскоб из области повреждения.

д. **Моча**: Предпочтительна свеженабранная утренняя моча. Соберите чистую пробу средней струи или надлобковый аспират в стерильный контейнер. Для увеличения вероятности выявления ЦМВ должны быть собраны по крайней мере 2-3 образца.

е. **Кровь**:

* **Серология на Краснуху и Ветрянку**: Возьмите по меньшей мере 2 мл свернувшийся цельной крови, не обязательно хранение на льду или в тепле.

* Культура лейкоцитной пленки: возьмите не менее 1мм гепаринизированной крови

2. **Респираторно-синтициальный вирус**: смывы из носоглотки, трахеальный аспират, мокрота, мазок из зева в крайнем случае.

3. ВИЧ

а. **Кровь**: ВИЧ серология. Возьмите по крайней мере 2 мл свернувшейся цельной крови.

б. **Посев** (Получите инструкции в Национальной Лаборатории Гигиены о проведении посевов крови или других биоматериалов).

III. Хламидия (*Chlamidia trachomatis*).

1. Для улучшения результата материал должен быть собран в асептических условиях с применением некоторого усилия при взятии мазка или соскоба для уверенности в достаточном количестве эпителиальных клеток в пробе.

а. **Мазок**: осторожно возьмите мазок с нижнего века. Транспортируйте мазок в питательной среде в лабораторию на льду.

б. **Смыв из носоглотки**: Наберите примерно 1-3 мл буферного фосфатного солевого раствора в шприц (или нормального солевого физиологического раствора без стабилизаторов). Осторожно введите жидкость в ноздри. Аспирируйте жидкость из ноздрей в шприц. Поместите содержимое в стерильную пробирку.

в. **Моча**: не подходит для культивирования хламидий.

IV. Определение антигена Ротавируса

Жидкий фекальный материал в стерильном контейнере. Мазки не годятся.

ИНФЕКЦИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

V. Хранение материала:

Лабильность вирусов вне живых клеток заставляет транспортировать весь вирусологический материал на льду как можно скорее в лабораторию. Если лаборатория закрыта, собранный материал должен храниться при 4 градусах С не более 48 часов, или его можно заморозить при -70 градусах. Исключением является материал мочи и тканей, который не должен быть заморожен и в идеале должен быть доставлен в лабораторию в тот же день.

| клинические заболевания обычно | ассоциируемые с вирусом | клинический материал | система транспортировки |
|--|--|---|--|
| HSV- I, II сывороточный вирус человека - I, II | <u>РОТ + ГУБЫ</u> гингивостоматит, возвратный губное герпес | везикулярная жидкость или мазок; мазок из горла | вирокультура |
| | <u>ГЛАЗА</u> острый фолликулярный конъюнктивит, роговичные язвы, стромальный кератит | везикулярная жидкость или мазок | вирокультура |
| | <u>ЦНС</u> энцефалит | Brain bx* цереброспинальная жидкость; мазок из горла; лейкоцитная пленка | среда для транспортировки ткани; вирокультура; пробирка |
| | асептический менингит | | |
| | <u>КОЖА</u> везикула | везикулярная жидкость* или мазок | |
| <u>ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ИНФЕКЦИИ</u> новорожденный | моча*; лейкоцитная пленка*; биопсия; мазок из везикулы; мазок из горла*; бронхиальные смывы; ректальный мазок*; КОНЬЮНКТИВЫ | гепаринизированная пробирка вирокультура | |

ИНФЕКЦИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

| VZV- вирус ветряной оспы | ветряная оспа | везикулярная жидкость | вирокультура |
|---------------------------------|--|---|------------------------------|
| | опоясывающий лишай | мазок из пораженного участка или ликвор | вирокультура |
| | ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ИНФЕКЦИИ новорожденный (беременная мать с ветряной оспой) | сыворотка крови мазок из горла; мазок* или жидкость из везикулы; ликвор*; моча; бронхиальные смывы | пробирка вирокультура |

| CMV- цитомегаловирус | генерализованные инфекции | | |
|-----------------------------|--|--|---|
| | новорожденный | моча*; лейкоцитная пленка; слюна; ликвор | пробирка вирокультура |
| | ЦНС инфекции | ликвор; моча* | |
| | ДРУГИЕ гепатит; пневмония; мононуклеоз | моча*; лейкоцитная пленка; биопсия | пробирка среда для транспортировки ткани |

| хламидия трахома | глаза | | |
|-------------------------|--|---|------------------------------------|
| | конъюнктивит новорожденных и взрослых | мазок* | среда для транспортировки хламидий |
| | дыхательные пути пневмония новорожденного ? пневмония взрослого | смыв* из носовой полости назофарин гальный мазок | среда для транспортировки хламидий |

* рекомендуемый материал для оптимального выращивания культуры

ИНФЕКЦИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМ ОТ МАТЕРИ С ДЛИТЕЛЬНЫМ БЕЗВОДНЫМ ПЕРИОДОМ

I. Длительный безводный период (ДБП) определяется разрывом оболочек давностью более 24 часов.

II. **Благополучный** новорожденный от матери без клинических проявлений инфекции с разрывом оболочек давностью 24 часа и более, должен быть тщательно обследован на возможное инфицирование. Необходимо учесть данные клинического анализа крови и анализа мочи на агглютинанцию стрептококков группы В.

III. Если у новорожденного от матери с ДБП есть **какие-либо проявления инфицирования**, он должен быть бактериологически обследован, помещен в инкубатор для наблюдения, назначены антибиотики. Результаты обследования должны быть получены в течение первых суток жизни. Если посевы отрицательны, ребенка можно переместить в открытую кроватку.

IV. Если у ребенка есть **клинические признаки** заболевания, произведите посев перед началом а/б терапии. Результаты обследования должны быть получены в течении первых суток жизни. Если имеются признаки поражения дыхательной системы, следует сделать рентгенографию грудной клетки. Посев мочи. Исследование газов крови. А/б терапию следует проводить каждому новорожденному с **подозрением** на инфицирование. Если ребенок находится в опасном клиническом состоянии, люмбальную пункцию можно отложить на 24 часа.

V. Ребенок (даже благополучный) от матери с ДБП и лихорадкой в родах должен получать а/б с рождения. Длительность курса зависит от состояния ребенка и результатов посевов.

VI. Использование пупочного катетера, интубации трахеи и плевральных дренажей не является абсолютным показанием к применению антибиотиков, хотя дети, требующие этих вмешательств обычно более подвержены инфицированию.

VII. Мекониальное прокрашивание кожи новорожденного или околоплодных вод не является показанием для посевов у новорожденного, если другие признаки возможного инфицирования отсутствуют.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ ПОСЕВАМИ НА В СТРЕПТОКОКК И/ИЛИ ПОЛУЧАВШИХ В РОДАХ ПРОФИЛАКТИКУ ПРОТИВ СТРЕПТОКОККА В

1. Доношенные дети с клиническими признаками сепсиса

У младенцев надо взять посевы и сразу же назначить в/в ампициллин и гентамицин. Также следует сделать клинический анализ крови (с лейкограммой и числом тромбоцитов) и анализ мочи с латексным агглютинационным тестом на Стрептококк группы В. Если мать получала антибиотики до родов, отрицательные посевы младенца могут быть недостоверны. Эти новорожденные должны получить полный курс антибиотиков даже при отрицательных посевах из-за возможности интранатальной бактериальной инфекции, которая не даст роста в культурах от ребенка вследствие проведенной матери антибактериальной терапии.

2. Доношенные младенцы без клинических признаков сепсиса

Благополучные младенцы могут наблюдаться без лечения антибиотиками, если клинический анализ крови (с лейкограммой и числом тромбоцитов) нормален и мочевой латексный агглютинационный тест на стрептококк группы В отрицателен. Если у младенца нейтропения, повышено соотношение молодых форм нейтрофилов к общему числу нейтрофилов (больше 0,2) или положительный латексный тест, после взятия соответствующих посевов следует начать введение ампициллина и гентамицина.

а. В случае положительного латексного мочевого теста даже при отрицательных посевах крови и ликвора, рекомендуется провести полный курс антибиотикотерапии.

б. В случае отрицательного латексного мочевого теста при патологическом клиническом анализе крови:

1) если мать не получала антибиотики, а/б терапию ребенка можно прекратить после 72 часов при отрицательных посевах;

2) если мать получала антибиотики перед родами, а/б терапия должна быть продолжена в течение по крайней мере 72 часов и затем может быть прекращена, если все посевы отрицательны, и у ребенка нет симптомов сепсиса. Однако полный курс антибиотиков может быть правомочен при стойкой нейтропении или сдвиге формулы влево (молодые формы: общее число нейтрофилов $>0,2$).

ИНФЕКЦИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

ПОДОЗРЕНИЕ НА СЕПСИС У НОВОРОЖДЕННОГО

I. Вследствие разных причин новорожденные (как доношенные, так и недоношенные) крайне подвержены сепсису. В отличие от старших детей и взрослых, симптомы сепсиса у новорожденных неопределенны и неспецифичны. Ранними признаками могут быть апноэ, нарушение дыхания или неусвоение питания. Другие признаки и симптомы включают сонливость, нестабильность температуры, гипербилирубинемия, брадикардию, судороги и ацидоз.

II. При подозрении на сепсис антибиотики должны быть назначены сразу же после взятия соответствующих посевов: крови, мочи и ликвора. Посев мочи на сепсис можно исключить из анализа при родах. Если имеются какие-либо указания на входные ворота сепсиса, следует взять дополнительные культуры на посев, например смывы трахеи или культуру из зоны воспаления подкожной клетчатки.

III. У младенцев с сепсисом часто бывает повышено абсолютное число лейкоцитов и/или снижено абсолютное число нейтрофилов или повышено соотношение числа молодых форм к общему числу нейтрофилов. Тем не менее, нормальное число лейкоцитов у новорожденного с симптомами сепсиса не исключает инфекцию, и поэтому следует начать антибиотикотерапию до получения результатов посевов.

IV. Стартовыми антибиотиками являются ампициллин и гентамицин. Если возраст новорожденного больше 48 часов, следует применять ванкомицин и, в зависимости от клинической ситуации, подумать о назначении ацикловира.

V. Если через 72 часа все посевы отрицательны и клиническое состояние ребенка улучшается, антибиотики можно отменить. Однако, в ряде случаев бывает полезно продолжить курс до 7-10 дней даже при отрицательных посевах.

VI. У детей с положительными посевами антибиотикотерапию проводят в соответствии с чувствительностью микроба к антибиотикам. Длительность терапии зависит от вида микроорганизма, локализации инфекции и ответной реакции больного. После окончания терапии необходимо наблюдать ребенка 24-48 часов и сделать посевы до выписки.

VII. Следует определять концентрацию потенциально нефротоксичных антибиотиков в сыворотке крови.

VIII. Необходимость изоляции младенца зависит от вида микроорганизма и локализации инфекции.

IX. Если общее число лейкоцитов резко снижено, следует подумать о трансфузии лейкоцитарной массы.

Литература:

Manroe BL, et al. The neonatal blood count in health and disease. I. Reference values for neutrophilic cells. J Pediatr 1979; 95:89-98.

Общее число гранулоцитов у здоровых доношенных младенцев

предполагает инфекцию
 Абс. число сегментоядерных

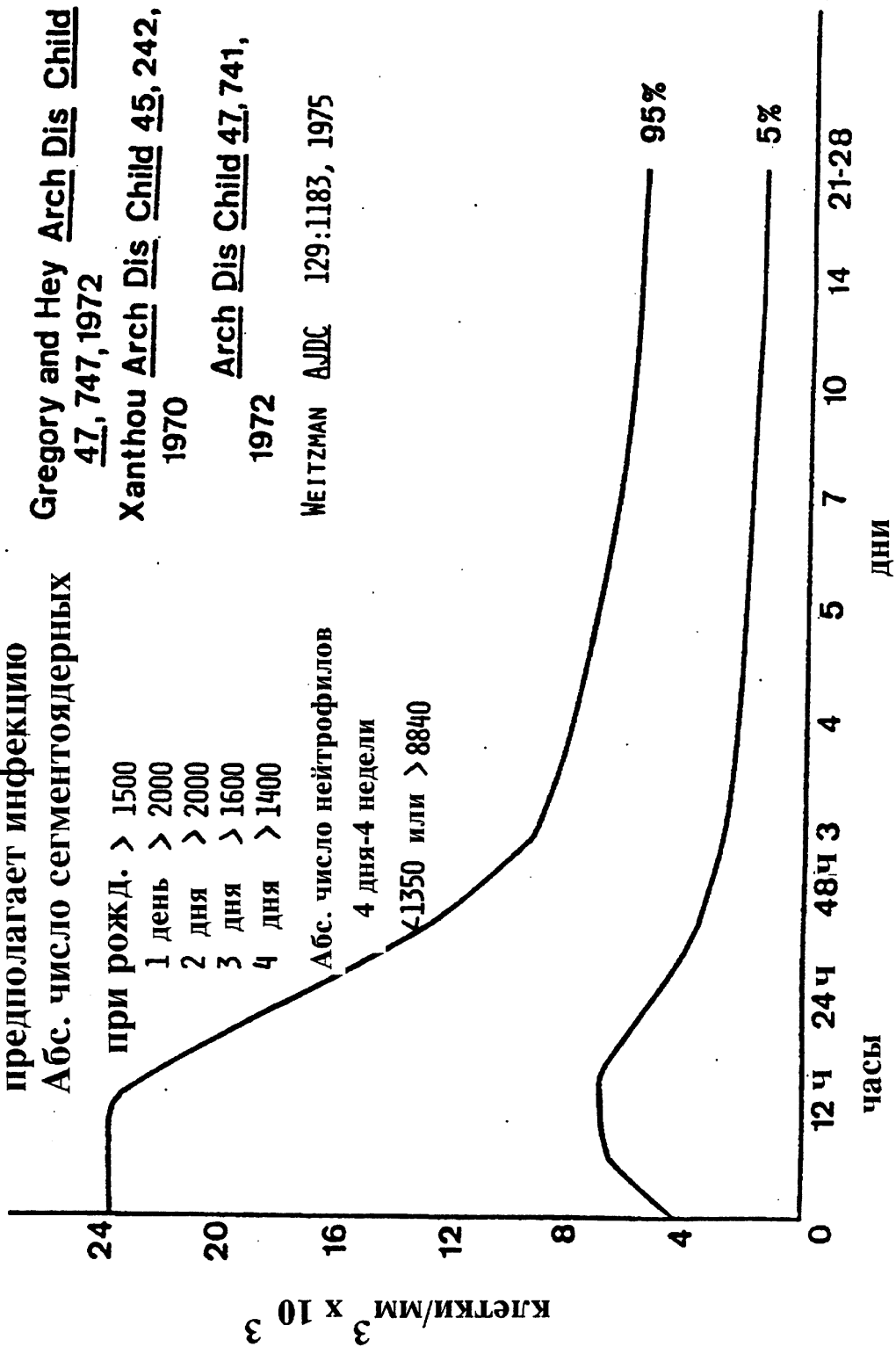
при рожд. > 1500
 1 день > 2000
 2 дня > 2000
 3 дня > 1600
 4 дня > 1400

Gregory and Hey Arch Dis Child 47, 747, 1972
 Xanthou Arch Dis Child 45, 242, 1970
 Arch Dis Child 47, 741, 1972

WEITZMAN AJDC 129:1183, 1975

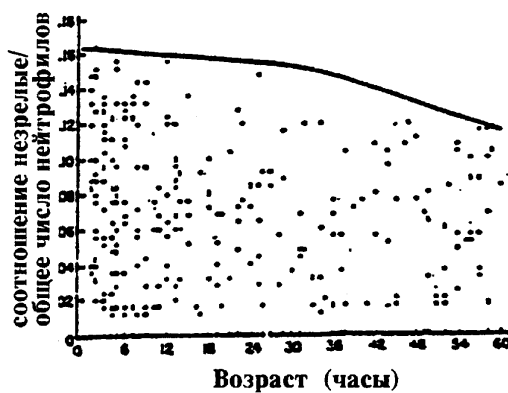
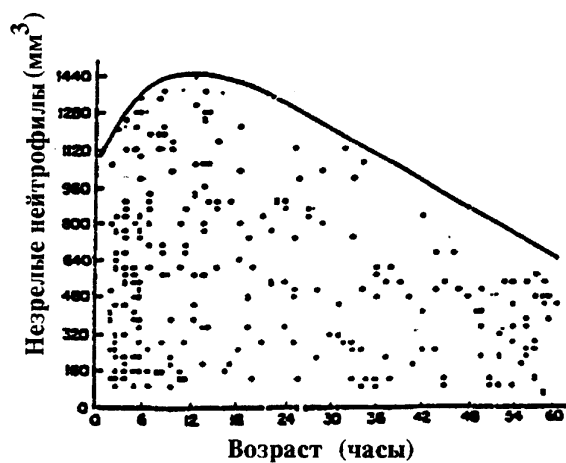
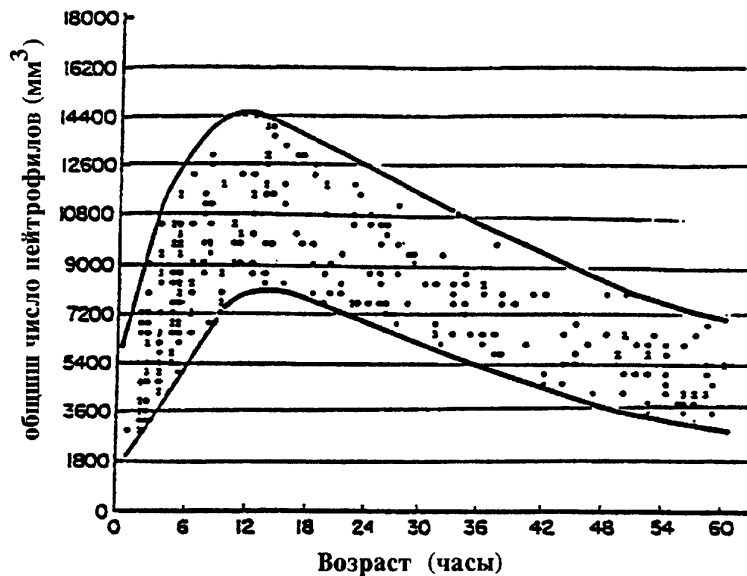
Абс. число нейтрофилов

4 дня-4 недели
 < 1350 или > 8840



ИНФЕКЦИИ

Относительный диапазон лейкоцитарных индексов
(По Manro et al)



АБСЦЕСС ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

I. Электронное наблюдение

Электронный мониторинг частоты сердцебиений плода стал неотъемлемой частью наблюдения при беременности высокого риска. Почти половина новорожденных, рождающихся в Университетских Госпиталях в настоящее время наблюдаются с помощью внутриматочного спирального электрода, наложенного на кожу головы плода или другую подлежащую часть.

II. Осложнения

А. Осложнением этого типа мониторинга плода, обнаруживаемым менее, чем у 1% младенцев во время пребывания в госпитале, является развитие абсцесса в месте крепления электрода. Микробиологическое обследование выявляет инфицирование вагинальной бактериальной флорой (преимущественно анаэробами, иногда стрептококком и грамотрицательной флорой, но не золотистым стафилококком). Если у ребенка имеются клинические признаки инфекции, следует взять посева и назначить обычные системные антибиотики в ожидании результатов посева. Если ребенок клинически благополучен, первичной помощью является вскрытие и дренирование абсцесса с последующим уходом за раной.

Б. Неотъемлемой частью успешного лечения является инструктаж родителей по уходу за раной и соблюдением мер предосторожности, как и последующее наблюдение местного врача. Большинству младенцев диагноз ставится после 48 часов пребывания в госпитале.

ИНФЕКЦИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

ЛЕЧЕНИЕ ИММУНОГЛОБУЛИНАМИ

Материнские иммуноглобулины (IgG) являются основными у плода и новорожденного, следовательно, спектр антител ребенка зависит от материнского. Так как значительное поступление материнских IgG через плаценту к плоду происходит после 32-й недели гестации, маловесные новорожденные (<1500 г) рождаются с низким уровнем IgG сравнительно с доношенными новорожденными. Более того, у всех младенцев уровень сывороточных иммуноглобулинов снижается после рождения. У доношенных постнатальное физиологическое снижение происходит в возрасте 4-6 месяцев, но уровень сывороточных IgG обычно остается выше 400 мг/дл. У недоношенных уровень IgG может быть снижен вплоть до 60 мг/дл к 3 месяцам.

Инфекционная патология является существенной причиной смертности и заболеваемости среди недоношенных. Риск неонатального сепсиса в 4-10 раз выше среди недоношенных детей (<2500 г), чем у доношенных. Частота сепсиса зависит от гестационного возраста, причем частота инфекции достигает 50% у детей с массой тела менее 1 кг. Выживаемость новорожденных малого веса значительно увеличилась в последние годы. Но уход за этими детьми включает процедуры и методы, повышающие риск вторичного инфицирования (интубация трахеи, сосудистые катетеры, линии, а/б широкого спектра).

Наличие факторов риска развития сепсиса при относительной качественной и количественной недостаточности IgG у недоношенных (увеличивающейся в постнатальном периоде) делают обоснованным применение в/в Ig как средства профилактики и лечения неонатального сепсиса. Однако, клинические исследования не смогли однозначно доказать пользу профилактического применения в/в Ig в снижении госпитальной инфекции у очень маловесных новорожденных. (Baker 1992; Faranoff, 1994)

В настоящее время очевидно, что применение Ig показано только для определенных групп младенцев:

I. **Профилактика** вторичной инфекции у недоношенных с весом <750 г: в/в Ig 500 мг/кг за 3-4 часа (10 мл/кг), начиная с первой недели жизни и каждые 2 недели, пока у младенца стоит в/в линия (максимально 5 доз).

II. **Лечение** детей с подтвержденным ранним неонатальным сепсисом (особенно в случаях стрептококковой инфекции группы В или осложненной интропенией): в/в Ig 500 мг/кг в течение нескольких часов.

Иммуноглобулины выполняют одновременно и лечебную роль (повышая гуморальный иммунитет и санируя организм), и профилактическую, помогая предотвратить вторичную инфекцию. Укорочение фазы бактериемии также может ограничить повреждение от вторичных иммунных и неиммунных факторов, повлиять на стадии шока. Титры IgG у леченных новорожденных с сепсисом остаются повышенными около 10 дней.

ПЕРЕНОСИМОСТЬ В/В ИММУНОГЛОБУЛИНОВ НОВОРОЖДЕННЫМИ:

В/в иммуноглобулины назначаются отдельной инфузией с тщательным мониторингом витальных функций (желательно через каждые 15 мин дважды и затем ежечасно). При полигоспитальных исследованиях у детей очень редко отмечались побочные реакции во время инфузии Ig. Они проявлялись в умеренном снижении или повышении АД, ЧСС, или температуры (что уменьшалось снижением скорости инфузии) или острой гиперволемией. Так как доза в/в иммуноглобулинов равна приблизительно 10 мл/кг жидкостной нагрузки, инфузия назначается в течение нескольких (обычно 3-4х) часов.

Литература:

Baker CJ, Melish ME, Hall RT, et al. Intravenous immune globulin for the prevention of nosocomial infection in low-birth-weight neonates. N Eng J Med 1992; 327:213-9.

Fanaroff AF, Korones SB, Wright LL, et al. A controlled trial of intravenous immune globulin to reduce nosocomial infections in VLBW infants. N Eng J Med 1994; 330:1107-1113.

Kliegman RM and Clapp DW. Rational principles for immunoglobulin prophylaxis and therapy of neonatal infections. Clin Perinatol 1991; 18: 303-24.

Wiesman LE, Stoll BJ, Keuser TJ, et al. Intravenous immune globulin therapy for early-onset sepsis in premature neonates. J Pediatr 1992; 121:434-43.

ИНФЕКЦИЯ НОВОРОЖДЕННОГО

ВЕДЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ГЕПАТИТОМ В

1. Прежде всего, перепроверьте серологические данные матери. Если мать серопозитивна на антитела к поверхностным антигенам вируса гепатита В, риска для младенца нет. Следуйте в соответствии с обычным расписанием иммунизации к гепатиту В.
2. Если мать положительна на HBsAg (поверхностный антиген гепатита В) и отрицательна на антитела к поверхностному антигену гепатита В, младенец может получить вирус гепатита в родах. В первые 12 часов после рождения, назначьте в/м вакцину гепатита В, и иммуноглобулин к гепатиту В (0,5 мл в/м) в разные участки тела. Даже если в первые 48 часов после родов не обнаружится, что мать положительна на антиген В, следуйте указанному выше правилу. Когда младенец выписывается из отделения новорожденных, запланируйте введение второй и третьей дозы вакцины против гепатита В в возрасте 1 и 6 месяцев жизни. Повторные введения антител не требуются.
3. Если гепатит у беременной женщины не документирован, но есть серьезные подозрения, что она положительна на HBsAg, следуйте плану пункта 2, особенно в выходные дни. В будние дни обычно можно получить ответ серологического обследования матери на Гепатит В в течение 24 часов. Тогда действуйте в зависимости от результата по плану 1 или 2.

ВЕДЕНИЕ МЛАДЕНЦЕВ С РЕСПИРАТОРНО--СИНТИЦИАЛЬНОЙ (РС) ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

РС вирусная инфекция вызывает бронхолит и пневмонию у младенцев. Заболеваемость высока у младенцев с хроническим поражением легких или ВПС. РС инфекция может быть быстро диагностирована в вирусологической лаборатории при исследовании на антиген в назофарингеальном мазке.

Тяжелая РС инфекция может быть вылечена, особенно при диагностике в первые 3 дня от появления симптомов. Препаратом выбора является рибаварин, который должен быть назначен в виде мелкодисперсного аэрозоля на 12-18 часов ежедневно в течение по крайней мере 3х дней. Рибаварин менее эффективен при назначении более, чем через 5 дней после начала респираторного заболевания. Госпитализированные с РС инфекцией дети должны быть изолированы.