

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ НЕОНАТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Юлдашева¹ Г.Г., Нурмуродов² Б.И.

Бухарский государственный медицинский институт PhD,

доцент кафедры педиатрии¹, Ординатор

Бухарского государственного медицинского института²

Неонатальная пневмония является тяжелым заболеванием инфекционного типа, которое возникает в первые дни жизни новорожденного. По данным статистики, она встречается у 2 детей из 1000. В конце прошлого столетия это заболевание достаточно часто становилось причиной смерти детей в первые дни после рождения. Заболеваемость врожденной пневмонией в нашей стране составляет около 1% случаев среди доношенных новорожденных и около 8% – среди недоношенных, родившихся с массой тела (МТ) 1000 г и более; летальность – 1,0 и 1,3% соответственно. Частота регистрации врожденных пневмоний среди детей, родившихся с экстремально низкой МТ (ЭНМТ), составляет около 25%, летальность – более 9%. Но сегодня, благодаря новому уровню медицины и реаниматологии, показатели выживаемости значительно улучшились. Однако внутриутробная пневмония все равно остается очень опасным недугом, который оставляет серьезные осложнения. В зависимости от времени и условий инфицирования неонатальные пневмонии подразделяются на внутриутробные и постнатальные, которые могут быть внебольничными, внутрибольничными, вентилятор-ассоциированными, аспирационными. Врожденная пневмония, трудно отличимая от респираторного дистресс-синдрома новорожденных, – компонент генерализованной инфекции плода и новорожденного. По времени клинических проявлений неонатальные пневмонии делятся на ранние (1-я неделя жизни) и поздние (8–28-е сутки жизни). Этиология пневмоний у новорожденных зависит от времени, пути и условий инфицирования.

Внутрибольничная пневмония развивается через 48 ч пребывания в стационаре или в течение 48 ч после выписки.

Аспирационная пневмония диагностируется у новорожденных при выявлении инфильтративных изменений в легких во время рентгенологического исследования в случаях подтвержденной путем ларингоскопии аспирации мекония, крови или молока.

ВАП – разновидность нозокомиальной пневмонии, возникающей у пациента, находящегося не менее 48 ч на искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Ранняя неонатальная пневмония развивается в течение 1-й недели после рождения и связана с внутриутробной или постнатальной экспозицией патогена либо инфицированием во время прохождения через родовые пути матери (интранатальное инфицирование). Ранняя неонатальная пневмония трудно отличима от сепсиса, респираторного дистресс-синдрома новорожденных (РДСН).

Поздняя неонатальная пневмония характеризуется нозокомиальным или домашним инфицированием пневмопатогенной флорой и манифестирует после 1-й недели жизни. Поскольку госпитальная пневмония – заболевание, которое развивается через 48 ч и позднее после госпитализации, при выявлении пневмонии у новорожденных, находящихся в условиях стационара в возрасте старше 2 сут, достаточно трудно провести дифференциальную диагностику между врожденной и нозокомиальной пневмонией.

В подавляющем большинстве случаев причинами внутриутробной пневмонии у новорожденных становятся: вирусы гриппа, микоплазмы, простой герпес, грибы Кандида, спирохеты, аденовирусы.

Повышенный риск столкнуться с такой болезнью у детей, родившихся раньше срока, малышей с врожденными пороками легких, детей, перенесших внутриутробную гипоксию.

Клинические симптомы пневмонии у новорожденных неспецифичны. По сравнению с детьми более старшего возраста у новорожденных меньше признаков легочной инфекции, заболевание часто манифестирует как системное ухудшение состояния. Общие симптомы неонатальной пневмонии включают в себя повышенную (более 12%) первоначальную убыль МТ, уплощение кривой МТ, лихорадку (30–56%) или гипотермию (15%), слабое сосание и отказ от груди (30–50%), диарею (10–15%) [1-5]. Персистирующая лихорадка – нехарактерный признак, однако сообщалось, что при вирусной пневмонии она имеет место [12]. Также отмечаются вялость, мышечная гипотония, нарушения гемодинамики, серый цвет кожи, желтуха, геморрагические проявления. Врожденная пневмония без лечения

обычно прогрессирует и часто осложняется персистирующей легочной гипертензией с соответствующими клинико-инструментальными проявлениями. Помимо перечисленных выше клинических признаков часто наблюдаются симптомы поражения центральной нервной системы вследствие перенесенной асфиксии. Респираторные симптомы включают апноэ (у 8–10% недоношенных и 30–40% доношенных детей), тахипноэ (более 60 дыханий в минуту в покое), выявляемые у 60–89% младенцев, втяжения (ретракции) уступчивых мест грудной клетки – 36–91% пациентов, кашель, который отмечается с частотой 30–84%, цианоз имеет место у 12–40% больных [11]. Для хламидийной пневмонии

характерен пароксизмальный коклюшеподобный (без реприз) кашель типа стакато (от музыкального термина «staccato», в переводе с итальянского – отрывисто). При тяжелой дыхательной недостаточности можно заметить раздувание крыльев носа, а также ритмичные движения головы в такт дыханию (симптом В.Ф. Знаменского). Отек легких с повышением проницаемости легочных сосудов приводит к появлению в отечной жидкости путей новорожденных белка, что клинически проявляется пенистым отделяемым из носа и рта (симптом Э.М. Кравец). Аускультативные симптомы разнообразны и включают ослабленное или жесткое дыхание, локализованные или диффузные влажные хрипы или крепитацию. Частота выявления хрипов колеблется от 15 до 85% [8, 10]. При перкуссии определяется укорочение перкуторного звука над проекцией инфильтрации в легких. При этом притупление перкуторного звука обнаруживали у 40% доношенных новорожденных детей с пневмонией [8]. Перкуссии не рекомендуется проводить у детей в тяжелом состоянии недоношенных новорожденных, поскольку эта процедура может значительно ухудшить состояние ребенка, приводя к интракраниальным кровоизлияниям.

Имидж-диагностика. Диагноз неонатальной пневмонии – клиничко-рентгенологический. Изменения на обзорных рентгенограммах у данных пациентов варьируют и включают ретикулогранулярные и/или очаговые инфильтраты, двусторонние линейные затенения или диффузное снижение пневматизации легких; может выявляться компенсаторная повышенная воздушность в зонах, свободных от пневмонической инфильтрации [6]. Рентгенологическая картина при неонатальной пневмонии практически неотличима от рентгенологических изменений, которые наблюдаются при других респираторных заболеваниях новорожденных, прежде всего при РДСН [9, 10]. Вместе с тем определенные рентгенологические признаки могут помочь в диагностике различных вариантов неонатальной пневмонии, а также при проведении дифференциального диагноза. С учетом течения постнатальной кардиореспираторной адаптации, отражающейся и на рентгенограммах органов грудной клетки, врожденная пневмония должна исключаться при появлении новых инфильтративных затенений или при сохранении рентгенологических изменений в течение 48 ч после рождения [12]. Гомогенное затенение легочной ткани или изменения по типу «матового стекла» обычно выявляются при пневмонии вследствие гематогенного заражения. При этом на фоне уплотнения легочной ткани могут быть видимы просветы бронхов (симптом «воздушной бронхограммы»), что типично для РДС недоношенных новорожденных [9–11]. Возможными рентгенологическими признаками в пользу врожденной пневмонии у недоношенных детей по сравнению с РДС могут быть появление крупно- и мелкоочаговых теней на фоне грубой сетчатости легочного рисунка,

сгущение легочного рисунка в прикорневых зонах, умеренное повышение воздушности бронхограммы, значение кардиоторакального индекса менее 0,5 в возрасте 72 ч жизни. При РДСН легкие выглядят уменьшенными в размерах, в то время как при пневмонии может определяться повышение воздушности зон легочной ткани, участвующих в газообмене [2]. Неоднородные инфильтративные затенения по периферии, чаще наблюдающиеся в правом легком, преимущественно в верхних отделах, – результат аспирации содержимого ротоглотки, носоглотки или желудка. Сочетание генерализованной гиперинфляции (вздутия легочной ткани) с очаговыми инфильтративными изменениями предполагает пневмонию с обструкцией ДП воспалительным детритом, однако в случае использования ИВЛ такая рентгенологическая картина может быть связана со вздутием, причиной которого является высокое давление в ДП. Необходимо помнить, что рентгенологическое выздоровление всегда отстает от клинического. Лечение заболевания медикаментозное. При тяжелом протекании заболевания и ухудшении состояния маленького пациента, его переводят в реанимацию. При необходимости его могут подключить к аппарату искусственной вентиляции легких. При своевременно начатом качественном лечении угроза жизни ребенка минимальная. Но иногда последствий внутриутробной пневмонии у новорожденных не избежать. Чаще всего болезнь вызывает: проблемы с работой дыхательной системы, спаечный процесс в легких, нарушение функции кроветворения. У детей, которые перенесли пневмонию, вероятность в будущем столкнуться с проблемами в легких значительно выше, чем у других малышей. Заболевание способно вызвать хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ), фиброз, эмфизему. Прогноз определяется вариантом пневмонии и адекватностью проводимой терапии. Неблагоприятными последствиями неонатальной пневмонии могут быть у недоношенных детей – БЛД, у детей независимо от гестационного возраста при рождении – морфологически сходный с классической БЛД постинфекционный облитерирующий бронхиолит [7]. Дети, перенесшие пневмонию в неонатальном периоде, в последующем могут иметь повышенный риск развития бронхиальной астмы. Оказывает влияние своевременность получения квалифицированной медицинской помощи, уровень развития ребенка, состояние защитных сил организма, тип возбудителя. Длиться лечение пневмонии может более месяца. В дальнейшем родителям придется продолжать восстановительные физиопроцедуры.

Список литературы

1. Антонов А.Г., Байбарина Е.Н., Балашова Е.Н., и др. Врожденная пневмония (клинические рекомендации). *Неонатология: новости, мнения, обучение*. 2017;4(18):133-48
2. Ионов О.В., Мостовой А.В., Овсянников Д.Ю. Дыхательные расстройства у новорожденных. Неонатология. Национальное руководство. Краткое издание. Под ред. Н.Н. Володина. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013
3. Брайант К.А., Кузман-Коттрил Дж.А. Руководство по профилактике инфекционных заболеваний в педиатрии. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021
4. Вауэр Р.Р. Сурфактант в неонатологии. Профилактика и лечение респираторного дистресс синдрома новорожденных. М.: Медицинская литература, 2011
5. Хувен Т.А., Полин Р.А. Пневмония. *Неонатология: новости, мнения, обучение*. 2017;3(17):39-49
6. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации. М.: ФГБУ ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2015. Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0671/biblio05.php>.
Ссылка активна на 25.05.2016
7. Проблемы и дискуссионные вопросы диагностики пневмоний у новорожденных детей. / Бойцова Е.В., Овсянников Д.Ю., Запевалова Е.Ю., и др.// *Педиатрия*. 2019;98(2):178-85
8. Основы клинической иммунологии детского возраста./ Овсянников Д.Ю., Кузьменко Л.Г., Гришина Т.И., и др.// Под ред. Д.Ю. Овсянникова. М.: РУДН, 2020
9. Duke T. Neonatal pneumonia in developing countries. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2005;90(3):F211-9.
10. Диагностическая значимость признаков пневмонии у новорожденных детей. Зубков В.В., Байбарина Е.Н., Рюмина И.И., Дегтярев Д.Н. *Акушерство и гинекология*. 2012;7:68-73
11. Шабалов Н.П. Неонатология. Учебное пособие. В 2 т. Т. 1. 6-е изд. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016
12. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений. Практическое руководство. СПб.: Элби СПб, 2002