



Библиотека
врача-специалиста

Педиатрия

Г.А. Самсыгина

Пневмонии у детей



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений и условных обозначений	6
Предисловие.	7
Глава 1. Определение пневмонии. Эпидемиология. Факторы риска неблагоприятного прогноза пневмоний	9
Глава 2. Классификация пневмоний.	13
Глава 3. Этиология пневмоний у детей	18
3.1. Этиология внутриутробных (врожденных) пневмоний у недоношенных и доношенных новорожденных детей	18
3.2. Этиология внебольничных (домашних, амбулаторных) пневмоний у детей раннего и дошкольного возраста.	22
3.3. Этиология внебольничных пневмоний у детей школьного возраста.	27
3.4. Этиология госпитальных (внутрибольничных, нозокомиальных) пневмоний	28
3.5. Этиология пневмоний у детей с иммунодефицитами	33
3.6. Этиология аспирационных пневмоний у детей	34
Глава 4. Патогенез пневмоний	36
4.1. Патогенез врожденной пневмонии.	36
4.2. Патогенез постнатальных пневмоний	38
Глава 5. Клиническая картина врожденных пневмоний.	43
Глава 6. Клиническая картина постнатальных внебольничных пневмоний у детей.	48
6.1. Пневмонии, вызванные пневмококком.	49
6.2. Пневмонии, вызванные гемофильной палочкой	52
6.3. Пневмонии, вызванные гемолитическим стрептококком группы А	54
6.4. Пневмонии, вызванные <i>M. pneumoniae</i>	55
6.5. Пневмонии, вызванные <i>S. pneumoniae</i>	56
6.6. Пневмонии, вызванные стафилококком.	57
6.7. Пневмонии, вызванные <i>K. pneumoniae</i> , <i>E. coli</i> и другими грамотрицательными энтеробактериями	59
6.8. Пневмонии, вызванные вирусами гриппа.	61
6.9. Пневмонии и бронхолиты, вызванные респираторно- синцитиальным вирусом	62
6.10. Пневмонии, вызванные аденовирусами	64

Глава 7. Клиническая картина внутрибольничных (госпитальных) пневмоний . . . 66	
7.1. Госпитальные пневмонии, вызванные <i>Ps. aeruginosa</i> , <i>Acinetobacter spp.</i> и другими неферментирующими грамотрицательными микроорганизмами	70
7.2. Госпитальные пневмонии, вызванные золотистыми и эпидермальными стафилококками.	71
7.3. Госпитальные пневмонии, вызываемые <i>E. coli</i> , <i>K. pneumoniae</i> и другими бактериями семейства кишечных	72
7.4. Пневмонии, вызванные грибами рода <i>Candida spp.</i> , <i>Aspergillus spp.</i> и <i>Pneumocystis jiroveci</i>	72
Глава 8. Клиническая картина пневмоний у иммунокомпromетированных детей.	74
Глава 9. Клиническая картина аспирационных пневмоний у детей	83
Глава 10. Осложнения пневмонии	86
10.1. Плевриты	86
10.2. Деструкция легких	89
10.3. Легочно-плевральные формы деструкции легких	91
Глава 11. Диагностика пневмоний	93
11.1. Диагностика врожденных пневмоний	93
11.2. Диагностика внебольничных пневмоний	99
11.3. Диагностика пневмонии у иммунокомпromетированных детей.	106
11.4. Диагностика госпитальных пневмоний	108
11.5. Диагностика аспирационной пневмонии	113
Глава 12. Лечение и прогноз врожденных (внутриутробных) пневмоний.	115
12.1. Общие принципы лечения врожденных пневмоний.	115
12.2. Тактика лечения врожденных пневмоний.	116
12.3. Антибактериальная терапия.	117
12.4. Противовирусная терапия	119
12.5. Патогенетическая терапия	123
12.6. Симптоматическая терапия	125
12.7. Мониторинг состояния ребенка	125
12.8. Прогноз врожденной пневмонии	125
Глава 13. Лечение и прогноз внебольничных (домашних) пневмоний	127
13.1. Организация лечения внебольничных пневмоний	127
13.2. Немедикаментозное лечение	129
13.3. Антибактериальная терапия.	129
13.4. Противовирусная терапия	138
13.5. Патогенетическая терапия	143
13.6. Симптоматическая терапия	145

13.7. Лечение осложнений внебольничной пневмонии	145
13.8. Прогноз внебольничной пневмонии	147
Глава 14. Лечение и прогноз госпитальных (нозокомиальных) пневмоний	149
14.1. Организация лечебной помощи при госпитальной пневмонии	149
14.2. Антибактериальная терапия	150
14.3. Противовирусная терапия	153
14.4. Патогенетическая терапия	154
14.5. Симптоматическая терапия	157
14.6. Прогноз	157
Глава 15. Лечение и прогноз пневмоний у иммунокомпрометированных детей.	158
15.1. Организация медицинской помощи	158
15.2. Антибактериальная, антимикотическая и противовирусная терапия	159
15.3. Прочие виды терапии	161
15.4. Прогноз	161
Глава 16. Лечение и исходы аспирационной пневмонии	162
16.1. Организация медицинской помощи при подозрении на аспирационную пневмонию	162
16.2. Антибактериальная терапия	163
16.3. Прочие методы лечения аспирационной пневмонии	163
16.4. Предотвращение повторной аспирации пищи	164
16.5. Прогноз	164
Список литературы	165

Глава 12

Лечение и прогноз врожденных (внутриутробных) пневмоний

12.1. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ

Общие принципы терапии врожденных (внутриутробных) пневмоний включают следующее:

- необходимо создать охранительный режим для ребенка с тихими звуковыми и ограниченными световыми раздражителями;
- недоношенные и тяжелобольные новорожденные дети нуждаются в пребывании в кувезе, причем выбор температуры и влажности определяется степенью зрелости ребенка и тяжести его состояния;
- объем, частота и метод вскармливания новорожденных определяются гестационной зрелостью, тяжестью состояния, наличием сопутствующей патологии, сохранностью сосательного и глотательного рефлексов. При этом абсолютное предпочтение отдается нативному материнскому молоку, на втором месте стоят смеси для искусственного вскармливания;
- при невозможности энтерального питания назначают парентеральное питание. Объем вводимого инфузата

определяется суточной потребностью ребенка в жидкости с учетом потерь с повышенной температурой, рвотой, диареей.

Респираторная терапия является одним из главных направлений в лечении пневмонии новорожденных, включая ИВЛ. Она должна решать следующие задачи:

- достижение и поддержка адекватного газообмена и альвеолярной вентиляции;
- минимизация риска баротравмы и нарушения кардиогемодинамики;
- достижение комфорта пациента путем ликвидации десинхронизации.

На сегодняшний день появился ряд новых методов проведения респираторной терапии новорожденным с пневмонией. Высокочастотная осцилляторная вентиляция легких основывается на стратегии открытых легких, при которой в акте дыхания участвует максимальное количество альвеол. При этом происходит нормализация вентиляционно-перфузионных отношений, сохранение достаточных объемов при более низком давлении в ДП.

12.2. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПНЕВМОНИЙ

Тактика терапии врожденных (внутриутробных) пневмоний включает следующее [74].

- При пневмонии, вызванной типичной бактериальной флорой (или при подозрении на типичную бактериальную флору), назначается антибактериальная терапия аминопеницилинами.
- При пневмонии, вызванной хламидиями и уреаплазмами, или при подозрении на пневмонию, вызванную хламидией трахоматис и уреаплазмами, препаратами выбора являются антибиотики класса макролидов [азитромицин, эритромицин, спирамицин (Ровамицин[®])].
- При пневмонии, вызванной ЦМВ, или при подозрении на пневмонию, вызванную ЦМВ, препаратом выбора являются иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный (НеоЦитотект[®]) (Biotest Pharma, Германия) или специфический антицитомегаловирусный иммуноглобулин[®] для внутримышечного введения, которые назначаются параллельно с аминопеницилинами в случае подозрения.

- При пневмониях, вызванных вирусом простого герпеса, препаратом выбора является противовирусный препарат, синтетический аналог ациклического пуринового нуклеозида, обладающий высокоизбирательным действием на вирусы герпеса, — ацикловир, который назначается отдельно или вместе с аминопенициллинами в случае, когда этиология болезни требует уточнения.
- Лечение врожденной пневмонии начинается не позднее чем через 2 ч после того, как только было высказано предположение о пневмонии.

12.3. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Основным видом лечения пневмонии, как и всякого инфекционно-воспалительного заболевания, является максимально раннее назначение эмпирической антибактериальной терапии. Антибиотики следует назначать сразу, как только высказано предположение о диагнозе «пневмония». Во всяком случае, не позднее чем через 2 ч.

Своеобразие этиологических факторов врожденной пневмонии, клинически манифестировавшей в первые 3 сут жизни ребенка, делает препаратами эмпирического выбора комбинацию ампициллина с аминогликозидами: нетилмицином или амикацином. Антибиотики вводят внутримышечно или, при тяжелом состоянии и у глубоко и экстремально недоношенных новорожденных, внутривенно.

Альтернативными препаратами, которые назначают при отсутствии эффекта через 24–48 ч антибактериальной терапии, являются цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон) в монотерапии или в комбинации с аминогликозидами.

Альтернативой при пневмонии, вызванной *Pseudomonas aeruginosa*, может стать также комбинация цефалоспоринов IV поколения с аминогликозидами. При пневмонии, вызванной метициллинрезистентными штаммами грамположительных кокков, назначают ванкомицин. В качестве альтернативы можно использовать линезолид.

При пневмониях, вызванных стрептококками группы В, которые чувствительны к аминопенициллинам и большинству цефалоспоринов (исключение составляет цефакситин, к которому в ряде случаев отмечается устойчивость *SGB*), назначаются аминопенициллины или цефалоспорины III поколения. Действие β-лактамов потенцируют

аминогликозиды. Именно поэтому наиболее принятой схемой терапии при подозрении на пневмонию, вызванную *SGB*, является комбинация ампициллина с амикацином или нетилмицином. Альтернативная терапия — назначение цефотаксима или цефуроксима самостоятельно или в комбинации с аминогликозидами.

Когда предполагают листереллезную этиологию пневмонии, препаратами выбора также являются ампициллин в комбинации с аминогликозидами (нетилмицин, амикацин). Цефалоспорины менее активны по отношению к листериям, чем аминопенициллины.

При иной этиологии заболевания (желательно доказанной дополнительными методами исследования) используют альтернативные группы антибактериальных препаратов. В частности, при грамотрицательной энтеробациллярной этиологии пневмонии показано назначение цефалоспоринов III поколения: цефотаксима, цефтриаксона, цефтазидима — отдельно или в комбинации с аминогликозидами. При стафилококковой этиологии врожденной пневмонии используют антистафилококковый пенициллин [оксациллин, или гликопептид (ванкомицин), или линезолид отдельно или в комбинации с аминогликозидами (амикацином, нетилмицином)]. Два последних антибиотика назначают в том случае, когда пневмония вызвана метициллинрезистентными штаммами стафилококков.

У недоношенных новорожденных с факторами высокого риска развития воспалительного процесса в легких, вызванного атипичными возбудителями — уреоплазмой (указания на хронический сальпингоофорит в анамнезе, невынашивание, диагностированная инфекция уrogenитального тракта у матери), целесообразно сразу включить в схему терапии пневмонии наряду с β -лактамами и аминогликозидами макролидный антибиотик.

При пневмонии, протекающей у ребенка 3–6 нед жизни с нормальной или субфебрильной температурой, особенно при наличии обструктивного синдрома и указаний на вагинальный хламидиоз у матери, можно предполагать пневмонию, обусловленную *C. trachomatis*. В этих случаях целесообразно сразу назначить ребенку макролидный антибиотик (азитромицин, рокситромицин или спирамицин) внутрь.

При критическом ухудшении состояния вследствие развития нозокомиальной пневмонии неустановленной этиологии на фоне предшествующей эмпирической антибактериальной терапии в исключи-

тельных случаях по жизненным показаниям (!) используют имипенем внутривенно или меропенем внутривенно или в комбинации с ванкомицином.

Длительность антибактериальной терапии при уреоплазменной и хламидийной пневмонии составляет не менее 3 нед, в то время как при листереллезной, вызванной *S. agalacticus*, не превышает 2 нед. При стафилококковой и энтеробациллярной этиологии пневмонии длительность антибактериальной терапии определяется наличием или отсутствием деструктивных осложнений. При эмпиеме плевры она может продолжаться до 1,5 мес.

Дозировки основных антибиотиков, используемых при врожденной пневмонии, в зависимости от массы тела при рождении новорожденного приведены в табл. 12.1.

12.4. ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

Противовирусная терапия, причем специфическими препаратами — ацикловиром и специфическими противоцитомегаловирусными иммуноглобулинами, — назначается довольно редко. Главным образом назначению предшествуют указания в анамнезе ребенка, что мать болеет вирусной инфекцией, вызванной простым герпесом 1-го или 2-го типа, или цитомегалией, особенно когда она заразилась цитомегалией впервые во время беременности. Но и в этих случаях в первые дни жизни ребенка чрезвычайно трудно отличить типичную бактериальную врожденную пневмонию от пневмонии, вызванной этими вирусами, тем более что пневмонии обладают неспецифическими признаками.

Клинически может помочь наличие признаков стоматита и (или) энцефалита при выраженной клинической картине дыхательной недостаточности при врожденной герпетической инфекции или геморрагического синдрома, обусловленного тромбоцитопенией, увеличение печени и селезенки, иногда высыпания на коже по типу ягод черники, вызванные васкулитом, при врожденной ЦМВ-инфекции.

Так или иначе, но при врожденной герпес-вирусной пневмонии или при подозрении на врожденную герпес-вирусную пневмонию назначают ацикловир в монотерапии или при подозрении на герпес-вирусную этиологию пневмонии вместе с ампициллином.

Таблица 12.1. Дозировки основных антибиотиков, используемых при врожденной пневмонии у новорожденных

Антибиотики	Путь введения	Дети 0–4 нед с м.т. <1200 г, в мг	Дети первой недели жизни, в мг		Дети 7 дней и старше, в мг
			М.т. 1200–2000 г	М.т. более 2000 г	
<i>Аминогликозиды</i>					
Амикацин	В/в, в/м	18 на 1-й неделе каждые 48 ч и далее 15 каж- дые 36 ч	18 каждые 36 ч	15 каждые 24 ч	15 каждые 24 ч
Гентамицин Тобрамицин Нетилмицин	В/в, в/м	5 на 1-й неделе каждые 48 ч и далее 4 каждые 36 ч	4,5 каждые 36 ч	4 каждые 24 ч	4 каждые 24 ч
<i>Гликопептиды</i>					
Ванкомицин	В/в	15 каждые 24 ч	10–15 каждые 12–18 ч	10–15 каждые 8–12 ч	10–15 каждые 6–8 ч
<i>Макролиды</i>					
Эритромицин	<i>Per os</i>	10 каждые 12 ч	10 каждые 12 ч	10 каждые 12 ч	10 каждые 8 ч
<i>Оксазолинон</i>					
Линезолид	В/в	10 каждые 8–12 ч	10 каждые 8–12 ч	10 каждые 8–12 ч	10 каждые 8 ч
<i>Пенициллины</i>					
Ампициллин	В/в, в/м	25–50 каждые 12 ч	25–50 каждые 12 ч	25–50 каждые 8 ч	25–50 каждые 6 ч
Оксациллин	В/в, в/м	25 каждые 12 ч	25–50 каждые 12 ч	25–50 каждые 8 ч	25–50 каждые 6 ч

Окончание табл. 12.1

Антибиотики	Путь введения	Дети 0–4 нед с м.т. <1200 г, в мг	Дети первой недели жизни, в мг		Дети 7 дней и старше, в мг	
			М.т. 1200–2000 г	М.т. более 2000 г	М.т. 1200–2000 г	М.т. более 2000 г
<i>Цефалоспорины</i>						
II поколение Цефуроксим	В/в, в/м	25–50 каждые 12 ч	25–50 каждые 12 ч	25–50 каждые 8 или 12 ч	25–50 каждые 8 ч	25–50 каждые 8 ч
III поколение Цефотаксим	В/в, в/м	50 каждые 12 ч	50 каждые 12 ч	50 каждые 8 или 12 ч	50 каждые 8 ч или 8 ч	50 каждые 6 или 8 ч
Цефтазидим	В/в, в/м	30–50 каждые 12 ч	30–50 каждые 12 ч	30–50 каждые 8 или 12 ч	50 каждые 8 ч	50 каждые 8 ч
Цефтриаксон	В/в, в/м	50 каждые 24 ч	50 каждые 24 ч	50 каждые 24 ч	50 каждые 24 ч	50–75 каждые 24 ч

Известно, что ацикловир после поступления в организм при взаимодействии с инфицированными клетками фосфорилируется и превращается под действием нескольких клеточных ферментов в ацикловира трифосфат, который включается в цепочку вирусной ДНК и вызывает обрыв цепи, тем самым блокирует дальнейшую репликацию вирусной ДНК без повреждения клеток хозяина. Препарат проходит через гематоэнцефалический барьер, хорошо проникает в головной мозг и спинномозговую жидкость.

Новорожденным детям назначают ацикловир внутривенно (капельно) в дозе 10 мг/кг (интервалы — 8 ч). При генерализованной инфекции, вызванной вирусом простого герпеса, ацикловир внутривенно вводится в период новорожденности в дозе 60 мг/кг в сутки в 3 введения (2–3 нед).

При ЦМВ-инфекции или подозрении на нее используют препарат иммуноглобулина, который изготовлен из плазмы доноров с высоким титром антител против возбудителя цитомегалии. Антицитомегаловирусный иммуноглобулин обладает выраженной иммунологической активностью. Активная основа лекарства — специфические антитела, а именно иммуноглобулин G. Специфические ЦМВ-нейтрализующие антитела действуют внеклеточно и связываются с гликопротеинами поверхности вируса. При этом происходит нейтрализация свободных вирусов и вирусов, выходящих из клеток. Затем нейтрализованные вирусы выводятся почками.

Еще одним механизмом действия иммуноглобулина является антителозависимая клеточная цитотоксичность, реализуемая по отношению к клеткам, инфицированным ЦМВ. К тому же он обеспечивает иммуномодулирующее воздействие, так как иммуноглобулин G препарата действует на иммунную систему организма. Как следствие, отмечается повышение иммунитета и увеличение неспецифической резистентности.

К таким препаратам относятся иммуноглобулин человека антицитомегаловирусный (НеоЦитотект[▲]) (фирма Biotest Pharma, Германия) и специализированный противцитомегаловирусный иммуноглобулин.

Имуноглобулин человека антицитомегаловирусный (НеоЦитотект[▲]) предназначен для внутривенной инфузии в разовой дозе 1 мл на 1 кг массы тела ребенка каждые 48 ч до исчезновения клинических симптомов ЦМВ-пневмонии или генерализованной ЦМВ-инфекции.

Начальная скорость инфузии должна составлять 0,08 мл на 1 кг массы тела в час, через 10 мин при хорошей переносимости препарата скорость можно постепенно увеличить максимум до 0,8 мл на 1 кг массы тела в час и сохранять ее до конца введения.

Специфический антицитомегаловирусный иммуноглобулин[®] при терапии ЦМВ-инфекции у новорожденных нужно вводить трижды в сутки внутримышечно в дозе из расчета 0,5 мл на 1 кг массы тела, при этом перерыв между введениями лекарства должен составлять 2–3 дня.

12.5. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Патогенетическая терапия включает проведение адекватной инфузионной терапии и иммунокоррекцию.

Основными принципами инфузионной терапии являются:

- расчет объема жидкости исходя из физиологических потребностей и патологических потерь;
- введение в состав инфузионной жидкости новых компонентов с учетом индивидуальных особенностей постнатального созревания функции почек;
- необходимость проведения клинико-лабораторного контроля водно-электролитного баланса для оценки адекватности инфузионной программы.

Основным раствором для проведения инфузионной терапии является 10% раствор декстрозы (Глюкозы[▲]). При проведении как энтерального, так и парентерального питания у детей необходимо достичь калорийной потребности 130–140 ккал/кг в сутки. По необходимости в раствор декстрозы (Глюкозы[▲]) добавляют препараты калия, магния, кальция. В тяжелых случаях в инфузионную терапию добавляют свежемороженную плазму для восполнения белкового состава крови и отчасти с целью иммунокоррекции.

Имунокорригирующая терапия при врожденной пневмонии, особенно у недоношенных детей, проводится всегда, так как врожденная пневмония развивается на фоне транзиторного гуморального иммунодефицита. Поэтому в тяжелых случаях обязательно (наряду с антибиотиками и противовирусными препаратами) проводят иммунокорригирующую терапию. С этой целью как можно раньше (на 1–3-е сутки от начала лечения) начинают вводить иммуноглобулины

человеческие [лучше всего — иммуноглобулин человека нормальный [IgG + IgA + IgM] (Пентаглобин[♦])].

Пентаглобин[♦], иммуноглобулин для внутривенного введения, содержит IgG и повышенные концентрации IgA и IgM с широким спектром антител против возбудителей различных инфекций и их токсинов. Из-за повышенного содержания IgA, и в особенности IgM, Пентаглобин[♦] имеет более высокий титр агглютинирующих антител против бактериальных антигенов, чем нормальные IgG-препараты.

Препарат назначают ежедневно или через день в обычных дозах (500–800 мг на 1 кг массы тела). Обязательный минимальный курс — 2–3 введения, при необходимости его увеличивают до пяти. Цель лечения — повышение концентрации IgG в крови пациента более 800 мг%, у недоношенных новорожденных — до 500–600 мг%.

Наряду с иммуноглобулином человека нормальным [IgG + IgA + IgM] (Пентаглобином[♦]) используют отечественный препарат рекомбинантного интерферона альфа-2b — Виферон[♦]. Интерферон альфа-2b (Виферон[♦]) — противовирусный и иммуномодулирующий препарат, в состав которого входит рекомбинантный интерферон альфа-2b (ИФН) в сочетании с антиоксидантным комплексом — токоферола ацетат (витамин Е) и аскорбиновая кислота.

Препарат интерферон альфа-2b (Виферон[♦]) способствует иммуномодуляции естественных цитокинов. Под действием ИФН-α увеличивается число Fc-рецепторов к IgG на мембранах макрофагов, что способствует выполнению ими таких важных функций, как фагоцитоз и антителозависимая цитотоксичность. Воздействует на активность естественных киллеров. Помимо этого, под действием ИФН-α усиливается экспрессия на поверхности клеток антигенов гистосовместимости I класса. ИФН-β является мощным ингибитором Т-супрессоров Т-лимфоцитов. Антиоксиданты (витамины Е и С) усиливают действие рекомбинантного ИФН в 10–14 раз.

Описанные эффекты препарата интерферон альфа-2b (Виферона[♦]) приобретают особое значение в случаях применения этого препарата в неонатологии. Активация естественных реакций, компенсация природной недостаточности, незрелости большинства систем защиты организма, отсутствие побочных явлений — все это делает препарат интерферон альфа-2b (Виферон[♦]) уникальным.

Препарат интерферон альфа-2b (Виферон[♦]) в виде ректальных суппозиторий для новорожденных детей содержит 150 000 МЕ ИФН

α -2b человеческого рекомбинантного, аскорбиновую кислоту 0,015 г, токоферола ацетат 0,06 г и основу. У новорожденных и недоношенных детей с гестационным возрастом более 34 нед рекомендуется применение препарата интерферон альфа-2b (Виферона[▲]), 150 000 МЕ по 1 суппозиторию 2 раза в сутки через 12 ч, ежедневно, в течение 5 сут. По клиническим показаниям терапия может быть продолжена. Перерыв между курсами составляет 5 сут.

Кроме того, с патогенетической целью проводят регулярный мониторинг содержания глюкозы в крови новорожденного с врожденной пневмонией. Если уровень глюкозы ниже 2,2 ммоль/л (ниже 45 мг/дл), вводят 10 мл/кг 10% раствора декстрозы (Глюкозы[▲]) через назогатральный зонд, если не проводят инфузионную терапию.

12.6. СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Практически всегда с целью противокашлевого лечения используют муколитики. Лучшим считают амброксол. Он разжижает бронхиальный секрет, повышает синтез сурфактанта альвеоцитами второго порядка и замедляет его распад. В зависимости от состояния ребенка препарат вводят внутрь или ингаляционно через небулайзер или спейсер.

12.7. МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА

Мониторинг состояния ребенка с врожденной пневмонией ведется ежедневно, когда ребенок находится в ОРИТ, и ежедневно, когда он находится в отделении для новорожденных. Медицинская сестра должна оценивать состояние новорожденного ребенка каждые 6 ч (и каждые 3 ч, если он очень слаб и его состояние тяжелое). Врач должен осматривать ребенка один раз в день до его выздоровления.

12.8. ПРОГНОЗ ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИИ

Таким образом, только рациональная комплексная терапия с индивидуальным подходом к ребенку позволяет оптимально купировать воспалительный процесс респираторного тракта, сократить сроки ИВЛ

и предотвратить развитие бронхолегочной дисплазии у недоношенных новорожденных с врожденной пневмонией.

Летальность при врожденной пневмонии составляет 5–10%, а по некоторым данным — до 40% случаев. При выздоровлении доношенных детей, перенесших врожденную бактериальную пневмонию, отдаленный прогноз, как правило, благоприятный. У глубоко недоношенных детей бактериальная и микоплазменная пневмония повышают риск развития бронхолегочной дисплазии.