Врожденная пневмония

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: P23.0, P23.1, P23.2, P23.3, P23.4, P23.5, P23.6, P23.8 · Союз педиатров России, Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, Общероссийская общественная организация содействия развитию неонатологии «Российское общество неонатологов»

Врожденная пневмония — острое полиэтиологическое инфекционное заболевание с преимущественным поражением респираторных отделов легких, обычно выявляемое в первые 72 часа жизни. Рекомендация посвящена распознаванию заболевания у новорожденных, подтверждению диагноза, ранней антимикробной терапии и коррекции дыхательной недостаточности.

Главное

- О заболевании следует думать при дыхательных нарушениях у новорожденного. Симптомы неспецифичны: тахипноэ, апноэ, экспираторный стон, перioральный цианоз и/или акроцианоз, нестабильная температура, вялость, отказ от кормления и снижение насыщения крови кислородом.
- Основной диагностический критерий — инфильтративные или очаговые тени на рентгенограмме; также учитываются консолидация по УЗИ или КТ. При отсутствии основного критерия диагноз устанавливают по сочетанию всех трех вспомогательных условий: изменения на рентгенограмме, дыхательные нарушения более 48 часов с двумя и более другими клиническими признаками и хотя бы один лабораторный признак инфекционного процесса в первые 72 часа.
- Антимикробную терапию начинают как можно раньше. Для детей с очень низкой и экстремально низкой массой тела, а также для новорожденных, которым с рождения потребовалась инвазивная респираторная терапия, старт желательно провести не позднее 2 часов жизни; первое введение препаратов стартовой схемы выполняют одномоментно.
- При установленном диагнозе пневмонии эмпирическую антимикробную терапию продолжают 7 дней как минимальный курс, затем оценивают состояние и лабораторные показатели, включая общий анализ крови и маркеры системного воспалительного ответа. Терапию отменяют при нормализации уровней маркеров системного воспалительного ответа и общего анализа крови; остаточное усиление легочного рисунка и участки гиповентиляции сами по себе не требуют продолжения лечения.
- При кислородозависимости используют неинвазивную вентиляцию легких, включая CPAP и NIPPV (УУР А, УДД 1). При ее неэффективности переходят к инвазивной ИВЛ, включая высокочастотную вентиляцию (УУР А, УДД 1).
- У недоношенных с дыхательными расстройствами сурфактант вводят селективно при нарастающей потребности в кислороде или усилении респираторной терапии, независимо от массы тела при рождении (УУР А, УДД 1). При синдроме утечки воздуха и профузном легочном кровотечении введение противопоказано до купирования пневмоторакса или кровотечения.
- Лечение проводят в стационаре. При клинических признаках пневмонии ребенка переводят в ОРИТН/ПИТ либо отделение патологии новорожденных и недоношенных детей в зависимости от тяжести и выраженности дыхательной недостаточности.

Диагностика

1. Соберите материнский анамнез: инфекции или их обострение в последние 2 недели, колонизация родового тракта стрептококком группы B, безводный промежуток не менее 18 часов, лихорадка в родах не менее 38 °C более 2 часов, хориоамнионит, внутриматочные вмешательства, антибактериальная терапия непосредственно перед родами или в родах защищенными пенициллинами либо системными антибактериальными препаратами резерва и преждевременные роды. Изучение этих факторов риска имеет УУР С, УДД 4.
2. Оцените общее состояние и дыхание: частоту дыхания, апноэ, стон, втяжения грудной клетки, цианоз, сатурацию, характер дыхания и хрипы. При дыхательных нарушениях используйте шкалу Сильвермана—Андерсена для оценки тяжести и выбора респираторной тактики (УУР В, УДД 3).
3. Возьмите кровь на культуральное исследование на стерильность с определением чувствительности к антимикробным препаратам; при интубации дополнительно исследуйте мокроту на аэробные и

факультативно-анаэробные микроорганизмы и грибы с определением чувствительности. Выполните общий анализ крови с лейкоформулой и нейтрофильным индексом; при отсутствии выставленного диагноза повторите его через 48–72 часа и в конце курса антимикробной терапии (УУР В, УДД 3).

4. Исследуйте С-реактивный белок; при отсутствии выставленного диагноза повторите анализ через 48–72 часа и в конце курса антимикробной терапии (УУР В, УДД 1). Прокальцитонин можно использовать с возрастным порогом, минимум 2,5 нг/мл, а пресепсин — для ранней диагностики, но не для решения об отмене, смене или продлении терапии.
5. При дыхательных нарушениях выполните рентгенографию легких (УУР В, УДД 2). УЗИ легких проводят выборочно при наличии подготовленного специалиста (УУР А, УДД 1); основной ультразвуковой признак пневмонии — консолидация легочной ткани.
6. Оцените кислотно-основное состояние и газы крови, лактат и глюкозу; исследование кислотно-основного состояния и газов крови повторяйте в зависимости от состояния ребенка и проводимой респираторной терапии (УУР В, УДД 2).

Лечение

- Системные противомикробные препараты назначают при врожденной пневмонии или подозрении на нее (УУР А, УДД 1). Предпочтительно парентеральное, в том числе внутривенное, введение.
- Стартовая схема А включает ампициллин в комбинации с аминогликозидом — гентамицином, амикацином или нетилмицином. При указанных в тексте отягощающих материнских факторах используют схему Б: ампициллин+[сульбактам] в сочетании с одним из этих аминогликозидов. При нарушении функции почек вопрос об отмене аминогликозида решают индивидуально.
- Амоксициллин+[клавулановая кислота] не применяют из-за возможного неблагоприятного влияния клавулановой кислоты на кишечную стенку. Цефалоспорины 1–4-го поколений не включают в стартовую схему вместо пенициллинов широкого спектра из-за отсутствия активности против Listeria monocytogenes и Enterococcus spp. и риска НЭК и инвазивного кандидоза у новорожденных ЭНМТ.
- При выявлении у матери флоры, резистентной к препаратам стартовых схем, и/или после получения результатов исследования новорожденного с определением чувствительности переходят на целенаправленную терапию с учетом чувствительности; среди препаратов для резистентной флоры в тексте указаны ванкомицин, линезолид, цефалоспорины 3-го поколения и карбапенемы. При Chlamydia trachomatis, Ureaplasma spp. или Mycoplasma spp. применяют макролиды, например эритромицин.
- При инвазивном кандидозе Candida albicans используют флуконазол 12 мг/кг/сут; при Candida non-albicans или резистентной к флуконазолу Candida albicans — микафунгин со стартовой дозой 4 мг/кг/сут.
- При цитомегаловирусной пневмонии лечение длится 6 месяцев: ганцикловир 6 мг/кг 2 раза в сутки путем непрерывного внутривенного введения с последующим переходом на валганцикловир 16 мг/кг 2 раза в сутки внутрь. При пневмонии, вызванной вирусом простого герпеса, ацикловир назначают по 20 мг/кг каждые 8 часов в течение 21 дня.
- При нарастающей потребности в кислороде или усилении респираторной терапии у недоношенных селективно вводят натуральные фосфолипиды — порактант альфа, беракtant или альвеофакт; дозу, путь и способ введения выбирают по инструкции препарата. При неэффективности CPAP/NIPPV проводят инвазивную ИВЛ с контролем дыхательного объема.
- Обеспечьте термонейтральную среду, ограничение света, шума и прикосновений, постуральную поддержку, профилактику боли и адекватное питание. Предпочтительно материнское молоко; при недостаточности энтерального питания для покрытия потребностей ребенка используют инфузионную терапию и парентеральное питание по физиологическим потребностям и патологическим потерям (УУР С, УДД 5).

Когда направить и как наблюдать

- Все новорожденные с врожденной пневмонией лечатся в стационаре. При клинических признаках заболевания ребенка переводят в ОРИТН/ПИТ или ОПНиНД с учетом тяжести состояния и дыхательной недостаточности.
- Выписка возможна после стабилизации состояния, исчезновения дыхательной недостаточности, отсутствия воспалительных изменений на рентгенограмме легких, нормализации маркеров системного воспалительного ответа и при отсутствии других противопоказаний.

Частые вопросы

Когда отменять антибиотики, начатые при подозрении на врожденную пневмонию?

Если терапия начата по подозрению в первые сутки, ее отменяют при отсутствии клинико-лабораторных и инструментальных признаков пневмонии к 72 часам жизни. При подтвержденном диагнозе минимальный эмпирический курс составляет 7 дней, после чего решение принимают с учетом тяжести состояния и нормализации клинических и лабораторных данных, включая общий анализ крови и маркеры системного воспалительного ответа.

Какой рентгенологический признак является главным для диагностики?

Основной критерий — инфильтративные или очаговые тени в легких. Рентгенологическая картина неспецифична, поэтому ее оценивают вместе с клиническими и лабораторными данными.

Можно ли использовать СРБ в первые часы жизни для исключения пневмонии?

СРБ в первые 6–8 часов имеет низкую чувствительность и высокую долю ложноположительных результатов. Оптимальным считается исследование через 24–48 часов с оценкой в динамике; при отсутствии выставленного диагноза повторный анализ также выполняют через 48–72 часа и в конце курса антимикробной терапии.

Когда переходить с CPAP или NIPPV на инвазивную ИВЛ?

Инвазивную ИВЛ проводят при неэффективности неинвазивной вентиляции.

Когда показан сурфактант при врожденной пневмонии?

У недоношенных сурфактант применяют при нарастающей потребности в дополнительном кислороде или усилении респираторной терапии, независимо от массы тела при рождении. Он противопоказан при синдроме утечки воздуха и профузном легочном кровотечении до их купирования.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/905-vrozhdennaya-pnevmoniya. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/905_1