

При проведении генетического исследования (4 пациентов) у всех были диагностированы заболевания соединительной ткани, в том числе и синдром Марфана.

Выводы:

1. Лечение спонтанного пневмоторакса необходимо начинать с дренирования плевральной полости.
2. Показаниями к оперативному лечению являются: продолжающийся сброс воздуха по дренажу в течение более 5 суток, рецидив пневмоторакса.
3. Оптимальным методом лечения является торакоскопическая резекция пораженного участка легкого, плевродез.
4. При рецидиве пневмоторакса необходимо генетическое исследование для выявления врожденных аномалий.
5. Дети, перенесшие эпизод спонтанного пневмоторакса, должны находиться на диспансерном наблюдении у специалиста-пульмонолога и детского хирурга.

Литература:

1. Ozcan C. Thoracoscopic treatment of spontaneous pneumothorax in children. / ED McGahren, BM Rodgers. // J Pediatr Surg. – 2003. – № 38(10) – P. 1459–64.
2. Vakulchik V. Treatment of spontaneous pneumothorax in children / V. Vakulchik, Khudovcova A. // Slovensko – Polske Vojteckove – Rudnikove Dni Detskej Pnevmoftizeologie a Imunoalergologie: abstrakty prispevkov. – Dolny Smokovec, Slovensko, 2014. – С. 17 – 18.

ПНЕВМОТОРАКС У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Вакульчик В.Г., Худовцова А.В.², Попова Ю.В.¹

¹*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно*

²*Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно*

Введение. Пневмоторакс у новорожденных встречается намного чаще, чем на любых других этапах жизни (J. Perinatal Med., 2005). Спонтанный пневмоторакс возникает приблизительно в 1% случаев влагалищных родов и в 1,5% кесаревых сечений. Реанимация с вентиляцией положительным давлением делает возникновение пневмоторакса намного более вероятной. Терапия сурфактантом значительно снижает частоту синдрома утечки газа у вентилируемых младенцев. Оценивается, что пневмоторакс у новорожденных составляет 80–85% всех случаев нетравматического пневмоторакса. В Республике Беларусь пневмоторакс новорожденных встречается с частотой от 1 до 18 случаев на 100тыс. населения в год.

Цель работы – определить факторы риска, проанализировать результаты лечения, оценить влияние развития пневмоторакса на возникновение некротизирующего энтероколита у новорожденных детей.

Материал и методы исследования. Ретроспективное исследование. Всего за период 2008 – 2014 год наблюдалось 20 новорожденных, которые были переведены в УЗ «ГОДКБ» с диагнозом: «Пневмоторакс». Из них 16 мальчиков и 4 девочки. Анализировались следующие факторы: гестационный возраст, масса тела, степень гипоксии и характер респираторной поддержки, использование сурфактантов, характер патологии легких, причины пневмоторакса, развитие некротизирующего энтероколита, паритет родов, течение беременности, акушерский анамнез.

Результаты и их обсуждение. Гестационный возраст составил от 28 до 41 недели, девять новорожденных были недоношенными (срок гестации 28–36 недель). Большинство детей родились путём кесарева сечения (16). В четырех случаях роды происходили естественным путём. По массе тела дети распределились следующим образом: очень низкая масса тела (<1500 г) отмечена у 3 новорожденных, низкая (от 1501–2500 г) у 3 младенцев, масса тела соответствовала гестационному возрасту (2501–4000 г) у 11 детей и высокая масса тела (>4000 г) отмечена у 3 пациентов. Тяжелая гипоксия наблюдалась у одного ребенка (оценка по шкале Апгар на первой минуте была менее 3 баллов), легкой и средней степени – у 9 младенцев. К 5 минуте жизни трое детей были переведены на ИВЛ, гипоксия среднетяжелой и легкой степени зарегистрирована у 6 пациентов. Большинство детей (19) после рождения требовали интенсивной оксигенотерапии: кислородозависимость колебалась от 40 до 100%. У большинства младенцев (18) применяли ИВЛ в стандартном режиме, в одном случае подача кислорода осуществлялась через кислородную маску и один ребенок находился на спонтанном дыхании. Все дети (20) были переведены на ИВЛ: к исходу первого часа – 14 детей, на втором часу жизни – 3 ребёнка и ещё 3 пациента к исходу первых суток после рождения. Высокочастотная вентиляция лёгких в перинатальном центре проводилась 4 детям. После рождения 13 младенцам было показано введение сурфактанта в дозе от 80 до 420 мг/кг. Пяти пациентам потребовалось повторное введение сурфактанта в дозе от 40 до 130 мг/кг.

Пневмоторакс был диагностирован в первый час от момента рождения у 15 детей, у 3 новорожденных на втором часу жизни, на вторые сутки – у 2 пациентов. Локализация пневмоторакса справа отмечена у 10 детей, слева – у 6, двухсторонний пневмоторакс диагностирован у 4 пациентов. Причинами пневмоторакса были: аспирация мекония (5 новорождённых); пневмония (11 пациентов); лобарная эмфизема (1), слабость родовой деятельности – два ребенка.

Пяти пациентам вследствие наличия отграниченного пристеночного пневмоторакса не потребовалось хирургическое лечение. У четырех пациентов удалось ликвидировать пневмоторакс плевральными пункциями.

Остальным детям (11) по результатам выполнения плевральной пункции были выполнены торакоцентез и дренирование плевральной полости. Воздух из плевральной полости по дренажу выделялся в течение 2–14 суток. Длительность стояния дренажа составила от 4 до 14 суток. Умер один новорожденный. Причиной смерти явился врожденный порок развития легких. В срок до одного месяца жизни у этих детей не было диагностировано признаков развития некротизирующего энтероколита.

Возраст матерей на момент родов колебался от 24 до 34 лет, в среднем 29 лет. Настоящая беременность была первой у 7 женщин, второй – у 10; третьей – у 2; четвертой – у одной женщины. Экстракорпоральное оплодотворение отмечено в одном случае. Самопроизвольные выкидыши отмечены у 6 женщин. Настоящие роды были первыми у 8 рожениц, вторыми – у 10, третьими – у 2 женщин. Угроза прерывания данной беременности отмечена в 10 случаях. Ранний гестоз наблюдался у 8 беременных, поздний – у 10. Сочетание раннего и позднего гестоза отмечено в 7 случаях. Фетоплацентарная недостаточность диагностирована у 8 беременных.

Выводы:

1. Пневмоторакс является частой проблемой во всех весовых и возрастных категориях новорожденных.
2. Преимущественно страдают мальчики.
3. Основными причинами развития пневмоторакса являются патология легких, аспирация мекония.
4. В большинстве случаев роды происходят путем кесарева сечения.
5. Искусственная вентиляция легких является фактором риска.
6. Наиболее часто пневмоторакс возникает справа.
7. Плевральная пункция и дренирование плевральной полости наиболее оптимальный способ лечения.
8. Пневмоторакс новорожденных не является фактором риска развития некротизирующего энтероколита.

Литература:

1. Вакульчик, В.Г. Пневмоторакс у новорожденных детей / В.Г. Вакульчик, А.В. Худовцова, Ю.В. Попова// Актуальные вопросы хирургии: материалы XV съезда хирургов Республики Беларусь, Брест, 16–17 октября 2014 г.– Брест, 2014.– С. 9–10.
2. Vakulchyk, V. Pneumothorax in newborns / V. Vakulchyk, T. Vahorova, A. Khudovtsova, Y. Popova// Slovensko–Polske Vojtekove–Rudnikove Dni Detskej Pneuoftizeologie a Imunoalergologie: abstrakty prispevkov. – Dolny Smokovec, 2014.– С. 18–19.