

Литература:

1. Дайхес Н.А. Оториноларингология: Материалы к клиническим лекциям. Том 1. М.: МИА.2010 г.
2. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология. М.: Литера, 1997.
3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. «Клиническая ринология» М.: «Миклош», 2002.390 с.

ВАРИАНТЫ СИНДРОМА УТЕЧКИ ВОЗДУХА У НОВОРОЖДЕННЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ПНЕВМОНИЕЙ

Янковская Н.И.¹, Красовская Т.А.²,
Мешкевич Т.В.², Денисик Н.И.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно

²Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно

Введение. Синдром утечки воздуха (СУВ) – это группа патологических состояний, характеризующихся скоплением газа вне альвеолярного пространства. СУВ объединяет интерстициальную эмфизему, пневмоторакс, пневмомедиастинум, пневмоперикард, пневмоперитонеум, подкожную эмфизему. Наиболее часто СУВ осложняет течение респираторного дистресс-синдрома, мекониальной аспирации, пневмонии, а также проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Чаще всего нарушение целостности альвеол происходит в результате прогрессивного повреждения респираторного эпителия высоким внутрилегочным давлением с резким плевропульмональным шоком и гемодинамическим коллапсом. Напряженный пневмоторакс требует проведения неотложных реанимационных мероприятий, в то время как ненапряженный – просто выжидательной тактики и лечения основного заболевания [1, 2, 3].

Учитывая urgency состояния ребенка при данном осложнении, является актуальным знание наиболее часто встречаемых вариантов течения СУВ у новорожденных с врожденной пневмонией с целью его профилактики, своевременной диагностики и проведения адекватной неотложной помощи.

Целью нашего исследования явилось установление возможных вариантов синдрома утечки воздуха у новорожденных детей с врожденной пневмонией.

Материал и методы исследования. Материалом для исследования явились истории болезни новорожденных с СУВ, находившихся в палате интенсивной терапии 2-го педиатрического отделения УЗ «ГОДКБ» за последние 10 лет. Проанализирована основная и сопутствующая патология и проводимые лечебные манипуляции на фоне которых развился СУВ, а также основные клинические маркеры его развития.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного анализа выявлено 30 случаев СУВ у новорожденных, что составило 0,5% от всех пролеченных. Большую часть составили мальчики (76,6%). 67% новорожденных родились в срок, 33% – преждевременно в сроке гестации от 29 до 36 недель.

В качестве основного диагноза у 74% пациентов была внутриутробная инфекция (ВУИ), пневмония. У 26% – тяжелое поражение центральной нервной системы в родах и у одного ребенка врожденный порок развития (атрезия пищевода с нижним трахеопищеводным свищом). У одного ребенка пневмония протекала на фоне аспирации мекониальных околоплодных вод. В качестве сопутствующей патологии у 85% младенцев отмечалась энцефалопатия новорожденного, у 73% – анемия различной степени тяжести, у 19% – неонатальная желтуха. Постгипоксическая кардиопатия была отмечена у 50% больных, которая в 61% случаев сопровождалась сердечной недостаточностью различной степени тяжести.

У всех младенцев СУВ проявлялся в виде пневмоторакса (ПТ). С данным осложнением поступило 20 детей, что составило 77%. У 23% детей ПТ развился в процессе лечения в палате интенсивной терапии детского стационара. Часть новорожденных (35%) с ПТ поступили в первые сутки жизни, т.е. это пациенты которые нуждались в респираторной поддержке после рождения. У 14% новорожденных ПТ диагностирован на 3–и сутки жизни. Лишь у 3 (12%) детей был отмечен спонтанный пневмоторакс на фоне самостоятельного дыхания. 17% детей находились на ИВЛ в режиме СРАР. Большинство новорожденных (59%) ИВЛ проводилась в режиме SJMV. Основными клиническими маркерами развития ПТ явились ослабленное дыхание со стороны развившегося напряженного пневмоторакса, который был отмечен у 89% больных. Данный аускультативный феномен был отмечен у 100% детей. У половины детей, находившихся на респираторной поддержке, отмечалась десатурация с падением SaO₂ от 90% (при первоначальной 95–96%) до 50%. У детей, находившихся на спонтанном дыхании, при развитии ПТ отмечалось нарастание признаков дыхательной недостаточности, появление или усиление цианоза кожных покровов от локального до тотального, аускультативно–асимметричного дыхания. У недоношенных детей наблюдалась остановка дыхания. Во всех случаях СУВ был подтвержден рентгенологически. Наиболее часто отмечался правосторонний ПТ (58%), ПТ слева диагностирован у 23% пациентов, у 12% – двусторонний, который развился с интервалом в несколько дней. У 12% младенцев пневмоторакс (ненапряженный) протекал бессимптомно, был выявлен при рентгенологическом исследовании, не требовал дополнительных лечебных мероприятий.

Напряженный пневмоторакс требовал оказания urgentной помощи с наложением системы активной аспирации воздуха из плевральной полости, в среднем на $6,1 \pm 1,2$ дня. В зависимости от тяжести процесса длитель-

ность аспирации составила от 3 до 10 дней, а при двустороннем ПТ от 4 до 11 суток.

Выводы:

1. СУВ у новорожденных детей с врожденной пневмонией чаще всего проявляется в виде пневмоторакса и чаще правостороннего.
2. Пневмоторакс встречается с частотой 0,5%, что согласуется с данными литературы (0,07–1%).
3. У каждого третьего новорожденного, поступившего в ПИТ, пневмоторакс возникает после проведения реанимации новорожденного и перевода их на ИВЛ.
4. Редко встречается бессимптомное течение пневмоторакса, что не согласуется с данными литературы (90%).

Литература:

1. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н.Володина. – Москва, ГЭОТАР–Медиа, 2009. – 848 с.
2. Последовательность выполнения основных манипуляций в неонатологической практике / И.И.Рюмина [и др.]. – М.: МНИИ педиатрии детской хирургии МЗ РФ, 2003. – 28 с.
3. Litmanovitz, I. Expectant management of pneumothorax in ventilated neonates / I.Litmanovitz // Prdiatrics. – 2008. – Vol. 122 (5). – P. 975–977.

ВОЗМОЖНЫЕ ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ И ЧАСТОТА НЕКРОТИЧЕСКОГО ЭНТЕРОКОЛИТА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

**Янковская Н.И.¹, Медвецкая И.М.², Афанасьева Т.И.²,
Каткова Е.В.²**

¹*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно*

²*Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно*

Введение. Некротический энтероколит (НЭК) новорожденных – неспецифическое воспалительное заболевание, вызванное инфекционными агентами на фоне незрелости механизмов местной защиты и/или гипоксически–ишемического повреждения слизистой кишечника, склонное к генерализации с развитием системной воспалительной реакции [1, 2].

В период новорожденности НЭК встречается в 2–16% случаев в зависимости от гестационного возраста, около 80% из них приходится на недоношенных детей. У недоношенных НЭК встречается в 10–25% случаев. Показатель смертности значительно выше в группе недоношенных новорожденных, среди детей с синдромом задержки внутриутробного развития и колеблется в пределах от 28% до 54%, а после оперативных вмешательств –