

Ковенко Ю.Н.

**ПНЕВМОТОРАКС У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ:
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ И ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ**

Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Прилуцкая В.А.

канд. мед. наук, доц. Чантурия А.В.

1-я кафедра детских болезней,

Кафедра патологической физиологии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Вероятным осложнением тяжелых респираторных заболеваний с респираторной поддержкой у пациентов неонатального периода является пневмоторакс. Его развитие у новорожденных обусловлено разной степенью выраженности морфофункциональной незрелости организма детей, потенциальным наличием пороков развития органов и систем. Своевременный мониторинг и оказание квалифицированной медицинской помощи в отделениях интенсивной терапии и реанимации позволяют снизить риски инвалидизации, возникновения отдаленных последствий и летального исхода у детей, перенесших пневмоторакс.

Цель: оценить особенности клинико-anamnestических характеристик и лабораторных показателей у новорожденных детей с пневмотораксом.

Материалы и методы. Проведен анализ данных 41 медицинских карт новорожденных, родившихся и получавших лечение в ОИТР с 2022 до 2025 года в ГУ РНПЦ «Мать и дитя» Минска. У всех пациентов в неонатальном периоде был диагностирован пневмоторакс. МТ при рождении – 1940 [970–2830] г, длина тела (ДТ) 47 [38–52] см, окружность головы (ОГ) 30 [26–34] см, срок гестации 34 [27–37] нед. Детей разделили на две группы с учетом категории гестационного возраста (ГВ). В группу 1 (Гр1) вошло 28 детей: ГВ – 29 [26–34] нед, в группу 2 (Гр2) – 13 детей с ГВ 38 [37–40] нед. Оценка показателей физического развития относительно срока гестации и пола детей выполнена в INTERGROWTH-21st, дополнительно рассчитаны Z-score, перцентили, массо-ростовой индекс. Лабораторные показатели оценены в день возникновения пневмоторакса. Обработка и оценка результатов проводилась с помощью Microsoft Excel, STATISTICA 10.0. Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. По половому признаку пневмоторакс чаще встречался у мальчиков 24 (59%), чем девочек – 17 (41%). По массе тела пациенты поделились на группы с экстремально низкой МТ – 11, с очень низкой МТ и низкой МТ к сроку гестации по 7 детей с нормальной МТ – 16 детей, что составило 27%, 17%, 17% и 39% соответственно. Производные антропометрические показатели у детей исследуемых групп составили Z-score МТ у недоношенных 0,234 [-0,138–0,523], у доношенных 0,733 [0,055–1,274], $p < 0,001$; Z-score ОГ 0,336 [-0,291–0,948] и 1,249 [0,793–2,005] соответственно, $p = 0,045$. Оценка детей по шкале Апгар значимо отличалась на 1-й минуте: в Гр1 – 5 [4–6] баллов, в Гр2 – 8 [8–9] баллов, $U = 76,0$, $p = 0,003$. Правосторонний или левосторонний пневмоторакс был диагностирован у 34 (82,9%) пациентов, реализация двустороннего пневмоторакса в динамике констатирована у 7 (17,1%) новорожденных, напряженным был у 36 (87,8%) пациентов. Выявлены отличия содержания моноцитов крови: Гр1 – 8 [5–13]% и Гр2 – 8 [3–7]%, $U = 72,5$, $p = 0,024$. В отношении показателей кислотно-основного состояния крови у детей установлены значимые различия в дефиците/избытке буферных оснований (ВЕ), что составило у Гр1 – -8,3 [-10,9 - -5,8], у Гр2 – -5,3 [-8,0 - -5,0], $U = 79,5$, $p = 0,038$.

Выводы. Пневмоторакс диагностировался чаще у лиц мужского пола (59%) и недоношенных новорожденных (68%). Недоношенность у новорожденных с пневмотораксом ассоциирована с более низкой оценкой по шкале Апгар на 1-й минуте ($p = 0,003$), отклонениями в показателях уровней моноцитов крови ($p = 0,024$) и ВЕ ($p = 0,038$), вероятностью летального исхода ($p = 0,023$), что связано с морфофункциональной незрелостью органов и систем организма. Своевременная диагностика и мониторинг динамики пневмоторакса обеспечивают снижение рисков возникновения ранних и отдаленных последствий, повышение качества медицинской помощи новорожденным.