

куировано в среднем  $590 \pm 150$  мл воздуха. Средний период госпитализации детей составил  $17 \pm 2$  дня.

**Заключение.** СП у детей может возникать без визуализируемой патологии со стороны органов грудной клетки или быть осложнением не выявленной ранее буллезной болезни. Обследование больных СП с использованием КТ и магнитно-резонансной томографии в 50% случаев не определяет причину скопления воздуха в плевральной полости. Основными методами лечения СП у детей являются пункция и дренирование плевральной полости.

\* \* \*

\* \* \*

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА У ДЕТЕЙ

Перепелкин А.И., Май К.С., Федченков И.В.

Волгоградский государственный медицинский университет  
Минздрава России, Волгоград, Россия

**Ключевые слова:** спонтанный пневмоторакс; дети;  
диагностика; лечение

**Актуальность.** В последние годы увеличилось число выявляемых случаев спонтанного пневмоторакса (СП) у детей. Возрастной группой наибольшего риска являются лица в возрасте 13–22 лет с показателями заболеваемости более 10 на 100 000 подростков и молодых взрослых, которые были госпитализированы. Такие формы патологии, как эмфизема лёгких, бронхиальная астма и нередко буллезные заболевания лёгких, могут вызывать СП у детей. **Цель:** определить особенности клиники, диагностики и лечения СП у детей, поступивших в детский хирургический стационар.

**Материалы и методы.** Обследовано 14 больных детей с диагнозом СП при поступлении.

**Результаты.** Установлено, что СП чаще выявляется у мальчиков в возрасте 14–17 лет. При этом субъективно своё состояние больные и их родители связывали в 71,4% случаев с острым респираторным вирусным заболеванием, а в 28,6% случаев СП проявился на фоне полного здоровья. В 78,6% случаев СП наблюдался с правой стороны, в 21,4% — слева. При компьютерной томографии (КТ) для верификации диагноза у 50% больных была определена буллезная болезнь, у других пациентов патологии со стороны органов грудной полости не выявлено. Для лечения СП применяли антибиотикотерапию, плевральную пункцию и дренирование плевральной полости по Бюлау. У пациентов для достижения разрежения при первой пункции из плевральной полости было эвакуировано в среднем  $1200 \pm 250$  мл воздуха. При буллезной болезни пациентам проводилась атипичная резекция лёгкого. В качестве осложнения у 21,4% больных наблюдалось развитие подкожной эмфиземы, у 7,2% — полисегментарная гиповентиляционная пневмония. Рецидивы пневмоторакса выявлены у 57,1% пациентов. При рецидивах при первой пункции из плевральной полости было эва-