

ТРЕВОЖНЫЙ ПЕРВЫЙ ВДОХ: АТЕЛЕКТАЗ ЛЕГКИХ У МЛАДЕНЦЕВ

Якубова Х.К.¹, Тулабоева Ш.А.²

Студент педиатрического факультета Самаркандского Государственного
Медицинского Университета¹,

Студент педиатрического факультета Самаркандского Государственного
Медицинского Университета²

Кафедра Патологической анатомии Самаркандского Государственного
Медицинского Университета

Научный руководитель – ассистент Ураков К.Н.

Введение. Ателектаз лёгких у новорождённых — это состояние, при котором происходит спадение альвеол, что ведёт к дыхательной недостаточности. Чаще всего встречается у недоношенных младенцев и при синдроме аспирации мекония. Современные методы диагностики, включая рентгенографию и УЗИ, позволяют своевременно выявлять патологию. Основные подходы к лечению включают сурфактантную терапию и респираторную поддержку.

Цель исследования. Изучить патогенез, клинические проявления, методы диагностики и лечения ателектаза лёгких у новорождённых. Оценить эффективность современных терапевтических подходов, включая сурфактантную терапию и респираторную поддержку. Материалы и методы. Изучены современные публикации и клинические исследования по ателектазу лёгких у 84 новорождённых. Проведен анализ историй болезни, оценена частота возникновения ателектаза у доношенных (60%) и недоношенных детей (40%), выявлены основные факторы риска. Исследованы методы диагностики, включая рентгенографию, УЗИ и лабораторные исследования. Рассмотрены подходы к лечению, включая сурфактантную терапию, респираторную поддержку и устранение обструктивных факторов.

Результаты исследования. Установлено, что ателектаз лёгких наиболее часто встречается у недоношенных новорождённых с гестационным возрастом менее 32 недель, а также выявляется в (30–50%) случаев при синдроме аспирации мекония. Среди больных новорождённых мальчики составляют (55–60%), девочки — (40–45%). Общая частота заболевания среди всех новорождённых составляет (1,5–2%), но среди недоношенных детей данный показатель возрастает до (10–15%). Доказана высокая диагностическая ценность рентгенографии, являющейся «золотым стандартом» выявления патологических изменений в лёгочной ткани, а также высокая чувствительность ультразвукового исследования в определении регионарных зон коллапса. Продемонстрирована эффективность раннего введения сурфактанта в снижении риска стойкого ателектаза и дыхательной недостаточности. Показана профилактическая роль СИПАП-терапии у недоношенных младенцев в предотвращении альвеолярного коллапса и снижении потребности в ИВЛ. Отмечено, что длительная искусственная вентиляция лёгких необходима в тяжёлых случаях, но сопряжена с риском баротравмы и бронхолёгочной дисплазии.

Заключение. Ателектаз лёгких у новорождённых остаётся значимой проблемой неонатологии, особенно среди недоношенных детей и младенцев с факторами риска. Современные диагностические и терапевтические подходы, включая рентгенографию, УЗИ лёгких, сурфактантную терапию и респираторную поддержку, позволяют своевременно выявлять патологию, снижать частоту стойких осложнений и улучшать прогноз. Дальнейшие исследования необходимы для совершенствования индивидуализированных стратегий лечения, оптимизации

дозирования сурфактанта, разработки новых методов профилактики альвеолярного коллапса и оценки долгосрочных последствий применяемых терапевтических подходов. Углублённое изучение молекулярных механизмов формирования ателектаза может способствовать созданию инновационных методов терапии, направленных на стабилизацию сурфактантной системы и снижение риска хронических респираторных нарушений.