

УДК: 616-053.31-089(477)

О.М. Горбатюк

(м.Київ, Україна)

СУЧАСНИЙ СТАН ХІРУРГІЇ НОВОНАРОДЖЕНИХ В УКРАЇНІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЇЇ РОЗВИТКУ

Ключові слова: хірургія новонароджених, вроджені вади розвитку.

Резюме. В статті надані основні показники неонатальної хірургії в Україні. Обговорюються існуючі проблеми з урахуванням організації роботи служби, частоти і нозологічних форм вроджених вад розвитку у дітей, ефективності хірургічної допомоги. Надані основні напрямки удосконалення і подальшого розвитку хірургії новонароджених.

Діяльність хірургії новонароджених є одним з пріоритетних напрямків в галузі педіатрії і вагомою складовою у вирішенні проблем складної демографічної ситуації в Україні. Без досягнень неонатальної хірургії неможливо досягти одного з зобов'язань ООН, зафіксоване в її Декларації – скорочення до 2015 р. малюкової смертності на 2/3, тому що сьогодні в Україні вроджені вади розвитку (ВВР) не мають тенденції до зниження, кількість ВВР, які потребують хірургічної корекції теж зростає (з 13,7% у 2002 р. до 35,5% у 2008 р.).

Структура малюкової смертності протягом останніх років залишається однаковою і виглядає наступним чином:

- I місце – стани перинатального періоду (34% – 35%),
- II місце – ВВР (30% – 31%)
- III місце – новоутворення (8% – 8,5%)
- IV місце – травми, отруєння (4,5% – 4,6%).

В структурі малюкової смертності ВВР займають стале II місце. До структури хірургічної патології новонароджених входять, крім ВВР, гнійно-запальні захворювання новонароджених, травма та пограничні стани у новонароджених. Статистичні дані щодо дольового розподілу названої патології серед новонароджених наступні:

- гнійно-запальна патологія – 49-50%
- вроджені вади – 25-27%
- травма новонароджених – 10-12%
- пограничні стани – 8-10%.

Хірургія новонароджених – це насамперед хірургія вроджених вад розвитку. Вади розвитку надзвичайно різноманітні і з трудом підлягають систематизації. За класифікацією А.Г.Кнорре

вади розвитку можливо умовно розділити на наступні групи:

1. Аномалії переважно обмінного характеру, без чітких анатомічних і гістологічних порушень (ембріональні фетопатії);
2. Аномалії, що обумовлені переважним порушенням клітинного розмноження і, як слідство, порушенням росту окремих зачатків (агенезії і гіпогенезії легень, нирок, парціальний гігантизм, гіпертрофічний пілоростеноз);
3. Аномалії, пов'язані з переміщенням клітинних комплексів і атипovими просторовими взаємовідношеннями органів і тканин (гетеротопія тканини підшлункової залози, шлунка в стінку тонкої кишки, дермоїдні кісти);
4. Аномалії, що обумовлені незвичайним процесами клітинної і тканинної диференціації (тератоми крижово-куприкової ділянки);
5. Аномалії, що обумовлені відсутністю або затримкою процесів відмирання клітин і їх комплексів і відсутністю зворотного розвитку тих чи інших структур зародка (нориці пупка, кісти і норичі шиї);
6. Аномалії, що обумовлені розривом типових і виникненням атипovих корелятивних зв'язків між клітинними комплексами, зачатками органів і тканин (хвороба Гіршпрунга, поліпози кишечника).

ВВР розподіляться на ізолювані, системні і множинні. За даними літератури, множинні вади розвитку спостерігаються приблизно у 35% клінічних спостережень.

НЕОНАТАЛЬНА ХІРУРГІЯ СЬОГОДЕННЯ

Сьогодні ми з впевненістю можемо констатувати, що досягли позитивних результатів в лікуванні значної кількості хірургічних хворих,

досягнувши зниження післяопераційної летальності у новонароджених, та домоглися підвищення виживання новонароджених та зниження ускладнень при такій високолетальній патології, як атрезія стравоходу, гастрошизис, омфалоцеле, аноректальні аномалії тощо.

Останні роки дитячі хірурги України дотримуються тенденції зниження віку при лікуванні майже всіх дітей з плановою хірургічною патологією. Подальше зниження вікового цензу на хірургічні втручання при ВВР призвело до того, що зараз основна кількість хірургічних втручань здійснюється у новонароджених, тобто сучасна дитяча хірургія стала хірургією новонароджених.

Кількість хірургічних втручань у новонароджених за останні 3 роки:

2008 р. – 1832;

2009 р. – 1892;

2010 р. – 1921.

Згідно наведеним статистичним даним, має місце тенденція до збільшення кількості оперативних втручань у новонароджених останні роки. У тому числі, ургентних операцій виконується 61-64%, планових – 39-36% із загальної кількості втручань.

Кількість померлих новонароджених та післяопераційна летальність виглядають наступним чином:

2008 р. – 178 / 9,7%;

2009 р. – 154 / 8,1%;

2010 р. – 146 / 7,6%.

Спостерігається зниження рівня післяопераційної летальності у новонароджених. Особливо виразною тенденція відносно зниження цього показника стає при його порівнянні за останні роки з показником 2002 р., коли рівень сягав 43,7%.

Основні причини летальності новонароджених з хірургічною патологією:

- некротичний ентероколіт – до 20-22% випадків;
- вроджена кишкова непрохідність – до 19-20% випадків;
- вади розвитку передньої черевної стінки – до 17 – 18,5% випадків.
- атрезія стравоходу – 12-12,5% випадків;
- діафрагмальна кіла – 10-11% випадків.

При цьому, майже 2/3 новонароджених, що померли, мали тяжкі поєднані і комбіновані ВВР різних органів і систем. Загалом, приблизно у 43% дітей смерть була непопереджувана, у 33% – умовно попереджувана, у 24% – попереджувана. Серед дітей, у яких смерть була непопереджуваною, 23% мали низьку і екстремально низьку масу тіла.

Слід відзначити, що за останні роки в Україні досягнуто певних позитивних зрушень в галузі неонатальної хірургії, що відбулося завдяки:

- покращенню кадрового забезпечення галузі за рахунок підвищення кваліфікаційних вимог – оперативну допомогу новонародженим надають бригади дитячих хірургів і анестезіологів, які пройшли відповідну підготовку з неонатальної хірургії;
- введенню до складу чергової бригади хірургів у лікарні дитячого хірурга і анестезіолога, які мають підготовку з питань надання хірургічної допомоги новонародженим в ургентних ситуаціях, у тому числі, ввечері, вночі, у святкові та вихідні дні;
- набуття досвіду і удосконалення хірургічної майстерності спеціалістами, що якісно виконують у новонароджених хірургічні втручання високого ступеня складності;
- підвищенню фахового рівня дитячої анестезіології, реанімації і інтенсивної терапії новонароджених;
- впровадженню в хірургію новонароджених сучасних діагностичних технологій;
- удосконаленню підходів до транспортування новонароджених;
- розробці та впровадженню відповідних протоколів лікування новонароджених, затверджених МОЗ України.

Проте, не дивлячись на досягнення в галузі дитячої хірургії, у структурі малюкової смертності ВВР залишаються на II місці, а в структурі інвалідності займають до цього часу I місце (вище 27%).

Успішне лікування новонароджених з хірургічною патологією залежить від багатьох причин, серед яких: правильне транспортування, адекватне знеболення, профілактика ранніх і пізніх післяопераційних ускладнень тощо. Але визначальну роль відіграє рання діагностика і правильна організація терапевтичних заходів. Своєчасне обстеження вагітних і новонароджених дозволяє виграти час, що в більшості випадків має вирішальне значення для визначення лікувальної тактики і прогнозу. Сучасні методи антенатальної діагностики дозволяють виявити основні ВВР, що потребують хірургічної корекції, задовго до народження дитини. Але сьогодні в Україні її рівень є недостатнім – у більшості регіонів України пренатальна діагностика ВВР не здійснюється взагалі, а якщо проводиться, її якість є низькою. Мають місце непоодинокі випадки несвоєчасного виявлення таких грубих ВВР, як гастрошизис, гідроцефалія великих розмірів, аплазія нирок тощо. Таким чином, слід визнати, що на етапі сьогодення надання хірургічної допомоги новонародженим в Україні є таким, що потребує суттєвого покращення.

Пропозиції щодо удосконалення стану неонатальної хірургії в Україні

Хірургію новонароджених необхідно вважати пріоритетним напрямком в галузі дитячої хірургії і сприяти її удосконаленню й розвитку на всіх напрямках її діяльності. В основу поліпшення неонатальної хірургічної допомоги мають бути покладені такі основні принципи, як:

- спеціалізація;
- централізація;
- стандартизація;
- контроль якості наданої допомоги.

Одним з основних напрямків перспективного розвитку хірургії новонароджених є своєчасне антенатальне виявлення ВВР. Антенатальна діагностика має стати обов'язковою, потребує підвищення якості й має охоплювати всіх вагітних жінок.

Терміни можливої ехографічної візуалізації деяких ВВР:

- гастрошизіс – 10 тиждень (Воронин Д.В.)
- синдром рruno-belly – 13 тиждень (Воронин Д.В.)
- омфалоцеле – після 13 тижня (van Zalen-Sprock R.M. et al.)
- дуоденальна атрезія – 14 тиждень (Petrikovsky V.M.)
- діафрагмальна кила – 14 тиждень (Vocain M. et al.)
- крижово-куприкова тератома – 14 тиждень (Медведев М.В.)
- атрезія стравоходу – з 26 тижня (Медведев М.В.)
- атрезія тонкої кишки – з 26 тижня (Медведев М.В.)
- атрезія ануса – після 30 тижня (Harris V. et al.).

Доцільним і необхідним на етапі сьогодення є впровадження в практичну діяльність у всіх регіонах України Перинатальних консилиумів. До складу Перинатальних консилиумів, що формуються з метою вирішення питання відносно збереження чи переривання вагітності, операбельності чи неоперабельності ВВР, має обов'язково входити дитячий хірург. У випадках антенатальної діагностики ВВР батьки мають бути своєчасно інформовані про наявну патологію і можливість її корекції. На основі отриманої інформації вони вправі вирішувати питання судьби своєї ще не народженої дитини. Тому сьгодні фахова антенатальна діагностика ВВР є не тільки можливою, але і вкрай необхідною. Так, при високій кишковій непрохідності приблизно 50% плодів мають синдром Дауна, а при низькій кишковій непрохідності приблизно 15% страждають муківісцидозом.

Для дотримання основних принципів надання хірургічної допомоги новонародженим необхідним є впровадження в неонатальну хірургію відеоскопічних і мініінвазивних втручань, які з 90-х років минулого століття набули популярності і стали повсякденними у багатьох країнах світу. Накопичений у цій області досвід хірургами України є досить скромним, тому впровадження цих методів у хірургію новонароджених є одним з перспективних напрямків її подальшого розвитку.

Сучасна неонатальна хірургія потребує впровадження сучасних інформативних діагностичних методів раннього виявлення хірургічної патології. Необхідним є придбання нових поколінь ультразвукових апаратів, сучасних моделей ендоскопів, комп'ютерних і магнітно-резонансних томографів, ангиографів тощо.

Для подальшого підвищення якості хірургічної допомоги новонародженим і поліпшення результатів лікування необхідним і доцільним є співробітництво з регіональними медико-діагностичними центрами.

Необхідною на етапі сьогодення є розробка специфічної техніки хірургічної корекції, доопераційного та післяопераційного ведення недоношених новонароджених з малою масою тіла, оскільки неонатальний період цієї категорії дітей характеризується низькою особливостей, які не дозволяють застосовувати загальноприйняті методики консервативного та оперативного лікування.

Залишається проблемним питання оптимізації ліжок у дитячих лікувальних закладах. Необхідно створювати ліжка для новонароджених хірургічного профілю у неонатологічних відділеннях, де працює підготовлений медичний персонал і є можливість цілодобового спостереження за прооперованим новонародженим не тільки хірурга, анестезіолога, а також і лікаря – неонатолога. Недостатній догляд за новонародженими в післяопераційному періоді спричиняє виникнення післяопераційних ускладнень, підвищує рівень смертності. Клінічний освід та багаторічні спостереження доводять, що новонароджені після хірургічних втручань краще виживають саме в неонатологічних відділеннях.

Необхідним в галузі неонатології та неонатальної хірургії є впровадження єдиного медичного та інформаційного простору, у тому числі, шляхом впровадження єдиних організаційних ініціатив, загальних медичних стандартів і клінічних протоколів. Вкрай необхідним є підготовка та видання сучасних підручників, навчальних посібників, які б відповідали потребам часу та представляли єдиний погляд на проблему хірургів, лікарів – неонатологів та дитячих анестезіологів.

НАПРЯМКИ ПРОФІЛАКТИКИ ВВР

Кількість дітей з хірургічною патологією у періоді новонародженості сьогодні не має тенденції до зниження, тому комплексна профілактика вроджених аномалій, спрямована на зниження їх кількості, має бути необхідним напрямком роботи сучасної перинатальної медицини.

Вроджені аномалії, генні і хромосомні захворювання в цілому складають 5% – 5,5% відносно загальної кількості новонароджених. У тому числі, серед живонароджених дітей приходиться на долю:

- генних захворювань – 0,5-1,5% ;
- хромосомних захворювань – 0,4-0,7%;
- ВВР – 1,9-2,2%.

Існує 3 рівні профілактики вроджених аномалій – первинна, вторинна, третинна.

1. Первинна (периконцепційна) профілактика – це профілактика на стадії планування вагітності, яка спрямована на усунення факторів ризику, покращення стану здоров'я майбутніх батьків і створення сприятливих фізіологічних умов на момент зачаття. Основними заходами первинної профілактики є обстеження батьків на наявність будь-якого захворювання, оцінка ризику несприятливих факторів виробництва, контроль за шкідливими звичками, нормаліза-

ція харчування, рекомендації щодо здорового способу життя тощо.

2. Вторинна профілактика – це виявлення ураженого плоду з наступним перериванням вагітності або проведенням своєчасного лікування плоду (внутрішньоутробна корекція ВВР). Основними профілактичними заходами вторинної профілактики є масовий ультразвуковий скринінг вагітних, індивідуальне медико-генетичне консультування, дослідження сироваткових маркерів у крові вагітних, ознайомлення широкого кола педіатрів, гінекологів, фахівців інших спеціальностей з причинами і механізмами розвитку вродженої вади та можливостями її корекції.
3. Третинна профілактика – це здійснення лікувальних і реабілітаційних заходів щодо усунення наслідків ВВР та їх ускладнень. Необхідною умовою проведення третинної профілактики є своєчасна і ефективна корекція ВВР.

Наведений аналіз стану хірургії новонароджених за останні 3 роки показав, що багато проблем цієї галузі потребують подальшої наукової і практичної розробки та удосконалення спільно з акушерами – гінекологами, неонатологами, педіатрами та лікарями багатьох інших спеціальностей.

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИИ
НОВОРОЖДЁННЫХ В УКРАИНЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ
ЕЁ РАЗВИТИЯ**

О.М. Горбатюк

Резюме. В статье представлены основные показатели неонатальной хирургии в Украине. Обсуждаются существующие проблемы с учётом организации работы службы, частоты встречаемости и нозологических форм врождённых пороков развития у детей, эффективности хирургической помощи. Даны основные направления для усовершенствования и дальнейшего развития хирургии новорождённых.

Ключевые слова: хирургия новорождённых, врождённые пороки развития.

**CURRENT STATE OF SURGERY
OF NEWBORNS IN UKRAINE AND PROSPECTS
OF ITS DEVELOPMENT**

O.M. Gorbatyuk

Summary. In article the basic indicators of neonatal surgery in Ukraine are presented. Existing problems taking into account the organization of work of service, frequency of occurrence and nosological forms of congenital developmental anomalies at children, efficiency of the surgical help are discussed. The basic directions for improvement and the further development of surgery of newborns are given.

Key words: surgery of newborns, congenital developmental anomalies.