



СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ОРГАНИЗАЦИЮ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Зайниев Сухроб Сабинович

Доктор философии по медицинским наукам (PhD),

доцент кафедры 1-детской хирургии

Самаркандского государственного медицинского института

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7496281>

ARTICLE INFO

Received: 22th November 2022

Accepted: 30th December 2022

Online: 31th December 2022

KEY WORDS

Врожденные пороки развития, желудочно-кишечный тракт, новорожденные, медицинская помощь, хирургическая помощь

ABSTRACT

В Республике Узбекистан регламентирующими проведение ультразвуковое исследование в ранние сроки беременности является Государственная программа «Скрининг матери и ребенка». Создана целостная организационная структура оказания специализированной медико-генетической помощи населению, приоритетным направлением в деятельности скрининг центров является проведение пренатального обследования беременных с целью выявления врожденных и наследственных заболеваний плода.

Введение. По данным ВОЗ, в мире ежегодно рождается 4-6% детей с ВПР. Среди ВПР третье место занимают пороки развития желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которые по данным разных авторов в среднем встречаются в 29,1% случаев [17]. Так, согласно статистическим материалам Института здоровья Республики Узбекистан за 2018 год, распространенность ВПР ЖКТ колеблется с частотой 13,0-26,4 на 10000 живорожденных детей. В городе Самарканде ВПР ЖКТ встречаются в 0,76% случаях.

Основным направлением в современной неонатологии является оценка организации медицинской помощи детям при хирургических патологиях, а в частности врожденные пороки развития (ВПР) [1, 9, 10]. Среди них, выявляемых сразу после рождения, составляет от 2,5 до 4,5%, а в

течение первого года жизни, достигает 5%. Их влияние на общую структуру младенческой смертности возрастает. В группе пороков развития недоношенные дети составляет до 28%. ВПР лидируют и среди причин перинатальной смертности [3, 6, 13]. Исследования, проведенные в разных странах, показали, что 25-30% всех перинатальных потерь обусловлены анатомическими дефектами органов. Среди мертворожденных ВПР выявляются в 15-20% случаев. В течение 1-го года жизни 25% всех случаев гибели детей вызваны врожденными пороками развития [5, 8, 12].

В структуре ВПР аномалии ЖКТ составляет от 21,7% до 25%, В 33% случаях они проявляются ВКН и являются один из наиболее частых поводов для госпитализации



новорожденного в хирургический стационар и оперативного вмешательства [4, 7, 15].

По данным разных авторов выживаемость при ВПР ЖКТ колеблется от 57 до 96%. Высокие показатели выживаемости авторы связывают с усовершенствованием организации хирургической помощи детям и новорожденным [11, 14].

В связи с этим особое значение приобретает их пренатальная диагностика. Основная роль при этом принадлежит ультразвуковому исследованию в связи с его безвредностью, высокой информативностью, доступностью и относительной простотой проведения. Одним из основных направлений развития пренатальной диагностики является разработка методов выявления врожденных аномалий на ранних этапах беременности [11, 16].

Внедрение эндохирургических операций при врожденной кишечной непроходимости с явлениями мальротации у новорожденных является новым перспективным направлением, пока доступным лишь в ведущих центрах детской хирургии. Несмотря на очевидные успехи в диагностике и лечении детей с указанной патологией данная проблема по-прежнему актуальна прежде всего из-за риска развития тяжелых осложнений, приводящих к летальному исходу в 45% - 76% случаев, связанных с запоздалой диагностикой, или применением неправильной лечебной тактики.

Таким образом, высокие показатели смертности новорожденных с ВПР ЖКТ диктуют поиск путей

усовершенствования хирургической помощи, а также разработку совершенно новых подходов и тактик при структуризации последующих действий, направленных на снижение летальности и инвалидизации.

Цель исследования: оценка организации хирургической помощи новорожденным с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта в г. Самарканде и Самаркандской области.

Материал и методы исследования. За последние 3 года были проанализированы данные 149 новорожденных с ВПР ЖКТ, находившиеся на лечении в областном детском многопрофильном медицинском центре и 2-клинике Самаркандского медицинского института (2019-2020 года) и требовали неотложного оперативного вмешательства в первые часы после рождения.

Исследование состояло из следующих методов: информационный (анализ нормативных документов), социально-гигиенический (выкопировка данных, экспертная оценка и анализ полученных данных) и статистический. Был проведен анализ организационных мероприятий в системе здравоохранения в г. Самарканде и Самаркандской области. Были проанализированы условия транспортировки и условия выхаживания новорожденных.

В работе применяли вариационную статистику с описательной статистики, двухвыборочного t-теста с одинаковыми и различными дисперсиями. Вычисляли среднюю арифметическую величину (M), среднее



квадратическое отклонение, ошибку репрезентативности ($\pm m$).

Результаты исследования: среди всех обследованных новорожденных с ВПР ЖКТ преобладали атрезии пищевода (22,1%), затем в следующей последовательности: врожденные диафрагмальные грыжи (16,8%), высокая кишечная непроходимость (15,4%), атрезия ануса (14,8%), пороки брюшной стенки (12,8%) и низкая кишечная непроходимость (11,4%).

Оперативные вмешательства были проведены 130 новорожденным (87,2%). 19 новорожденным оперативные вмешательства не проводились из-за крайне тяжелого состояния в связи с наличием множественных врожденных пороков и сопутствующих заболеваний. После установления ВПР ЖКТ среди 34 новорожденных оперативные вмешательства проводились в более поздние сроки после стабилизации состояния.

Гестационный возраст новорожденных варьировал от 26 до 42 недель. Недоношенные новорожденные встречались в 35,6% случаев, доношенные - 58,4%, а переношенные - 6,0%. Среди всех новорожденных мальчики встречались в 56,4% случаях, а девочки - 43,6% случаев.

Наибольшее количество матерей детей с ВПР находились в возрасте от 26 до 34 лет (44,3%) и 25-39 лет (39,6%).

При анализе анамнестических данных нами установлено, что к основным причинам развития ВПР можно отнести влияние экологических, производственных и социальных факторов, а также вредные привычки родителей, неполноценное питание.

При факторном анализе нами выделены основные факторы способствующие развитию ВПР у новорожденных - низкий соматический статус матери, хронические гинекологические заболевания, наличие многократных аборт, выкидыши, а также психо-эмоциональный статус беременной женщины.

При анализе поступления новорожденных с ВПР ЖКТ нами было установлено, что наименьшее количество было зарегистрировано среди городского населения (34,2%), тогда как поступление новорожденных с ВПР ЖКТ из Самаркандской области превышало показатели почти в 2 раза (65,8% против 34,2% соответственно). Полученные данные свидетельствуют о том, что необходимо совершенствование организации полного и всестороннего обследования среди населения районов и областей с целью выявления данной патологии уже на ранних этапах как среди беременных, так и среди новорожденных.

При опросе матерей новорожденных с ВПР ЖКТ было выявлено, что взятие на диспансерный учет по беременности также имело свое влияние, так большинство беременных женщин встали на учет до 24 недели (41,6%), до 12 недель - 36,2%, а до 38 недель - 20,2%. Полученные данные свидетельствуют о несвоевременном взятии беременных на учет.

При анализе социально-биологических факторов развития ВПР ЖКТ у детей установлено, что 67,7% матерей были домохозяйками, неполные семьи встречались в 14,1% случаев, 5,8% случаев не состояли на диспансерном



учете у акушер-гинеколога, в 15,4% случаях возраст матери был свыше 34 лет, вредные привычки имели 15% матерей, а 8,6% лечились от инфекций, передающихся половым путем. Осложнения в родах отметили 42,9% женщин, в последующем у 16% было выполнено кесарево сечение.

При УЗИ диагностике у 34% женщин были выявлены ВПР ЖКТ, при этом в 43,4% случаях ан 31-34 недели.

При анализе условий транспортировки нами было установлено, что 83,3% новорожденных с ВПР ЖКТ в хирургический стационар поступали в течение 1 часа, в 16,7% случаях транспортировка в хирургический стационар составила более 3-4 часов, это новорожденные из отдаленных населенных пунктов.

Согласованные переводы между учреждениями были в 92,9% случаях, в остальных случаях переводы не согласовывались. Притом эти дети перевозились без подготовки к транспортировке в хирургическое отделение на не оборудованном транспорте (нет высокочастотного аппаратов ИВЛ, минимальное оборудование).

Среди причин позднего поступления в 4 случаях из-за необоснованного отказа от зондирования пищевода, тяжесть состояния в 3 наблюдениях была поздняя диагностика порока. 3 детей поступили из отдаленных мест рождения от хирургического стационара.

Среди причин диагностических ошибок в 87,5% случаях была недооценка клинической картины и неправильная интерпретация рентгенограмм.

Летальность среди новорожденных с ВПР ЖКТ составила – 67,9%. Среди умерших, преобладали дети с АП, атрезия двенадцатиперстной кишки, ВДГ.

В результате полученных данных нами установлено, что неблагоприятные результаты лечения, а также послеоперационные осложнения напрямую коррелировали с своевременной диагностикой, сроков поступления в хирургический стационар, условий транспортировки, сопутствующих заболеваний и правильной предоперационной подготовки.

В результате поздней диагностики, неадекватной и неправильной терапии на этапах транспортировки возникли осложнения у новорожденных с ВПР. Так, ИВЛ при АП с ТПС в дооперационном периоде усугубляла аспирационную пневмонию, а несвоевременная респираторная терапия у новорожденных с ВПР ЖКТ были причиной гипоксемии с развитием тканевой гипоксии с исходом в полиорганную недостаточность.

Таким образом, изучение причин развития ВПР ЖКТ у новорожденных подтверждает мультифакторность: социально-биологические факторы и экстрагенитальные заболевания.

Выводы:

1. Установлены недостатки в организации медицинской помощи беременным женщинам при ВПР ЖКТ у плода характеризующиеся несвоевременным взятием на диспансерный учет, низким уровнем пренатальной диагностики и недостаточной оснащенностью УЗИ



кабинетов в отдаленных районах и областях.

2. Выявлено несоблюдение принципов транспортировки новорожденных с ВПР ЖКТ в хирургический стационар, а также поздняя доставка в течении 1 часа и более.

Причинами диагностических ошибок в большинстве случаев является не

квалифицированность врача и не знание клинических проявлений ВПР ЖКТ, не соблюдение стандартов диагностики, а также ошибки при оценки клинической картины на фоне сопутствующей патологии и других пороков развития.

References:

1. Артеева А.И. Новые технологии в лечении врожденных дефектов передней брюшной стенки у детей//Бюллетень Северного государственного медицинского университета. - 2015. - № 1 (36). - С. 6.
2. Болотских Т.Е., Завьялов А.Е., Тен Ю.В., Козлов А.А. Структура врожденных аномалий развития у недоношенных новорожденных, прооперированных по поводу пороков развития желудочно-кишечного тракта//В сб.: Современные технологии в диагностике и лечении хирургических болезней детского возраста. Сб. научных трудов, посвящ.100-лет. высшего мед. образования на Урале, 50-лет. организации службы детской хирургии в Пермском крае. - 2016. - С. 11-13.
3. Борисевич М.А., Кумейко И.Д., Изенов А.М., Киреев Д.Е., Альшев М.А., Жунис М.Б., Мамадиева Д.Б., Мадет Ф.Е. Врожденные атрезии желудочно-кишечного тракта у новорожденных//Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2019. - № 6. - С. 78-84.
4. Быковская Т.Ю., Шишов М.А. Актуальные вопросы организации медицинской помощи новорожденным при хирургических заболеваниях//Медицинский вестник Юга России. - 2015. - № 1. - С. 40-43.
5. Воробьева В.И., Зубкова Е.В. Результаты хирургического лечения атрезии пищевода у детей//Молодежный инновационный вестник. - 2019. - Т. 8. № 2. - С. 7-8.
6. Гурская А.С., Щукина А.А., Фисенко А.П., Разумовский А.Ю., Дьяконова Е.Ю., Мокрушина О.Г., Наковкин О.Н. Алгоритмы диагностики и лечения новорождённых с пороками развития передней брюшной стенки//Детская хирургия. - 2019. - Т. 23. № 1S2. - С. 25.
7. Кенжебаева К.А., Кумейко И.Д., Борисевич М.А., Изенов А.М., Киреев Д.Е., Альшев М.А., Жунис М.Б., Мамадиева Д.Б., Мадет Ф.Е. Структура атрезии желудочно-кишечного тракта у новорожденных и их выживаемость при данной патологии//Медицина и экология. - 2019. - № 1 (90). - С. 59-65.
8. Мазур В.Г., Сотникова Е.А., Савалей Е.А. Лучевая диагностика аномалий и пороков развития пищеварительного тракта у детей//Методическое пособие / Санкт-Петербург, 2019.
9. Теплякова О.В., Зубков В.В., Пырегов А.В. Современный взгляд на предикторы возникновения, пренатальную диагностику и особенности ведения новорожденных детей с гастрошизисом //Акушерство и гинекология. - 2015. - № 5. - С. 10-14.



10. Устинова Т.К., Барская М.А. Врожденные пороки развития передней брюшной стенки. диагностика, лечебная тактика//Вестник Уральского государственного медицинского университета. - 2018. - № 1. - С. 43-45.
11. Чолоян С. Б. Павловская О. Г. Екимов А. К. Трикоменас Н. Н. Шеенкова М. В., Байгазина Е. Н. Современные подходы к анализу формирования патологии у детей. //Менеджер здравоохранения. – 2020. - №3. –
12. Чуканов А.Н., Курлович И.В., Семенчук В.Л., Виктор С.А. Биохимические исследования околоплодных вод как необходимый этап осуществления дородовой диагностики врожденных пороков развития органов пищеварительной системы//Лабораторная диагностика. Восточная Европа. - 2020. - Т. 9. № 1-2. - С. 50-59.
13. Barreiros Mota I, Marques C, Faria A, Neto MT, Cordeiro-Ferreira G, Virella D, Pita A, Pereira-da-Silva L, Calhau C. Colonisation of the proximal intestinal remnant in newborn infants with enterostomy: a longitudinal study protocol. //BMJ Open. 2019 Nov 24;9(11):e028916.
14. Patoulias I, Feidantsis T, Doitsidis C, Mitroudi M, Kalogirou MS, Patoulias D. Early diagnosis and surgical intervention untie the Gordian knot in newborns with colonic atresia: report of two cases and review of the literature.// Folia Med Cracov. 2019;59(3):67-79.
15. Pietrzak J, Obuchowicz A, Majda D, Kiedos A. Meckel's diverticulum - a congenital defect of the gastrointestinal tract underestimated in differential diagnostics. Own experience. //Dev Period Med. 2017;21(1):38-42.
16. Schierz IA, Pinello G, Giuffrè M, La Placa S, Piro E, Corsello G. Congenital heart defects in newborns with apparently isolated single gastrointestinal malformation: A retrospective study.// Early Hum Dev. 2016 Dec;103:43-47.
17. Wessel LM, Fuchs J, Rolle U. The Surgical Correction of Congenital Deformities: The Treatment of Diaphragmatic Hernia, Esophageal Atresia and Small Bowel Atresia. //Dtsch Arztebl Int. 2015 May 15;112(20):357-64.