

УДК: 614.21:0005.6(056)

ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА САМАРКАНДА



Ризаев Жасур Алимджанович, Шамсиев Жамшид Азаматович, Зайниев Сухроб Сабирович
Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ОШҚОЗОН-ИЧАК ТРАКТИ ТУГМА НУҚСОНЛАРИ БОР БОЛАЛАРДА ЖАРРОХЛИК ЁРДАМИ САМАРҚАНД ШАХРИ МИСОЛИДА ТАШКИЛЛАШТИРИШНИ БАХОЛАШ

Ризаев Жасур Алимджанович, Шамсиев Жамшид Азаматович, Зайниев Сухроб Сабирович
Самарканд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

ASSESSMENT OF THE ORGANIZATION OF SURGICAL CARE TO CHILDREN WITH CONGENITAL GASTROINTEL DISEASES BY THE EXAMPLE OF THE CITY OF SAMARKAND

Rizaev Jasur Alimdjanovich, Shamsiev Jamshid Azamatovich, Zainiev Sukhrob Sabirovich
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: suzayn@mail.ru

Аннотация. Мақолада ошқозон-ичак трактининг тугма нуқсонлари бўлган янги туғилган чақалоқларга жаррохлик ёрдами кўрсатишда ташкилий ва диагностик хатоларнинг маълумотлари келтирилган. Қуйидаги камчиликлар аниқланди: ҳомиладор аёлларни ўз вақтида рўйхатдан ўтказмаслик; пренатал таъхислаш даражаси ва туманлар ҳамда вилоятларда тиббий ёрдамнинг ички ва ташқи сифатни назорат қилишни таъхил этишининг етарли эмаслиги; ультратовуш хоналарнинг етарли даражада жиҳозланмаганлиги; ҳомирани текишириш протоколларига риоя қилмаслик.

Калим сўзлар: тугма нуқсонлар, ошқозон-ичак тракти, янги туғилган чақалоқлар, тиббий ёрдам, жаррохлик ёрдами.

Abstract. The article presents the data on the ranking of organizational and diagnostic errors in the provision of surgical care to newborns with congenital malformations of the gastrointestinal tract. The following shortcomings have been identified: untimely registration of pregnant women; insufficient level of prenatal diagnostics and organization of internal and extra-departmental quality control of medical care in districts and regions; insufficient equipment of ultrasound rooms; non-compliance with the protocols of the examination of the fetus.

Key words: congenital malformations, gastrointestinal tract, newborns, medical care, surgical care.

Актуальность. Основным направлением в современной неонатологии является оценка организации медицинской помощи детям при хирургических патологиях, а в частности врожденных пороков развития (ВПР) [1, 9, 10].

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.

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 anomalies ЖКТ составляют от 21,7% до 25%. В 33% случаях они проявляются высокой кишечной непроходимостью и являются одним 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].

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.

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 находилось 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 психоэмоциональный 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 на 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, в 3 наблюдениях из-за поздней диагностики 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, врожденная диафрагмальная грыжа.

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 атрезии пищевода с трахеопищеводным свищом 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 течение 1 часа и более.
3. 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.

Литература:

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.

ОЦЕНКА ОРГАНИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА ПРИМЕРЕ ГОРОДА САМАРКАНДА

Ризаев Ж.А., Шамсиев Ж.А., Зайниев С.С.

Аннотация. В статье представлены данные ранжирования организационных и диагностических ошибок при оказании хирургической помощи новорожденным с врожденными пороками развития желудочно-кишечного тракта. Выявлены следующие недостатки: несвоевременное взятие на диспансерный учет беременных женщин; недостаточный уровень пренатальной диагностики и организации внутри и вневедомственного контроля качества медицинской помощи в районах и областях; недостаточная оснащенность УЗИ кабинетов; несоблюдение протоколов обследования плода.

Ключевые слова: врожденные пороки развития, желудочно-кишечный тракт, новорожденные, медицинская помощь, хирургическая помощь.