**УДК: 616.3-007-053.1:312.2**

# ВНЕСОК ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ В СТРУКТУРУ ЛЕТАЛЬНОСТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ

***Г.С. Чайковська, О.З. Гнатейко, А.О. Дворакевич*, Р.В. Стеник****

Державна установа «Інститут спадкової патології НАМН України» (м. Львів, Україна);
Обласна дитяча клінічна лікарня «ОХМАТДИТ»* (м. Львів, Україна)

***Ключові слова:*** *летальність, новонароджені діти, вроджені вади шлунково-кишкового тракту.*

***Резюме.*** *Проведено аналіз частоти вроджених вад розвитку шлунково-кишкового тракту в структурі летальності новонароджених дітей за 5 років, які знаходилися на лікуванні в обласній дитячій клінічній лікарні. Встановлено, що дана патологія зустрічається у кожному третьому випадку летальності новонароджених дітей з вродженими вадами розвитку з частотою q = 0,60 у хлопчиків, які проживають у сільській місцевості. Виявлено наявність ймовірних факторів ризику у вагітних жінок, які народили дітей з вадами розвитку травної системи.*

## Вступ

Питома вага вроджених вад розвитку (ВВР) у таких кризово-демографічних показниках, як дитяча захворюваність, інвалідність і смертність, визначає необхідність вивчення частоти, структури й розповсюдженості ВВР, у першу чергу для планування оптимального об'єму діагностичних, лікувальних, реабілітаційних, профілактичних заходів і медико-генетичних консультацій [5, 6].

Вроджені вади розвитку органів травлення є однією із частих патологій дитячого віку, що супроводжуються явними анатомічними змінами і порушеннями функції. Значна частина вад цієї системи суттєво не впливає на розвиток плоду і виявляється тільки після народження або в перші дні життя та вимагає своєчасного хірургічного лікування [1].

Патологія шлунково-кишкового тракту (ШКТ) займає значне місце по летальності серед малюкової смертності, особливо серед новонароджених (35,5%), і залежить від терміну виявлення. У першу добу помирає 5,8% дітей, 19,7% – в ранній неонатальний період, решта до 10% новонароджених помирає протягом місяця. Необхідно відмітити, що відсоток ізольованої патології ШКТ серед ВВР є мінімальним, у порівнянні з іншими вадами розвитку – серцево-судинної, легеневої системи, хромосомної патології (синдром Дауна) та іншими множинними вадами розвитку [4,9].

Визначну роль для зниження дитячої смертності відіграє удосконалення ранньої діагностики вад розвитку ШКТ, їх своєчасна хірургічна корекція, тобто формування етапної реанімаційної допомоги вагітним жінкам і новонародженим індивідуально в кожному районі області [2, 8]. Одним з важливих переваг єдиної системи моніторингу ВВР є можливість аналізу об'єднаних даних різних регістрів [3].

Зниження смертності – важлива проблема в медико-демографічній ситуації України. Для її вирішення першочергове значення має удосконалення та впровадження програм на активне виявлення серед вагітних груп ризику щодо народження дитини з вадами розвитку, розширення об'єму функціональних методів пренатальної діагностики ВВР, а також комплексне медико-генетичне консультування [7].

Таким чином, першим кроком у виконанні заходів з профілактики ВВР у дітей є створення бази даних, вивчення моніторингу частот вад розвитку в даному регіоні.

## Мета роботи

Вивчити внесок вроджених вад розвитку, а саме, шлунково-кишкового тракту, в структуру летальності новонароджених дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні в обласній дитячій клінічній лікарні «ОХМАТДИТ» м. Львова з 2006 по 2010 роки.

## Матеріали і методи

Дані архівної документації – історій хвороб дітей, які знаходилися на лікуванні в Обласній дитячій клінічній лікарні м. Львова за період з 2006 по 2010 роки, протоколів патологоанатомічних досліджень, медична документація історії пологів, карти розвитку новонароджених та дітей. Проводився

поглиблений аналіз історій померлих дітей за чотири роки, вивчались всі причини, що призвели до летальності, серед яких вивчали вклад ВВР у структуру летальності, прицільно – вади ШКТ. Враховано всі нозологічні форми ВВР травної системи Q38 – Q45 згідно МКХ-10 перегляду. Для аналізу використовували класичні методи варіаційної статистики.

**Результати досліджень та їх обговорювання**

Аналіз отриманих даних показників, що за період з 2006 по 2010 роки у стаціонарі померла 251 дитина віком від 1 дня до 18 років, із них 171 дитина з ВВР, що складає 68,1%, з них: у 64,3% випадків летальність припадає на період новонародженості (табл. 1).

**Таблиця 1**

**Частота летальності дітей з вродженими вадами розвитку за віком**

| Загальна кількість померлих дітей | Вроджені вади розвитку | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Діти від 1 до 18 років | | Новонароджені | |
| | Абс. | % | Абс. | % |
| n = 251 | 171 | 68,1 | 110 | 64,3 |

***Примітка:** % новонароджених дітей з групи ВВР*

Враховуючи факт найвищого рівня летальності новонароджених від ВВР, нами проведений аналіз частоти соціально-вагомої вади ШКТ у новонароджених дітей серед всієї структури ВВР за статтю та місцем проживання (табл. 2).

**Таблиця 2**

**Частота летальності новонароджених дітей з вадами розвитку шлунково-кишкового тракту за 2006 – 2010 роки**

| Роки | Заг. кільк. | Новонароджені | | ВВР | Інші захвор. | ШКТ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Абс. | % | | | n | Хл. | Дів. | місто | село |
| 2006 | 31 | 18 | 58,1 | 12<br>66,7 | 6<br>33,3 | 2<br>16,7 | 2<br>100 | -<br>- | -<br>- | 2<br>100 |
| 2007 | 64 | 40 | 62,5 | 32<br>80,0 | 8<br>20,0 | 8<br>29,6 | 7<br>87,5 | 1<br>12,5 | 4<br>50,0 | 4<br>50,0 |
| 2008 | 60 | 36 | 60,0 | 26<br>72,2 | 10<br>27,8 | 5<br>18,5 | 2<br>40,0 | 3<br>60,0 | 2<br>40,0 | 3<br>60,0 |
| 2009 | 46 | 30 | 65,2 | 23<br>76,7 | 7<br>23,3 | 6<br>26,1 | 2<br>33,3 | 4<br>66,7 | 2<br>33,3 | 4<br>66,7 |
| 2010 | 50 | 26 | 52,0 | 17<br>65,4 | 9<br>34,6 | 4<br>23,5 | 2<br>50,0 | 2<br>50,0 | 1<br>20,0 | 3<br>80,0 |
| Всього | 251 | 150 | 59,8 | 110<br>73,3 | 40<br>26,7 | 25<br>23,6 | 15<br>60,0 | 10<br>40,0 | 9<br>36,0 | 16<br>64,0 |

***Примітка:** вирахування % проводилося від кількості новонароджених з ВВР в межах року*
*вирахування % новонароджених від загальної кількості летальності*

Як видно з даних (табл. 2) ВВР у 2006 році становили 28 дітей (23,1%), тоді як у 2007 році – 53 дитини (43,8%), а у 2008 році відповідно – 40 (33,1%) дітей з районів Львівської області, Львова та інших міст. У 2009 році померло 30 новонароджених, що становить 65,2% випадків летальності від загальної кількості дітей. За даний рік ВВР у структурі летальності займають 76,7%, а інші захворювання – 23,3%. У межах даної групи з ВВР вади розвитку ШКТ виявлено у 6 дітей (26,1%), дівчаток померло у співвідношенні 2:1, із сільської місцевості – 66,7% новонароджених. За 2010 рік питома вага померлих з ШКТ серед дітей з ВВР становила 23,5% і в більшій кількості випадків (80%) переважали мешканці села.

З даною патологією у 2007 році померло 75% хлопчиків, з яких більша половина (62,5%) були мешканці міста, тоді як у 2009 році – 66,7% дівчаток із сільської місцевості, така ж тенденція у відсотках спостерігалась і у 2008 році. Летальність з вадами ШКТ становила 15,4% випадків у 2006 році і 100% хлопчиків із сільської місцевості. Як видно, із загальної кількості 71,7% померлих

новонароджених дітей з вадами розвитку у 2,5 рази менше займають вади ШКТ, частіше хворіють хлопчики (57,1%) і помирає більша половина дітей із сільської місцевості.

За даними представленого аналізу летальності дітей після періоду новонародженості (табл.3), ВВР зустрічаються у півтора рази частіше (60,4 %) від іншої патології (39,6%), а питома вага вад розвитку ШКТ становить 13,1%. Хлопчики у два рази частіше мали вади ШКТ і за місцем проживання переважали мешканці з міста.

**Таблиця 3**

**Частота летальності дітей після періоду новонародженості з вадами розвитку шлунково-кишкового тракту**

| Загальна кількість, n | Після періоду новонар. | | ВВР | Інші захв. | ШКТ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Абс. | % | | | n | Хл. | Див. | місто | село |
| 251 | 100 | 40,2 | 61<br>60,4 | 40<br>39,6 | 8<br>12,9 | 5<br>62,5 | 3<br>37,5 | 3<br>37,5 | 5<br>62,5 |

***Примітка:*** *вирахування % проводилося від кількості дітей з ВВР після періоду новонародженості*
*вирахування % дітей після періоду новонародженості від загальної кількості померлих дітей*

Як видно з табл. 4, середній вік матерів становив 24,8 ± 1,01 роки. У 52% випадків вік матері становив від 20 до 27 років і у 12 % вік матері був до 19 років. Перша вагітність (48,0% випадків) закінчилася народженням дитини з ВВР ШКТ, а 40,0% були народжені від другої вагітності. Гестоз І-ї половини вагітності спостерігався у 24,0% жінок і загроза викидня – у 64,0%. Гострі респіраторно-вірусної інфекції в групі жінок з ВВР плоду і новонародженого в періоді даної вагітності зустрічались у 68,0%, екстрагенітальна патологія – у 40,0%. Виявлено, що 64,0% вагітних жінок вперше проходили УЗД в терміні після 14 тижнів вагітності.

**Таблиця 4**

**Фактори ризику матерів, які народили дітей з вродженими вадами травної системи**

| n/n | Фактори | n випадків | % |
|---|---|---|---|
| 1. | Середній вік матері<br>до 19 років<br>20 – 27 років<br>28 – 34 років<br>> 35 років | 24,8 ± 1,01<br>3<br>13<br>8<br>1 | <br>12,0<br>52,0<br>32,0<br>4,0 |
| 2. | Вагітність<br>I<br>II<br>III<br>IV | <br>12<br>10<br>2<br>1 | <br>48,0<br>40,0<br>8,0<br>4,0 |
| Загальна кількість вагітних | | 25 | |
| 3. | Гестоз вагітності<br>I половини<br>II половини | <br>6<br>2 | <br>24,0<br>8,0 |
| 4. | Самодовільні викидні | 5 | 20,0 |
| 5. | Завмерла вагітність | 3 | 12,0 |
| 6. | Загроза викидня | 16 | 64,0 |
| 7. | Кесарів розтин | 4 | 16,0 |
| 8. | Перенесені гострі респіраторно-вірусні інфекції підчас вагітності | 17 | 68,0 |
| 9. | Екстрагенітальні захворювання | 10 | 40,0 |
| 10. | Наявність дітей з вродженими вадами в сім'ї | 7 | 28,0 |
| 11. | Терміни УЗД вагітних<br>до 14 тижнів<br>після 14 тижнів | <br>9<br>16 | <br>36,0<br>64,0 |

Таким чином, аналіз частоти ВВР ШКТ у структурі летальності новонароджених дітей, детальне вивчення ролі причинних факторів ризику народження дітей з даною патологією вимагає моніторингу патології ШКТ, ранньої пренатальної діагностики, своєчасного корегуючого хірургічного лікування та медико-генетичного консультування сімей, в яких народилися діти з ВВР при плануванні наступної вагітності.

**Висновки**

1. Ретроспективний аналіз летальності померлих дітей в стаціонарі за 5 років показав, що ВВР становили більше половини всіх смертей (68,1%) і у більшості випадків (64,3%) діти помирали протягом першого місяця життя. Серед новонароджених кожна четверта дитина померала з вадами ШКТ, що свідчить про соціально-вагому значимість даної патології, вимагає ранньої діагностики і хірургічно-корегуючого лікування.

2. Аналіз частоти ШКТ в структурі летальності новонароджених дітей з ВВР виявив наявність ймовірних факторів ризику у вагітних жінок: перша вагітність (48,0%), відносно молодий вік матері (52,0%), гестоз І-ї половини вагітності (24,0%), загроза викидня (64,0%), перенесення гострої респіраторно-вірусної інфекції (68,0%) та екстрагенітальні захворювання (40,0%), що могли бути і/або були причиною виникнення патології вад розвитку травної системи, що вказує на необхідність пренатальної діагностики, раннього поетапного хірургічного лікування та медико-генетичного консультування сімей при плануванні наступної вагітності.

**Література**

**1.** Андреева Л.П. Наследственные и врожденные болезни: вклад в детскую заболеваемость и инвалидность, подходы к профилактике /Л.П. Андреева, Н.П. Кулешов //Педиатрия. – 2007. – Т. 86. – № 3. – С. 8–14.

**2.** Гордієнко І.Ю. Актуальні проблеми організації пренатальної діагностики вродженої та спадкової патології в Україні / Гордієнко І.Ю., Мойсеєнко Р.О. //Перинатологія і педіатрія. – 2009. – № 2 (38). – С. 6–10.

**3.** Демикова Н.С. Мониторинг врожденных пороков развития и его значение в изучении их епидемиологии /Н.С. Демикова //Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2003. – № 4. – С. 13–17.

**4.** Запорожан В.Р. Генетическая медицина /В.Р. Запорожан, В.А. Кордон, Ю.И. Бажора и др. // Одесса: Одес. держ. мед. ун-т. – 2008. – С. 432.

**5.** Лук'янова О.М. Основні підсумки та перспективи розвитку перинатології в Україні / О.М. Лук'янова // Перинатологія та педіатрія. – 2003. – №1. – С. 3–6.

**6.** Моісеєнко Р.О. Актуальні питання охорони материнства і дитинства в Україні / Р.О. Моісеєнко // Перинатологія та педіатрія. – 2008. – № 4. – С. 4–10.

**7.** Моісеєнко Р.О. Частота і структура захворюваності дітей в Україні та шляхи її зниження /Р.О. Моісеєнко // Перинатологія та педіатрія. – 2009. – № 4. – С. 23–26.

**8.** Павлишин Г.А. Проблеми неонатології за результатами аналізу причин летальності в період новонародженості / Г.А. Павлишин // Перинатологія та педіатрія. – 2005. – № 3–4. – С. 60–64.

**9.** Reefhuis J. Maternal age and non-chromosomal birth defects /J. Reefhuis, M.A. Honein // Atlanta. – 1968. – 2000: teenager or thirty – something, who is risk? Birth Defects Res A Clin Mol Teratol, 2004; 70: 9: P. 572–279.

## ВКЛАД ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ В СТРУКТУРУ ЛЕТАЛЬНОСТИ НОВОРОЖДЁННЫХ ДЕТЕЙ

***Г.С. Чайковская, А.З. Гнатейко, А.А. Дворакевич *, Р.В. Стеник ****

**Государственное учреждение «Институт наследственной патологии НАМН Украины»; Областная детская клиническая больница «ОХМАТДЕТ»* (г. Львов, Украина)**

**Резюме.** Проведен анализ частоты врожденных пороков развития желудочно-кишечного тракта в структуре летальности новорожденных детей за 5 лет, которые находились на лечении в областной детской клинической больнице. Установлено, что данная патология встречается в каждом третьем случае летальности новорожденных детей с врожденными пороками развития с частотой q = 0,60 у мальчиков, которые проживают в сельской местности. Обнаружено наличие вероятных факторов риска у беременных женщин, которые родили детей с врожденными пороками развития пищеварительной системы.

**Ключевые слова:** летальность, новорожденные дети, врожденные пороки желудочно-кишечного тракта.

## CONTRIBUTION OF CONGENITAL MALFORMATIONS OF THE DIGESTIVE SYSTEM IN THE STRUCTURE OF MORTALITY OF NEWBORNS

***G.S. Tchaikovska, A.Z. Gnateyko, A.A. Dvorakevich, * R.V. Stenik ****

**State Institution «Institute of Hereditary Pathology NAMS of Ukraine»; Regional Children's Hospital «OKHMATDET» * (Lviv, Ukraine)**

**Summary.** The analysis of frequency of gastric-duodenal congenital malformations in lethality structure was carried out among newborns which were cured last 5 years in regional children clinical hospital. This pathology occurres in every third lethality case among newborns with congenital malformation's with frequency q = 0,60 in boys from rural region. The availability of probable risk factors in pregnant women who gave birth children with gastric-duodenal congenital malformations was found out.

**Keywords:** lethality, newborns, congenital malformations of gastric-duodenal system.