

РЕЗУЛЬТАТИ ДИСЕРТАЦІЙНИХ ТА НАУКОВО-ДОСЛІДНИХ РОБІТ RESULTS THESIS AND SCIENTIFIC-RESEARCH

УДК: 616.3-007-053.1:312.2

DOI: 10.24061/2413-4260.X.1.35.2020.1

О.О. Власов

КП «Дніпропетровський спеціалізований клінічний медичний центр матері та дитини імені професора М.Ф. Руднєва» ДОР»
(м. Дніпро, Україна)

СТАН ПРОБЛЕМИ ПРИРОДЖЕНИХ
ВАД РОЗВИТКУ ТА ХІРУРГІЧНИХ
ЗАХВОРЮВАНЬ У НОВОНАРОДЖЕНИХ
В УКРАЇНІ ТА ДНІПРОПЕТРОВСЬКІЙ
ОБЛАСТІ

Резюме. *Період новонародженості – найбільш критичний віковий період, який характеризується морфологічними, функціональними і біологічними змінами, що виникають у зв'язку з переходом від внутрішньоутробного до зовнішнього середовища. Стан здоров'я новонароджених залежить від здоров'я матері, умов внутрішньоутробного розвитку плода та якості надання медичної допомоги вперинатальному періоді.*

На тлі несприятливої демографічної ситуації в Україні (зменшення кількості народжених живими, зменшення питомих ваги дітей з нормальною масою при народженні) високим залишається рівень природжених вад розвитку та спадкових захворювань у новонароджених.

У проведеному аналізі організації та якості медичної допомоги новонародженим з природженими вадами розвитку та хірургічними захворюваннями у Дніпропетровській області можна зробити наступні висновки. У Дніпропетровському регіоні зберігається тенденція до стабільно високої частоти новонароджених з множинними природженими вадами розвитку. Крім того, відзначається щорічне збільшення загальної кількості новонароджених, які вимагають лікування за участю хірургів – неонатологів. Серед новонароджених з природженими вадами розвитку зберігається висока питома вага недоношених дітей, особливо з масою тіла < 1500 г. Необхідним є підвищення ефективності системи пренатальної діагностики, розробки єдиних стандартів постнатальної діагностики, інтенсивної терапії та оперативного втручання. Для покращення якості життя дітей з тривалими післяопераційними ускладненнями необхідна побудова індивідуальних програм медико-соціальної реабілітації.

Ключові слова: *новонароджені; природжені вади розвитку; показники летальності; якість медичної допомоги.*

Період новонародженості – найбільш критичний віковий період, який характеризується морфологічними, функціональними і біологічними змінами, що виникають у зв'язку з переходом від внутрішньоутробного до зовнішнього середовища. Стан здоров'я новонароджених залежить від здоров'я матері, умов внутрішньоутробного розвитку плода та якості надання медичної допомоги в перинатальному періоді. При наявності провокуючих факторів вагітності плід має підвищений ризик розвитку патології, а далі дитина – під час пологів і в постнатальному житті. Тому ключовою проблемою перинатальної служби є мінімізація негативних факторів на всіх етапах розвитку дитини, які призводять до формування тяжкої перинатальної патології та природжених вад тощо, припинення відворотних випадків смертності немовлят.

За даними державної статистики, у 2019 році в Україні народилося живими 294148 немовлят, що на 105,2 тис. менше, ніж у 2015 році. Передчасно народжених дітей у 2019 році було 17055 дітей, що становить 5,8% із загальної кількості народжених живими (для порівняння в 2018 році народилось недоношеними 5,2% із загальної кількості народжених живими) [1].

За період 2015-2019 рр. у структурному розподілі немовлят, народжених живими, сталися зміни. Збільшилась питома вага дітей, народжених з дуже малою масою тіла при народженні (менше 1500 г) -

з 0,66% у 2015 році до 0,83% у 2019 році; з малою масою тіла (1500-2499г)- з 4,82% до 4,97% відповідно. Зменшилась питома вага немовлят з нормальною (2500 г і більше) масою тіла при народженні - з 94,52% у 2015 році до 94,20% у 2019 році [1].

Незважаючи на переорієнтацію перинатальної служби на медико-організаційні технології з доведеною ефективністю, впровадження регіоналізації перинатальної допомоги, стан здоров'я новонароджених за показником індексу здоров'я новонароджених після підйомної тенденції (з 79,1% у 2000р. до 85,5% у 2013р.) з 2014 року має негативну тенденцію – відповідно 85,00% у 2014р. і 83,44% у 2018р. У цілому по Україні частота народжених хворими і захворівших дітей з масою тіла 500 г і більше збільшилася на 10,51% – з 149,4 на 1000 народжених живими у 2014 р. до 165,59 на 1000 народжених живими у 2018 р. При цьому частота народжених хворими і захворівших недоношених дітей у 2014 р. була у 5,1 рази вищою, ніж доношених, а у 2014 р. – у 6,3 рази. Частота народжених хворими і захворівших доношених новонароджених у цілому за цей період збільшилася на 8,52%, а недоношених – на 6,36% [1].

Наслідком збільшення захворюваності новонароджених може бути зростання числа хронічної патології у дітей, аж до виражених порушень у стані здоров'я, з обмеженням їх життєздатності. Роль перинатальної патології, як причини дитячої

інвалідності, визначається різними авторами у 60–80%. Серед причин, що сприяють інвалідизації дітей, значну питому вагу займає природжена і спадкова патологія, недоношеність, надзвичайно мала маса тіла при народженні [2, 3].

Особливої уваги при несприятливій демографічній ситуації в Україні заслуговують природжені вади розвитку та спадкові захворювання у новонароджених, рівень яких залишається високим при зберіганні негативної тенденції –23,05% і 25,99%. Загальновизнано, що при сучасному рівні пренатальної діагностики та можливості запобігти народженню дітей з важкою спадковою і природженою патологією, що не корегується, у т.ч. хромосомними порушеннями, ця патологія є, за своєю суттю такою, якої можна умовно запобігти. За даними наукових досліджень, при хорошій організації пренатальної діагностики, можна зменшити народження дітей з грубою природженою патологією на 30%. Негативна тенденція рівнів захворюваності на природжені вади розвитку та спадкові захворювання може бути обумовлена збільшенням мутагенного навантаження на населення репродуктивного віку і потребує як оновлення екосистеми, так і впровадження організаційно-функціональної моделі системи освіти населення, яка базується на визначенні факторів ризику, впровадженні системи забезпечення населення основами медико-генетичних знань щодо здорового способу життя для збереження здоров'я майбутніх поколінь [2].

Як і в попередні роки, у 2018 році спостерігалися значні розбіжності в реєстрації захворюваності новонароджених на різні хвороби в регіонах, що зумовлено передусім відсутністю єдиних стандартів до діагностики та формулювання клінічного діагнозу. Так, виявлення природжених аномалій, деформацій та хромосомних порушень коливалось від >30,0 на 1000 народжених живими у м. Києві, Івано-Франківській, Харківській, Хмельницькій та Херсонській областях до < 20,0 на 1000 випадків у Кіровоградській, Львівській і Одеській областях; захворюваності на сповільнений ріст і недостатність живлення плоду – від > 30,0 на 1000 випадків - у Львівській, Одеській та Чернігівській областях до 5,97 на 1000 випадків у Запорізькій області; іншими порушеннями церебрального статусу – від 70,66 на 1000 новонароджених у Рівненській, 48,01 на 1000 випадків у Донецькій, 43,55 на 1000 випадків у Дніпропетровській до <10,0 на 1000 випадків у Волинській, Івано-Франківській, Закарпатській та Запорізькій областях [1].

Все це значною мірою ускладнює аналіз і виокремлення пріоритетних напрямків розвитку системи надання допомоги новонародженим. Для об'єктивного аналізу і оцінки захворюваності новонароджених слід підвищити ефективність діагностики та обстеження новонароджених з перинатальною патологією, забезпечити подальшу уніфікацію стандартизації надання медичної допомоги новонародженим.

Структура захворюваності новонароджених в Україні у 2018 році представляється таким чином: на 1 місці – неонатальна жовтяниця (24,04%), на другому – інші порушення церебрального статусу новонароджених (16,0%), на третьому – природжені

аномалії, деформації та хромосомні порушення (15,65%), на четвертому – розлади дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді (15,64%), на п'ятому – сповільнений ріст, недостатність живлення плода (12,18%) [2].

У структурі смертності доношених новонароджених в лікарняних стаціонарах закладів охорони здоров'я сфери управління МОЗ України перші рангові місця займали природжені аномалії, деформації та хромосомні порушення, внутрішньоматкова гіпоксія і асфіксія в родах та респіраторний дистрес синдром, а в структурі смертності недоношених новонароджених – розлади дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді, внутрішньошлункові і субарахноїдальні крововиливи, природжені аномалії, деформації та хромосомні порушення [1, 2].

У 2018 році провідні рангові місця за рівнем летальності новонароджених посідали внутрішньо-черепна родова травма (33,3%), легенева кровотеча (24,32%) і природжені аномалії, деформації та хромосомні порушення (17,7%), а у недоношених новонароджених – внутрішньочерепна пологова травма (33,33%), у тому числі, внутрішньошлункові і субарахноїдальні крововиливи (21,3%), а також, легенева кровотеча (29,17%) [1, 2].

Дані ВООЗ свідчать про більшу поширеність інвалідності у країнах із низьким рівнем розвитку порівняно з країнами з вищим рівнем статків. Особи з низьким достатком, безробітні, з низьким рівнем освіти, жінки та люди похилого віку більшою мірою мають ризик інвалідності. Дитяча інвалідність становить 5,1% осіб, із яких 0,7% мають складні вади. За даними UNICEF, у країнах Центральної та Східної Європи частка дітей-інвалідів становить 2,5%, з них 1% – діти з тяжкою інвалідністю. Відсоток дітей-інвалідів від загальної кількості дитячого населення в різних країнах складає 2-3-4% (США – 4%, Великобританія – 2,5%, КНР – 4,9%, Україна – 2-3%). Близько 10-20% дітей і підлітків мають обмежені можливості здоров'я, потребують постійного медико-педагогічного супроводу [3].

За даними державної статистики в Україні спостерігається зростання інвалідності у дітей з 202,0 на 10 тис. дітей віком до 18 років у 2014 р. до 212,4 - у 2018 р., при стабілізації рівня первинної інвалідності – відповідно 21,4 і 21,3 10 тис. дітей [1].

У середньому на 1000 зареєстрованих захворювань у дітей у 2013 р. припадало 11,0 інвалідів, у 2017 р. – 11,9 з коливанням цього показника у 2017 році від 221,1 - при природжених вадах розвитку, деформаціях та хромосомних аномаліях, 122,5 - при розладах психіки та поведінки, 81,8 - при новоутвореннях до 0,36 при органах дихання, 1,28 - при захворюваннях шкіри і підшкірної клітковини, 13,9-8,6 - при хворобах кістково-м'язової системи та сполучної тканини, ока та його додаткового апарату. У 2017 р., у порівнянні з 2013 роком, значно збільшилася частота інвалідів серед дітей з природженими вадами розвитку, деформаціями і хромосомними аномаліями (221,3 і 212,8), розладами психіки і поведінки (122,5 і 93,1) новоутвореннями (81,8 і 71,3), хворобами нервової системи (66,2 і 62,0), ендокринними хворобами, розладами харчування та порушеннями обміну речовин (27,5

і 18,6) відповідно, що може бути обумовлено як більш тяжким перебігом цих хвороб, так і більш повним використанням прав дітей на отримання інвалідності [1].

Упродовж 2014–2018 рр. серед причин, внаслідок яких діти стають інвалідами, перше місце посіли природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (30,95-30,5%), друге – хвороби нервової системи (17,14-15,8%), третє – розлади психіки та поведінки (13,91-15,8%). За цей період зміни у структурі причин інвалідності були незначними – спостерігалася виразна тенденція до зменшення хвороб нервової системи, вуха та соскоподібного відростка при тенденції до збільшення у структурі причин питомої ваги розладів психіки та поведінки, і хвороб ендокринної системи.

Як і в попередні роки, у 2018 р. відмічається зростання інвалідності серед дітей віком 3–6 років з 163,5 на 10 тис. дітей відповідного віку у 2014 р. до 166,5 - у 2018 р., серед дітей 7–14 років з 222,0 до 255,2 та серед дітей підліткового віку (15-17 років) з 263,1 до 302,0 відповідно. При цьому інвалідність дітей 0-2 років мала незначну тенденцію до зниження – з 75,5 до 76,1, що може бути зумовлено ефективністю регіоналізації перинатальної допомоги [1].

Важливе значення, особливо в період воєнних дій на сході України і частих екстремальних ситуацій, має забезпечення хірургічної допомоги дітям. Усього у 2018 р. у стаціонарних умовах проведено 220634 операцій у дітей, що становило 29,0 на 1000 дитячого населення. Охоплення оперативним втручанням дитячого населення у Дніпропетровській області (м. Дніпро) у 2018р. становило 41,09.

Післяопераційна летальність у середньому по Україні за 2018 р. становила 0,12% (2014 р.– 0,13%) і коливалася від 0,22% у м. Києві, 0,24 у Одеській, 0,21 у Харківській і Вінницькій, 0,2 у Львівській, областях до 0,01% у Полтавській, 0,02% у Закарпатській і Сумській, 0,03% у Тернопільській областях при відсутності випадків післяопераційної летальності у Луганській області. Високі показники післяопераційної летальності у м. Києві, Львівській, Одеській і Харківській областях утримуються за рахунок проведення у них операцій на нервовій системі та серці, які мають потенційно високу летальність [1].

У цілому більш високі показники післяопераційної летальності дітей при операціях на органах дихання (2,1%), нервовій системі (1,88%), серці (1,6%) та при лапаротомічних діагностичних втручаннях (6,67%).

До показників ефективності стаціонарної допомоги відноситься лікарняна летальність. У 2018 р. у лікарнях України загинуло 2780 дітей у віці 0-17 років проти 3590 дітей у 2014 р. У цілому за аналізований період число померлих дітей у стаціонарах скоротилося на 23,4%. Найбільше число випадків смерті дітей приходилося на дітей у віці першого року життя, частка яких становила 77,63% - у 2014 р. і 72,84% - у 2018 р. Число дітей, які померли у віці до року життя, з 2014 р. скоротилося з 2787 до 2025 осіб (на 27,34%) [1].

Звичайно така різниця показників летальності

в розрізі регіонів обумовлена як якістю медичної допомоги, так і частотою пацієнтів, що загинули внаслідок хвороб, яким притаманна висока летальність.

У 2018 р., як і в попередні роки, у цілому показники летальності серед дітей віком 0–17 років у стаціонарах сформувалися переважно за рахунок померлих від окремих станів, що виникають у перинатальному періоді (44,4%), природжених вад розвитку, деформацій та хромосомних порушень (24,42%), новоутворень (7,12%), травм, отруєнь та деяких інших наслідків дії зовнішніх чинників (5,29%), деяких інфекційних та паразитарних хвороб (4,78%), хвороб органів дихання (3,38%) [1].

Так як лікарняна летальність дитячого населення визначається в основному загинеллю дітей першого року життя, то перші місяці в структурі летальності дітей до 1-го року також займали окремі стани перинатального періоду (60,59%), природжені аномалії розвитку (26,91%) і хвороби органів дихання (3,38%). На третьому місці стабільно знаходилися хвороби нервової системи (2,91%), на четвертому – деякі інфекційні та паразитарні хвороби (2,37%), на п'ятому – хвороби органів дихання (2,12%).

Таким чином, в цілому в Україні вдалося забезпечити доступність медичної допомоги дитячому населенню за показниками відвідувань лікарів і лікарями на дому та даними лікування дітей в умовах денних і лікарняних стаціонарів; зберегти високий показник охоплення профілактичними оглядами дитячого населення всіх вікових груп при оптимальних показниках виявлення патології; поліпшити виявляємось інвалідності дітей; досягти достатнього охоплення дітей до 3-х і 6-ти місяців грудним вигодовуванням. Також знижується лікарняна летальність дітей у всіх вікових групах дитячого населення і післяопераційна летальність [2,3].

Відображенням загальних демографічних процесів є зниження кількості народжених живими у Дніпропетровській області: у 2019 році народилось живими 22117 дітей, що на 10420 менш ніж у 2015 році. Дещо вищою, порівняно із загальнодержавними показниками, є частка передчасно новонароджених дітей. У 2019 році народились передчасно 1442 дитини, що становить 6,5% від загальної кількості народжених (в Україні частка передчасно народжених дітей у 2019 році становила 5,8%). У той час, у 2015 році передчасно народжених дітей було 2225, що відповідало 6,8% від загального числа новонароджених в області.

У 2019 році в неонатальному центрі Комунального підприємства «Дніпропетровський спеціалізований клінічний медичний центр матері і дитини ім. проф. М.Ф. Руднева» ДОР» (КП «ДСКМЦМТ ім. проф. М.Ф. Руднева» ДОР») знаходилося на лікуванні 190 дітей із природженими вадами розвитку та захворюваннями новонароджених, які потребували динамічного спостереження хірурга (проти 203 немовлят у 2015 році). З них у 2019 році 88 дітей (46,3%) прооперовано, відповідно у 2015 році була оперована 81 дитина (40%). Тож, незважаючи на зменшення абсолютної кількості дітей з природженими вадами, кількість випадків вад, які потребують невідкладної хірургічної

корекції, зросла.

Успішне лікування новонароджених з хірургічною патологією залежить від багатьох причин, серед яких насамперед антенатальна діагностика, своєчасне обстеження вагітних і майбутніх новонароджених, яке у більшості випадків має вирішальне значення для визначення лікувальної тактики і прогнозу [4, 5, 6].

За останні 5 років у Дніпропетровській області спостерігається тенденція до зниження якості пренатальної діагностики природжених вад розвитку плодів у діагностичних центрах міста та області. Звертає на себе увагу збільшення помилок досліджень при вадах стравоходу та кишкової непрохідності. Порівняльні дані якості пренатальної діагностики природжених вад розвитку за період 2018-2019 рр. представлено у таблиці 1.

У період демографічної кризи збереження

життя кожної новонародженої дитини набуває великого значення. На рівні лікувально-профільних закладів головною задачею полягає у запровадженні системи моніторингу, що дозволить провести оперативний контроль ситуації, що склалася, щодо профілактики і своєчасної діагностики природжених вад розвитку. Таким чином, слід визнати, що на етапі сьогодення забезпечення антенатальної діагностики вроджених вад розвитку є таким, що потребує суттєвого покращення.

Про якість ранньої діагностики природжених вад розвитку та станів у новонароджених, які потребують невідкладної корекції, свідчать терміни поступлення немовлят у хірургічне відділення. У таблиці 2 представлено розподіл дітей за часом поступлення у хірургічний стаціонар неонатального центру ім. проф. М.Ф. Руднева.

Таблиця 1

Якість пренатальної діагностики природжених вад розвитку у новонароджених за період 2018-2019 рр.

Вада	Кількість вад		Пренатальна діагностика		Підтверджено		Помилка	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Вадистравоходу	5	6	4	5	2	0	2	5
Непрохідність висока	4	9	4	9	4	4	0	5
Непрохідність низка	9	11	8	9	6	5	2	4
Діафрагмальна грижа	6	3	6	3	2	2	4	1
Ембріональна грижа	3	4	3	4	3	3	0	1
Гастрошизіс	3	4	3	4	3	4	0	0
Пухлини	17	7	17	5	16	5	1	0
Інші кишкові вади	8	1	8	1	6	1	2	0
Ано-ректальні вади	6	10	1	9	0	2	1	7
Вади легенів	5	3	5	3	5	1	0	2
Інші	5	3	5	2	1	0	4	2
Разом	68	61	66	54	49	27	17	27
			97%	88,5%	74,2%	50%	25,8%	50%

Таблиця 2

Термін поступлення дітей з природженими вадами розвитку та захворюваннями, госпіталізованих за невідкладними показами, за період 2015-2019 рр.

Термін, години	Кількість новонароджених, абс. ч.(%)				
	2015	2016	2017	2018	2019
до 6 год.	29 (52,8)	22 (52,4)	31 (45,6)	30 (51,7)	31 (47,0)
6-12 год.	11 (18,6)	6 (14,3)	12 (17,6)	6 (10,3)	10 (15,2)
12-24 год.	3 (5,4)	4 (9,5)	12 (17,6)	6 (10,3)	10 (15,2)
24-48 год.	5 (8,9)	9 (21,4)	7 (10,4)	11 (19,1)	7 (10,6)
48-72 год.	3 (5,4)	0	6 (8,8)	4 (6,9)	2 (3,0)
> 72 год.	5 (8,9)	1 (2,4)	0	1 (1,7)	6 (9,0)
Разом, дітей	56	42	68	58	66

Приблизно 50% дітей були госпіталізовані протягом перших 6 год. після народження, що обумовлено своєчасною діагностикою та адекватним проведенням передтранспортної підготовки і транспортування. Але, тим не менше, залишається сталою частка дітей, які госпіталізовані за невідкладними показами у

терміні 1–3 доби, що потребує підвищення якості пренатальної діагностики та запровадження постнатальних методів скринінгової діагностики можливих порушень.

Необхідне регулярне підвищення кваліфікації лікарів акушерів-гінекологів та неонатологів щодо ранньої діагностики природжених аномалій.

Не менш важливим при наданні медичної допомоги новонародженим є супутні стани, які супроводжують природжені вади розвитку. Ці дані представлено у таблиці 3.

Як свідчать дані таблиці, упродовж 5 років серед тяжкої супутньої патології немовлят з хірургічними вадами зростає питома вага недоношеності та пов'язаного з нею респіраторного дистрес-синдрому.

Як зазначено в таблиці 4, за останні два роки майже в 2 рази збільшилась кількість дітей з дуже малою масою при народженні (< 1500г) та з природженими вадами розвитку, які потребували невідкладної хірургічної корекції в умовах неонатального центру ім. проф. М.Ф. Руднева.

Покращення виживання маловагових недоношених дітей, особливо з важкими комбінованими природженими вадами розвитку, вимагає комбінованого «фето-неонатально-хірургічного»

багатодисциплінарного підходу [7].

Якщо порівнювати показники післяопераційної та загальної летальності з 2015 року, то відзначено їх зниження з 7,4% і 2,9% відповідно у 2015 році до 5,7% і 1,93% - у 2016 році, але в подальшому спостерігалась тенденція до підвищення цих показників до 10,6% і 6,4% у 2018 році. Завдяки впровадженню сучасних технологій надання хірургічної та анестезіологічної допомоги новонародженим з природженими вадами розвитку, у 2019 році значно поліпшились і знизилась показники післяопераційної та загальної летальності – до 6,8% і 4,7% відповідно. Дані за 2018 і 2019 роки представлено в таблиці 5.

Показники летальності серед новонароджених з вадами розвитку зумовлена виключно некурабельними аномаліями та важкими патологічними станами.

У новонароджених та немовлят відмічається підвищений ризик післяопераційних ускладнень.

Таблиця 4

Розподіл недоношених новонароджених, які потребували хірургічного супроводу, в 2015-2019 рр., за масою тіла

Маса тіла	Кількість новонароджених, абс. ч.(%)				
	2015	2016	2017	2018	2019
До 999 г	28 (34,1)	53 (43,1)	12 (12,5)	6 (5,9)	18 (16,2)
1000 – 1499 г	10 (12,2)	24 (19,5)	10 (10,4)	21 (20,5)	34 (30,7)
1500 – 1999 г	21 (25,6)	36 (29,3)	48 (50,0)	56 (55,0)	27 (24,3)
2000 – 2500 г	23 (25,6)	10 (8,1)	26 (27,0)	19 (18,6)	32 (28,8)
Всього	82	123	96	102	111

Таблиця 5

Показники післяопераційної та загальної летальності залежно від природжених вад і перинатальної патології (2018 - 2019 роки)

	Діагноз	Оперовано у 2018р.			Оперовано у 2019р.		
		Кількість дітей	Виписка	Померло	Кількість дітей	Виписка	Померло
1	Вадистравоходу	5	5	0	6	5	1
2	Непрохідність кишечника висока	4	3	1	9	8	1
3	Непрохідність кишечника низька	9	6	3	11	10	1
4	Діафрагмальна грижа	6	4	2	3	3	0
5	Гастрошизіс	3	2	1	4	4	0
6	Ембріональна грижа	3	3	0	4	4	0
7	Ано-ректальні вади	2	2	0	8	8	0
8	Грижі пупкового канатика	2	2	0	1	1	0
9	Пілоростеноз	5	5	0	9	9	0
10	Пухлини	15	15	0	7	7	0
11	Пологова травма	1	1	0	1		1
12	Некротизуючий ентероколіт (НЕК), перитоніт	1	1	0	6	5	1
13	Вади легенів	2	2	0	3	3	0
14	Гнійно – септичні інфекції	10	10	0	3	3	0
15	Інші	18	18	0	12	12	0
16	МВВР	8	5	3	1	0	1
Разом		94	84	10	88	82	6
Летальність післяопераційна		10,6%			6,8%		
Загальна		6,4%			4,7%		

Таблиця 6

**Ускладнення і патологічні стани в післяопераційному періоді
(абс. ч./на100 прооперованих)**

Ускладнення і патологічні стани	2018 рік	2019 рік
Рання злукова непрохідність	2 (2,1)	3 (3,4)
Неспроможність анастомозу	3 (3,2)	1 (1,1)
Синдром короткої кишки (мальабсорбція)	6 (6,4)	6 (6,8)
Некротизуючий ентероколіт з перфорацією	3 (3,2)	5 (5,7)
Рецидивні діафрагмальні грижі	2 (2,1)	0
Бронхолегенева дисплазія	12 (12,8)	6 (6,8)
Поліорганна недостатність	12 (12,8)	4 (4,5)
Всього	40	20

Вважають, що саме передчасні пологи, малий постконцептуальний вік, доопераційне порушення життєвих функцій, ознаки неспецифічного ентероколіту (НЕК) є факторами ризику післяопераційних ускладнень [7]. Серед найпоширеніших ускладнень і патологічних станів у післяопераційному періоді слід визначити наступні (таблиця 6).

Загальна кількість післяопераційних ускладнень, порівняно з минулими роками, тримається на одному рівні. У 2019 році, як і в попередні роки, не відмічені в післяопераційному періоді ускладнення, що достатньо часто трапляються в хірургії новонароджених: евагінація та евентерація кишок. Збільшилась кількість випадків ранньої злукової непрохідності та НЕК з перфорацією, поясненням чого може бути збільшення кількості операцій з приводу кишкової непрохідності внаслідок множинної атрезії та перфоративного НЕК.

Життєздатність дітей з комбінованими природженими вадами все частіше розглядається як головний критерій в оцінці стану здоров'я. Але, незважаючи на досягнутий прогрес у підвищенні якості сучасної хірургічної допомоги та інтенсивної терапії, результати лікування не завжди втішні. Значні витрати на лікування та реабілітаційне завжди виправдовують як істотно подальшого життя. По даним ВООЗ, у більшості країн природжені вади розвитку займають одне з провідних місць в структурі смертності новонароджених дітей та визначають показники інвалідності з дитинства. Тож медико-соціальна значимість проблем вроджених вад очевидною [7]. Сучасна розробка та побудова індивідуальних програм медико-соціальної допомоги ідеально підходить до попереднього вирішення проблем та покращення якості життя дітей, які мають

обмеження ентерального харчування, часткову або повну інвалідність.

У підсумку проведеного аналізу організації та якості медичної допомоги новонародженим з природженими вадами розвитку можна зробити наступні висновки:

У Дніпропетровському регіоні зберігається тенденція до стабільно високої частоти новонароджених з множинними природженими вадами розвитку. Крім того, відмічається щорічне збільшення загальної кількості новонароджених, які вимагають лікування за участю хірургів – неонатологів.

Серед новонароджених з природженими вадами розвитку зберігається висока питома вага недоношених дітей, особливо з масою тіла < 1500 г.

Необхідним є підвищення ефективності системи пренатальної діагностики, розробки єдиних стандартів постнатальної діагностики, інтенсивної терапії та оперативного втручання.

Для покращення якості життя дітей з тривалими післяопераційними ускладненнями необхідна розробка індивідуальних програм медико-соціальної допомоги.

Перспективи подальших досліджень

Перед дитячими хірургами постає нагальна потреба у проведенні подальших досліджень в питаннях розробки адекватних організаційних заходів при наданні допомоги новонародженим з перинатальною патологією.

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Джерело фінансування. Стаття опублікована без будь-якої фінансової підтримки.

Література

1. Моніторинг якості надання медичних послуг під час реформування акушерсько-педіатричної допомоги населенню України у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України/ аналітично-статистичний довідник протягом 12 місяців 2015-2019 років. Київ 2020. 40 с.
2. Знаменська ТК, Нікуліна ЛІ, Руденко НГ, Воробійова ОВ. Аналіз роботи перинатальних центрів у виходженні передчасно народжених дітей в Україні. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2017;7(2):5-11. doi: 10.24061/2413-4260.VII.2.24.2017.1
3. Знаменська ТК, Воробійова ОВ, Дубініна ТЮ. Стратегічні напрямки реконструкції системи охорони здоров'я новонароджених та дітей України. Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. 2017;7(4):5-12. doi: 10.24061/2413-4260.VII.4.26.2017.1
4. Горбатюк ОМ. Сучасний стан хірургії новонароджених в Україні та перспективи розвитку. Неонатологія, хірур-

гія та перинатальна медицина. 2011;1:17-20.

5. Корицький ГІ, Горбатюк ОМ. Сучасні реалії та перспективнеонатальної хірургічної служби на Тернопільщині. Современная педиатрия. 2014;3:44-7.

6. Hazebroek FW. Discontinuation of life support always the best option for neonates with congenital anatomical anomalies? J Pediatr Surg. 2006;41(1):18-24. doi:10.1016/j.jpedsurg.2005.10.063.

7. Michelet D, Brasher C, Kaddour HB, Diallo T, Abdat R, Malbezin S, et al. Postoperative complications following neonatal and infant surgery: Common events and predictive factors. Anaesth Crit Care Pain Med. 2017;36(3):163-9. doi:10.1016/j.accpm.2016.05.012

**СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ
ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ
И ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
У НОВОРОЖДЕННЫХ В УКРАИНЕ
И ДНЕПРОПЕТРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

А.А. Власов

**КУ «Днепропетровский специализированный
клинический медицинский центр матери
и ребенка имени профессора М.Ф. Руднева» ДОР»
(г. Днепр, Украина)**

Резюме

Период новорожденности - самый критический возрастной период, который характеризуется морфологическими, функциональными и биологическими изменениями, возникающими в связи с переходом от внутриутробной к внешней среде. Состояние здоровья новорожденных зависит от здоровья матери, условий внутриутробного развития плода и качества оказания медицинской помощи в перинатальном периоде.

На фоне неблагоприятной демографической ситуации в Украине (уменьшение количества рожденных живыми, уменьшение удельного веса детей с нормальной массой при рождении) высоким остается уровень врожденных пороков развития и наследственных заболеваний у новорожденных.

В проведенном анализе организации и качества медицинской помощи новорожденным с врожденными пороками развития и хирургическими заболеваниями в Днепропетровской области можно сделать следующие выводы. В Днепропетровском регионе сохраняется тенденция к стабильно высокой частоте новорожденных с множественными врожденными пороками развития. Кроме того, отмечается ежегодное увеличение общего количества новорожденных, требующих лечения с участием хирургов - неонатологов. Среди новорожденных с врожденными пороками развития сохраняется высокий удельный вес недоношенных детей, особенно с массой тела <1500 г. Необходимо повышение эффективности системы пренатальной диагностики, разработки единых стандартов постнатальной диагностики, интенсивной терапии и оперативного вмешательства. Для улучшения качества жизни детей с длительными послеоперационными осложнениями необходимо построение индивидуальных программ медико-социальной реабилитации.

Ключевые слова: новорожденные; врожденные пороки развития; показатели летальности; качество медицинской помощи.

**CONDITION OF PROBLEMS OF CONGENITAL
DEVELOPMENTS AND SURGICAL DISEASES
IN THE NEWBORN
IN UKRAINE AND THE
DNEPROPETROVSK REGION**

O.O. Vlasov

**КР «Dnepropetrovsk Specialized Clinical Medical
Center of Mother and Baby named after Professor
M.F. Rudneva » DOR»
(Dnipro, Ukraine)**

Summary

The period of the newborn is the most critical age, characterized by morphological, functional and biological changes that occur due to the transition from prenatal to external environment. The health of newborns depends on the health of the mother, the conditions of prenatal fetal development and the quality of care in the perinatal period.

Against the background of the unfavorable demographic situation in Ukraine (decrease in the number of births alive, decrease in the share of children with normal birth weight), the level of birth defects and inherited diseases in newborns remains high.

The following conclusions can be drawn from the analysis of the organization and quality of medical care for infants with birth defects and surgical diseases in the Dnepropetrovsk region. In the Dnepropetrovsk region, there is a tendency for a consistently high incidence of infants with multiple birth defects. In addition, there is an annual increase in the total number of newborns requiring treatment with the participation of neonatal surgeons. Among infants with birth defects, the high proportion of preterm infants remains, especially with a body weight <1500 g. It is necessary to increase the efficiency of the prenatal diagnosis system, the development of common standards for postnatal diagnosis, intensive care and surgery. To improve the quality of life of children with long-term postoperative complications, it is necessary to build individual programs of medical and social rehabilitation.

Keywords: Newborns; Congenital Malformations; Mortality Rates; Quality of Care.

Контактна інформація:

Власов Олексій Олександрович
к.м.н., медичний директор КП
«Дніпропетровський спеціалізований
клінічний медичний центр матері та дитини
імені професора
М.Ф. Руднева» ДОР» (м. Дніпро, Україна)

Контактна адреса:
49006, проспект Пушкіна, 26, м. Дніпро,
Україна

Контактний телефон:
+38 (050) 362 68 68
e-mail: vlasovalexey75@gmail.com

ORCID:
<https://orcid.org/0000-0003-1575-9872>

ResearcherID:
<https://publons.com/researcher/AAI-2190-2020>

© О.О. Власов, 2020

Контактная информация:

Власов Алексей Александрович
к.м.н., медицинский директор КП
«Днепропетровский специализированный
клинический медицинский центр матери и
ребенка имени профессора М.Ф. Руднева»
ДОР» (г. Днепро, Украина)

Контактный адрес:
49006, проспект Пушкина, 26, г. Днепро,
Украина

Контактный телефон:
+38 (050) 362 68 68
e-mail: vlasovalexey75@gmail.com

ORCID ID:
<https://orcid.org/0000-0003-1575-9872>

ResearcherID:
<https://publons.com/researcher/AAI-2190-2020>

© О.О. Vlasov, 2020

Contact Information:

Oleksii Vlasov
MD, Medical director of Medical Center of
Mother and Child Health named by Rudnev
(Dnipro, Ukraine).

Contact address:
49006, Medical Center of Mother and
Child Health named by Rudnev, Prospec
tPushkina, 26, Dnipro, Ukraine

Phone: +38 (050) 362 68 68
e-mail: vlasovalexey75@gmail.com

ORCID ID:
<https://orcid.org/0000-0003-1575-9872>

ResearcherID:
<https://publons.com/researcher/AAI-2190-2020>

Надійшло до редакції 15.01.2020 р.
Підписано до друку 18.02.2020 р.
