

Г.І. Корицький, О.М. Горбатюк

Сучасні реалії та перспективи неонатальної хірургічної служби на Тернопільщині

КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня», Тернопіль, Україна
 Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Резюме. Проаналізовано динаміку роботи дитячої хірургічної служби у Тернопільській області за останні 5 років. Наведено структуру малюкової, неонатальної та ранньої неонатальної смертності; кількість хірургічних втручань та післяопераційну летальність у новонароджених; ефективність хірургічної корекції природжених вад розвитку та резерви удосконалення роботи хірургічної служби.

Ключові слова: хірургічна служба, новонароджені, смертність, природжені вади розвитку.

Вступ

На сьогодні стан здоров'я суспільства визначають тісно пов'язані між собою демографічні показники — народжуваність, дитяча смертність та природній приріст населення. Рівень смертності в Україні — один з найвищих у Європі та становить 8–9 на 1000 народжених живими, щорічно вмирає від 4 до 5 тисяч дітей віком до одного року. Так, за даними оперативного моніторингу, показник смертності немовлят за 2012 р. становив 8,48 на 1 тис. новонароджених, що на 15% менше порівняно з 2011 р., тобто у 2012 р. померло 4,3 тис. немовлят, а в 2011 р. — 4,5 тис. [2,6,9].

У більшості розвинутих країн Європи спостерігається від'ємний приріст населення. Кризова демографічна ситуація зберігається і в Україні, про що свідчить відсутність відтворення поколінь уже впродовж десятиліть. Внаслідок від'ємного приросту з 1992 р. (52,056 млн) до 2010 р. (45,778 млн) втрачено понад 12% населення [3,9].

Негативний вплив низки екзогенних та ендогенних чинників призводить до народження дітей з вадами розвитку. Впродовж останніх 10 років поспіль у структурі малюкової смертності природжені вади розвитку, деформації, хромосомні аномалії стабільно займають II місце, поступаючись лише окремим станам перинатального періоду (розлади дихальної системи, внутрішньошлункові та субарахноїдальні крововиливи, інфекції, специфічні для перинатального періоду, гіпоксія та асфіксія в пологах). За даними МОЗ України, у структурі малюкової смертності в Україні у 2008–2010 рр. природжені вади розвитку посідали друге місце, у структурі захворюваності — четверте місце [4,5,8]. А серед причин інвалідності діти з вродженими вадами розвитку протягом останніх декількох років посідають перше місце (26%) [5]. З огляду на це, вагомою складовою у вирішенні проблеми кризової демографічної ситуації в Україні є ефективна хірургічна корекція природжених вад розвитку.

У період демографічної кризи збереження життя кожної новонародженої дитини набуває великого значення. В Україні триває впровадження принципів регіоналізації перинатальної допомоги, подальший розвиток інтенсивної терапії новонароджених та виходжування дітей з малою та екстремально малою масою тіла при народженні, методів ранньої діагностики та лікування вродженої і набутої хірургічної патології, перинатальної неврології, впровадження неінвазивних технологій, як базових досягнень у становленні спеціалізованої неонатологічної допомоги [2,7].

Мета роботи: проаналізувати динаміку основних показників роботи дитячої хірургічної служби у Тернопільській області за останні п'ять років, з'ясувати частоту

та нозологічну структуру природжених вад розвитку, оперативну активність та післяопераційну летальність в динаміці з метою підвищення ефективності хірургічної допомоги дітям і вдосконалення організаційних заходів діяльності дитячої хірургічної служби в регіоні.

Матеріал і методи дослідження

У ході дослідження ретроспективно проведено аналіз хірургічної захворюваності серед дитячого населення, у тому числі неонатального періоду, у Тернопільській області за період 2008–2012 років, структуру малюкової смертності, вид та кількість оперативних втручань у новонароджених та ефективність хірургічної корекції природжених вад розвитку.

Результати дослідження та їх обговорення

У Тернопільському регіоні впродовж останніх років дитяча хірургічна служба постійно вдосконалюється, активно розвивається хірургія новонароджених, дитяча нейрохірургічна служба, з'являються нові методи діагностики та лікування на базі КУТОР «Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня».

В області дитяча хірургічна служба розгорнута на 180 ліжках хірургічного профілю, штат включає 32 хірурги, 4 урологи, 1 гінеколог, що свідчить про вирішення основних кадрових питань в області. Середня забезпеченість ліжками хірургічного профілю становить 8,65 на 10 тис. дитячого населення (табл. 2), хірургічними ліжками — 2,88 на 10 тис. населення (відповідно до нормативів МОЗ України забезпеченість хірургічними ліжками становить 2,0 ліжка на 10 тис. дитячого населення віком до 14 років).

Таблиця 1
 Забезпеченість хірургічними ліжками у Тернопільській області

Профіль ліжок	Кількість ліжок	Забезпеченість ліжками на 10 тис. населення
Загальнохірургічні	15	0,72
Гінекологічні	3	0,14
Урологічні	15	0,72
Торакальні	5	0,24
Гнійно-септичні	10	0,48
Онкологічні	5	0,24
Нейрохірургічні	7	0,34
Травматологічні	30	1,92
Ортопедичні	30	0,96
ЛОР-ліжка	25	1,20
Щелепно-лицьової хірургії	5	0,24
Офтальмологічні	30	1,44
ВСЬОГО	180	8,65

Таблиця 2

Кількість оперативних втручань, проведених дітям у Тернопільській області в 2008–2012 рр.

2008		2009		2010		2011		2012	
ТОДК	ЦРЛ	ТОДК	ЦРЛ	ТОДК	ЦРЛ	ТОДК	ЦРЛ	ТОДК	ЦРЛ
1511	2244	1308	1935	1438	1962	1465	2122	1421	1656
Всього 3755		Всього 3243		Всього 3400		Всього 3587		Всього 3077	

Таблиця 3

Основні показники неонатологічної служби у Тернопільській області за 2008–2012 рр.

Показник	2008	2009	2010	2011	2012
Всього народжених дітей	12388	12479	11868	11833	12148
Кількість недоношених	440	445	408	443	437
За ваговими категоріями, г					
до 500	1	2	1	–	–
500-999	29	25	34	26	35
1000-1499	42	46	45	43	45
1500-1999	94	119	96	115	106
2000-2499	388	372	333	380	351
Рання неонатальна смертність	5,5	4,0	4,1	3,4	3,9
Неонатальна смертність, ‰	6,5	4,8	5,4	5,0	5,0
Малюкова смертність, ‰	10,3	8,2	7,4	8,05	7,97

Впродовж останніх п'яти років спостерігається тенденція до зменшення загальної кількості оперативних втручань в регіоні, водночас збільшується хірургічна активність на III рівні надання медичної допомоги дітям (на базі ОДКЛ), що пов'язано зі складністю хірургічної патології та операцій, необхідністю здійснення хірургічних втручань у новонароджених, немовлят і дітей раннього віку, зростанням професійної та удосконаленням хірургічної майстерності спеціалістів обласного рівня, можливістю адекватного анестезіологічного забезпечення. Так, в обласній лікарні у 2012 р. було здійснено 46,18% хірургічних втручань від загальної кількості операцій в регіоні (для порівняння: у 2008 р. – 40,24%) (табл. 2). Інколи складність хірургічної патології у дітей, її агіповий чи ускладнений перебіг вимагають скерування пацієнтів на IV рівень надання допомоги – у лікувальні заклади м. Києва (НДСЛ «ОХМАТДИТ», ДУ «ІПАГ НАМН України», ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України», ДУ «Національний інститут раку» тощо).

У структурі летальності домінують втрати новонароджених, особливо з малим терміном гестації (25–29 тижнів). Щодо нозологій, то у структурі летальності перше місце посідають природжені вади розвитку. Так, із 6 дітей, померлих у 2012 р. після оперативних втручань, було 5 новонароджених, 4 з яких з терміном гестації 25–26 тижнів, 1 дитина – 33–34 тижні, один хлопчик підліткового віку після важкої черепно-мозкової травми. Зважаючи на це, можливо стверджувати, що сучасна дитяча хірургія стала хірургією новонароджених, і одним із резервів покращення результатів хірургічного лікування цієї категорії пацієнтів є забезпечення командного підходу – підготовка відповідної бригади хірургів-неонатологів, анестезіологів у спеціалізованих клініках, впровадження

сучасних перинатальних технологій та покращення якості пренатальної діагностики.

Впродовж 2008–2012 рр. в області спостерігається стабілізація народжуваності, при цьому частка передчасно народжених також залишається стабільною, однак збільшується питома вага дітей з дуже та надзвичайно малою масою тіла (табл. 3). Водночас показники смертності – ранньої неонатальної, неонатальної, малюкової – за період спостереження знижуються.

Аналіз нозологічної структури ранньої неонатальної, неонатальної та малюкової смертності протягом останніх років показав, що природжені вади розвитку посідають друге місце, поступаючись лише патології перинатального періоду (2012 р. – 66,6%, 2011 р. – 53,7%) (табл. 4).

За даними аналізу роботи дитячої хірургічної служби, множинні аномалії розвитку склали 87,1%, 81,8%, 91,1% у 2008, 2009, 2010 роках відповідно. Висока питома вага множинних і комбінованих вроджених аномалій розвитку у структурі смертності потребує як підвищення якості пренатальної діагностики, так і своєчасного й адекватного вирішення питання щодо пологів (лікувальний заклад III–IV рівня надання допомоги – спеціалізованої допомоги) з визначенням оптимальної лікувальної тактики (оперативного чи консервативного лікування). Зростання летальності у новонароджених зумовлене не тільки збільшенням питомої ваги важких комбінованих природжених вад розвитку різних органів та систем, але і появою дітей з дуже та екстремально малою масою тіла.

У 2010 році померло двоє новонароджених – один з норицевою формою атрезії стравоходу та один з перфоративним НЕК (табл. 5). Післяопераційна летальність у новонароджених склала 7,4% (по Україні – 7,6%).

Таблиця 4

Причинна структура ранньої неонатальної смертності

Нозологія	2008		2009		2010		2011		2012	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Вроджені аномалії	16	30,8	15	30,6	16	30,8	17	41,5	16	33,3
СДР	16	30,8	3	6,1	16	30,8	3	6,1	8	16,7
Інфекції, специфічні для перинатального періоду	7	13,5	11	22,5	7	13,5	11	22,5	8	19,6
Асфіксія новонародженого	6	11,3	6	12,2	6	11,3	6	12,2	8	16,3
Вроджені пневмонії	2	3,8	1	2,0	2	3,8	1	2,0	5	10,2

Таблиця 5

Оперативні втручання у новонароджених за нозологіями у 2010 році

Нозологія	К-сть дітей	Назва операції	К-сть операцій	Померли
Атрезія стравоходу з дистальною ТСН	3	Прямий анастомоз	1	1
		Роз'єднання нориці,	2	
		Гастростомія,	3	
		Шийна езофагостомія,	1	
		Реторакотомія	1	
Мембрана 12-палої кишки	1	Секторальна резекція мембрани 12-ПК	1	
Атрезія тонкої кишки	2	Резекція, анастомоз	2	
Атрезія товстої кишки	1	Колостомія	1	
Атрезія прямої кишки і ануса з ректо-уретральною норицею	1	Колостомія	1	
Омфалоцеле	1	Пластика черевної стінки	1	
НЕК з некрозом і перфорацією стінки кишки	1	Резекція, ентероанастомоз	1	1
Розділення анастомозу, ілеостома	1		1	
Пілоростеноз	1	Пілороміотомія	1	
Тератома куприково-куприкової ділянки	1	Видалення	1	
Спинномозкова грижа	4	Пластика	4	
Повна нориця пупка	1	Ліквідація нориці	1	
Защемлена пахова грижа	1	Ліквідація защемленої грижі	1	
Гострий гнійний орхоепідідиміт	1	Гідатидектомія, дренивання калитки	1	
Тромбоз судин з некрозом яєчка	1	Орхофунікулектомія	1	
Гострий гнійний мастит	4	Розкриття, дренивання	5	
Абсцес м'яких тканин	3	Розкриття, дренивання	3	
ВСЬОГО	27		34	1

Таблиця 6

Хірургічні захворювання за нозологіями у новонароджених у 2011-2012 рр.

Нозологія	2011		2012	
	К-сть дітей	Померли	К-сть дітей	Померли
Атрезія стравоходу з дистальною ТСН	3	1	1	1
Мембрана 12-палої кишки	-	-	1	1
Атрезія тонкої кишки	1	1		
Атрезія товстої кишки	1	1		
Атрезія прямої кишки і ануса	1		2	
Ембріональна пуповинна грижа	1		1	
Діафрагмальна грижа	3	1	1	
Гастрошизис			1	
Пілоростеноз	1		1	
Спинномозкова грижа	2	1	4	
ВНЕК з кишковою перфорацією	4	2	4	3
Меконіальна непрохідність			1	
Хвороба Гіршпрунга, гостра форма	1			
Заворот тонкої кишки з тромбозом і некрозом	2	1	1	
Кіста брижі тонкої кишки			1	
Синдром Ледда	1			
Гнійні, ургентні хірургічні захворювання	5		9	
ВСЬОГО	26	8	29	5

Післяопераційна летальність у новонароджених у 2011 і 2012 роках склала 30,8% та 17,2% відповідно (табл. 6). Померли переважно діти з природженими вадами розвитку травної трубки та НЕК.

Сьогодні на базі КУТОР «Тернопільської обласної дитячої клінічної лікарні» відкрито сучасне операційне відділення європейського зразка з операційною для новонароджених, де проводиться хірургічна корекція природжених вад розвитку (верхніх дихальних шляхів, шлунково-кишкового тракту, передньої черевної стінки, нервової трубки тощо). З метою покращення показників виживаності цієї категорії пацієнтів, включаючи різний термін гестації, запроваджено багатокомпонентну стратегію їх лікування та виходжування — поєднання оптимальних способів хірургічної корекції з адекватним анестезіологічним забезпеченням, інтенсивною профілактикою післяопераційних ускладнень на фоні раціональної інфузійної, антибактеріальної терапії, респіраторної підтримки.

Результати неонатальної хірургічної допомоги в області за 2008–2012 рр. наведені на рисунку.

Зниження показника післяопераційної летальності у новонароджених в області залежить від впровадження відповідних змін в організації надання медичної допомоги новонародженим, зокрема від організації сучасних відді-



Рис. Результати хірургічної корекції природжених вад розвитку у новонароджених

лень інтенсивної терапії новонароджених в обласній дитячій клінічній лікарні та в обласному перинатальному центрі «Мати і дитина» з відповідним матеріально-технічним оснащенням операційної для новонароджених та надання післяопераційного догляду в умовах неонатальних відділень. Водночас успішне лікування новонароджених з хірургічною патологією зумовлене ранньою діагностикою з відповідною організацією лікувальних заходів, особливостями транспортування, адекватним анестезіологічним забезпеченням, знеболенням, профілактикою ранніх та пізніх післяопераційних ускладнень тощо. Найкращим методом транспортування є транспортування *in utero* (в утробі матері) до перинатального центру в разі загрози передчасних пологів у терміні менш ніж 32 тижні вагітності.

Діти з дуже малою та екстремально малою масою тіла потребують ретельного медичного спостереження на рівні обласного закладу з організацією катаместичного та ре-

білітаційного відділення для недоношених дітей та новонароджених з тяжкою перинатальною патологією.

Оскільки у нозологічній структурі втрат новонароджених чільне місце займають природжені вади розвитку, потребує удосконалення якості пренатальної діагностики, а також запровадження в практику перинатального консиліуму за участю лікарів акушерської служби, неонатолога, дитячого хірурга, генетика.

Велике значення для зменшення ймовірності народження дитини з вадами розвитку є впровадження в практику досягнень периконцептології — профілактики можливих аномалій на стадії планування вагітності, спрямованих 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.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аналіз дитячої хірургічної служби України : аналітичні довідки МОЗ України за 2008—2010 роки (№ 04.01-19.14-429 від 27.05.2009; № 04.01-19.14-08-381 від 23.04.2010; № 04.01-19.14-08-773 від 25.07.2011).
2. Батман Ю. Перинатальна диспансеризація плода і новорождженого / Ю. Батман // З турботою про дитину. — 2010. — № 2. — С. 10—12.
3. Богатирьова Р. В. Генетико-демографічні процеси серед населення України / Р. В. Богатирьова, О. В. Линчак, О. І. Тимченко // Журн. НАМН України. — 2012. — Т. 18, № 1. — С. 81—91.
4. Гавриленко Т. Реформа перинатальної допомоги в Україні / Т. Гавриленко // З турботою про дитину. — 2010. — № 9. — С. 14—17.
5. Горбатюк О. М. Сучасний стан хірургії новонароджених в Україні та перспективи розвитку / О. М. Горбатюк // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. — 2011. — Т. 1, № 1. — С. 17—20.
6. Здоров'я населення України: вплив генетичних процесів / А. М. Сердюк, О. І. Тимченко, В. В. Єлагін В. В. [та ін.] // Журн. АМН України. — 2007. — Т. 13, № 1. — С. 78—92.
7. Знаменская Т. К. Приоритетные направления развития перинатальной службы в Украине / Т. К. Знаменская // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. — 2011. — Т. 1, № 2. — С. 6—11.
8. Про затвердження Концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги та плану реалізації заходів Концепції : наказ МОЗ України № 52 від 02.02.2011 р. [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.
9. Проблеми та перспективи організації медичної допомоги новонароджених у м. Чернівці // В. Н. Незборецький, Л. М. Мельничук, Ю. Д. Годованець, С. М. Сторожук // Неонатол., хірургія та перинатальна медицина. — 2012. — Т. II, № 1 (3). — С. 11—14.
10. Шунько Є. Є. Впровадження концепції подальшого розвитку перинатальної допомоги в Україні / Є. Є. Шунько // Неонатол., хірургія та перинатальна медицина. — 2011. — Т. I, № 1. — С. 10—16.

Современные реалии и перспективы неонатальной хирургической службы на Тернопольщине

Г.И. Корицкий, О.М. Горбатюк

КУТОР «Тернопольская областная детская клиническая больница», Тернополь, Украина

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

Резюме. Проанализирована динамика работы детской хирургической службы в Тернопольской области за последние 5 лет. Показаны структура младенческой, неонатальной и ранней неонатальной смертности; количество хирургических вмешательств и послеоперационная летальность у новорожденных; эффективность хирургической коррекции врожденных пороков развития и резервы усовершенствования работы хирургической службы.

Ключевые слова: хирургическая служба, новорожденные, смертность, врожденные пороки развития.

Modern realities and prospects of surgical services in ternopil

G. Korytskyi, O. Gorbatyuk

Ternopil Region Clinical Hospital, Ukraine

National Medical Academy of Post-Graduate Education named after P.L.Shupik, Ukraine

This article analyzes the dynamics of children's surgical services in Ternopil region over the past 5 years. The structure of infant, neonatal and early neonatal mortality, operational activity and post operational mortality, the effectiveness of surgical correction of congenital malformations and reserves the improvement of surgical services.

Key words: Surgical Service, newborns, mortality, congenital malformations.

Сведения об авторах:

Корицкий Григорий Иванович — гл. врач Тернопольской областной детской клинической больницы. Адрес: Тернополь, ул. Сахарова, 2; тел. (0352) 26-56-79
Горбатюк Ольга Михайловна — врач высшей категории — детский хирург, заслуженный врач Украины, д.мед.н., проф. каф. детской хирургии НМАПО им. П.Л. Шупика. Адрес: г. Киев, ул. Богатырская, 32.

Статья поступила в редакцию 7.04.2014 г.