



Т.Ю. Быковская, М.А. Шишов

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

*Ростовский государственный медицинский университет,
Кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья ФПК и ППС.
344022, Россия, г. Ростов-на-Дону, пер.Нахичеванский 29. E-mail: rostmedpravo@rambler.ru*

Цель: выделить триггерную группу нозологий у новорожденных, при воздействии на которую возможно снизить младенческую смертность, а также оценить наличие взаимосвязи развития осложнений и срока с момента рождения до перевода в хирургический стационар при врожденной кишечной непроходимости, обусловленной атрезиями.

Материалы и методы: изучены структура патолого-анатомических диагнозов детей первого года жизни с хирургическими заболеваниями за пятилетний период, а также историй болезней 95 новорожденных с атрезиями кишечной трубки с благоприятным исходом лечения.

Результаты: одной из триггерных групп являются врожденные пороки развития, сопровождающиеся непроходимостью пищеварительного тракта; при этом статистически достоверно выше частота развития осложнений в виде пневмонии в послеоперационном периоде у новорожденных с атрезиями тонкой кишки и высокими атрезиями прямой кишки, переведенных в хирургический стационар позже 24 часов с момента рождения.

Заключение: для снижения младенческой смертности необходимо установить нормативно-правовое требование о переводе в детский хирургический стационар новорожденных с атрезиями тонкой кишки и высокими атрезиями прямой кишки в течение первых 24 часов с момента рождения.

Ключевые слова: врожденный порок развития, кишечная непроходимость, младенческая смертность.

T.U. Bykovskaya, M.A. Shishov

CURRENT ISSUES OF NEWBORN CARE IN SURGICAL DISEASES

*Rostov State Medical University,
Department of health organization and public health.
29 Nakhichevanskiy st., Rostov-on-Don, Russia, 344022. E-mail: rostmedpravo@rambler.ru*

Purpose: to identify the trigger group nosology in newborns, acting on which it is possible to reduce infant mortality and to assess the links between the development of complications and the period from birth to transfer to the surgical ward in congenital intestinal obstruction due to atresia of the intestinal tube.

Materials and methods: the structure of the post-mortem diagnosis of infants with surgical diseases of the five-year period, as well as medical cards of 95 infants with atresia of the intestinal tube with a favorable outcome of treatment.

Results: one of the trigger groups are congenital malformations, accompanied by obstruction of the digestive tract; a statistically significantly higher incidence of complications such as postoperative pneumonia in infants with atresia of the small intestine and rectum high atresia transferred to the surgical ward after 24 hours of birth.

Summary: to reduce the infant mortality rate is necessary, including, establish regulatory requirements for a transfer to a children's hospital surgical neonates with atresia of the small intestine and colon atresia highest within the first 24 hours of birth.

Key words: congenital malformations, intestinal obstruction, infant mortality.



Вопросы охраны здоровья детей и подростков, а также качества оказанной им медицинской помощи носят общемировой характер и не теряют свою актуальность последнюю четверть века. В частности, согласно Указу Президента РФ от 07.05.2012 №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения», к 2018 г. необходимо обеспечить снижение младенческой смертности до 7,5 на 1 тыс. родившихся живыми. В «Федеральной целевой программе «Дети России» на 2007-2010 гг.» было отмечено, что только 30% новорожденных могут быть признаны здоровыми, около 2% новорожденных требуют оказания реанимационной помощи и интенсивной терапии. Ежегодно в России 5% детей рождаются с наследственными и врожденными болезнями. Особенностью здоровья детей первого года жизни является его высокая демографическая значимость, во многом определяющая потенциал здоровья населения. Проблема повышения качества медицинской помощи детям первого года жизни с хирургическими заболеваниями в современных экономических и социальных условиях требует эффективных решений. В Российской Федерации врожденные пороки развития в структуре младенческой смертности входят в первую тройку. При этом своевременное выявление врожденного порока не решает проблему, а требует разработки и структуризации последующих действий, направленных на снижение летальности. Успех хирургического лечения во многом зависит от ранней постановки диагноза, адекватности предоперационной подготовки и своевременного перевода ребенка в хирургический стационар. При своевременной и адекватной помощи на всех этапах у 90% новорожденных наблюдается благоприятный прогноз [1].

Целью работы - определение триггерной группы новорожденных, при воздействии на которую можно снизить младенческую смертность, а также оценить наличие взаимосвязи между развитием осложнений и сроком с момента рождения до перевода в хирургический стационар при врожденной кишечной непроходимости, обусловленной атрезиями.

Материалы и методы

Для достижения поставленной цели выполнено двухэтапное исследование. На первом этапе были отобраны 65 медицинских карт пациентов первого года жизни с летальными исходами, получавших медицинскую помощь в хирургическом отделении больницы № 20 г. Ростова-на-Дону за пятилетний период с 2008 по 2012 гг. (включительно). На данном этапе изучались распределение по возрасту, полу, частота случаев рождения в результате преждевременных родов, структура патолого-анатомических или заключительных клинических диагнозов (в случае отказа от проведения патолого-анатомического вскрытия). Вместе с тем, изолированное изучение летальных исходов применительно к деятельности отдельно взятого лечебно-профилактического учреждения, тем более такого структурного подразделения, как детское хирургическое отделение, не может быть достаточно информативным показателем, используемым для дальнейшего улучшения качества медицинской помощи новорожденным при хирургических заболеваниях. Для лучшего понимания механизмов развития терминаль-

ных состояний, правильной оценки допускаемых издержек в организации наблюдения и интенсивного лечения необходимо учитывать и анализировать не только случаи смерти, но и случаи успешного выведения из критического состояния, т.е. случаи «близкие к потере». На втором этапе методом случайной выборки были отобраны 95 истории болезни детей с врожденной кишечной непроходимостью, обусловленной атрезиями с благоприятными исходами лечения. Данная выборка была разделена на 4 группы в зависимости от заключительного клинического диагноза: атрезия 12-перстной кишки, атрезия подвздошной кишки, высокая атрезия прямой кишки, низкая атрезия прямой кишки. Во всех исследуемых группах фиксировались заключительный клинический диагноз, выполненное оперативное вмешательство, осложнения и длительность периода от рождения до перевода в больницу №20 города Ростова-на-Дону. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью метода определения достоверности различия неусредняемых относительных величин [2].

Результаты

Анализ летальных исходов выявил следующие особенности. Диапазон распределения по возрастам составил от 1 дня до 2,5 месяцев. Основная часть – 82% детей - погибает в течение первых двух недель жизни, при этом доля умерших в течение первой недели составляет 65% (50% мальчиков на 50% девочек). Распределение по полу - 45% девочек и 55% мальчиков. С учетом выявленных различий по гендерному признаку структура патолого-анатомических диагнозов исследовалась отдельно у мальчиков и у девочек.

Изучение летальных исходов у детей женского пола позволяет установить следующее. Первое место по частоте встречаемости (34,5%) занимает группа врожденных заболеваний, сопровождающихся непроходимостью пищеварительного тракта. В структуру данных заболеваний вошли атрезия пищевода с трахеопищеводным свищом (17, 25%); заболевания, характеризующиеся врожденной кишечной непроходимостью (17,25 (атрезия ануса (6,5%), атрезия двенадцатиперстной кишки (3,5%), синдром Ледда (3,5%), врожденная ворсинчатая аденома подвздошной кишки (3,5%)). У 100% детей отмечалось развитие осложнений в виде генерализованной внутриутробной инфекции и/или двусторонней пневмонии, и/или диффузного серозного перитонита. На втором месте по частоте встречаемости (28%) находится диафрагмальная грыжа. В исследуемой группе лиц женского пола, каждый третий ребенок родился в результате преждевременных родов, при этом у данной категории детей в 50% были выявлены атрезии.

Изучение летальных исходов у детей мужского пола позволяет установить следующее. Первое место по частоте встречаемости (47%) занимает группа врожденных заболеваний, сопровождающихся непроходимостью пищеварительного тракта. В структуру данных заболеваний вошли атрезия пищевода с трахеопищеводным свищом (28%), заболевания, характеризующиеся врожденной кишечной непроходимостью (19%) (атрезия прямой кишки (5,6%), мекониевый илеус (5,6%), атрезия двенадцатиперстной кишки, кольцевидная поджелудочная железа (2,8%), атрезия начального отдела тощей



кишки (2,8%), врожденный заворот тонкой кишки с некрозом (2,8%). Во всех случаях также отмечалось развитие осложнений в виде генерализованной внутриутробной инфекции и/или двусторонней пневмонии. На втором месте по частоте встречаемости (22%) находится диафрагмальная грыжа. В исследуемой группе лиц мужского пола каждый третий ребенок (36%) родился в результате преждевременных родов, при этом у данной категории детей в 38% была выявлена атрезия пищевода.

Сравнивая вышеприведенные группы умерших детей мужского и женского пола первого года жизни, получавших медицинскую помощь в условиях хирургического отделения мы выявили следующие общие закономерности. Основная часть детей (4/5 или 82%) погибает в течение первых двух недель жизни. При этом доля умерших в течение первой недели составляет более половины случаев (65%). Каждый третий ребенок в исследуемых группах родился в результате преждевременных родов. Структура и распределение по частоте первых двух наиболее часто встречающихся патологоанатомических диагнозов в обеих исследуемых группах одинакова. Первое место (42% среди всех умерших детей) занимают врожденные пороки развития, характеризующиеся непроходимостью пищеварительного тракта – чаще, чем у каждого третьего ребенка в исследуемой группе. Структура данных пороков развития примерно в равных долях представлена атрезией пищевода (55%) и пороками, характеризующимися врожденной кишечной непроходимостью (45%). Второе место (25% среди всех умерших детей) занимают врожденные диафрагмальные грыжи – каждый четвертый ребенок в исследуемой группе. У 100% детей отмечалось развитие осложнений, в том числе в виде пневмонии. Таким образом, выполненный анализ патолого-анатомических и заключительных клинических диагнозов позволил выявить наиболее частую группу нозологий, приводящих к летальному исходу – врожденные пороки развития, сопровождающиеся непроходимостью пищеварительного тракта. Как следствие, данная группа является триггерной и, воздействуя на неё, потенциально возможно добиться снижения младенческой смертности. Тот факт, что у исследуемой группы детей было установлено развитие пневмонии в 100% случаев, в том числе у новорожденных с врожденной кишечной непроходимостью, указывает на то, что профилактика развития данного осложнения может быть одним из путей способствующих достижению благоприятного исхода лечения.

В свою очередь, изучение осложнений, возникающих у пациентов первого года жизни, получавших медицинскую помощь в хирургическом отделении, в связи с наличием врожденной кишечной непроходимости, представленной атрезиями, позволило выявить следующие особенности.

Группу пациентов с атрезией 12-перстной кишки составили 24 пациента. У всех пациентов выполнялось оперативное вмешательство – наложение дуоденоэнтероанастомоза, длительность предоперационного периода варьировалась от 28 часов до 5 дней, при этом зависимости между длительностью предоперационного периода и развитием осложнений установлено не было. В зависимости от длительности периода с момента рождения до госпитализации были сформированы две равные по количеству исследуемых случаев подгруппы сравнения: подгруппа А-1 – новорожденные, поступившие в

течение 24 часов с рождения; подгруппа Б-1 – новорожденные, поступившие более, чем через 24 часа с момента рождения. Установлено, что в подгруппе А-1 частота развития осложнений в послеоперационном периоде составила 33% от общего числа случаев в подгруппе, при этом наиболее частым осложнением послеоперационного периода являлся парез желудочно-кишечного тракта. В подгруппе Б-1 частота развития осложнений в послеоперационном периоде составила 66%, наиболее частое осложнение – пневмония. При статистической обработке полученных показателей в части различия частоты осложнений в сравниваемых подгруппах установлен коэффициент достоверности 1,7, что свидетельствует о высокой достоверности ($p < 0.005$).

Группу пациентов с атрезией тонкой кишки составил 21 пациент. У всех пациентов на первом этапе выполнялось оперативное вмешательство в объеме резекции атрезированного участка, энтеростомии. Длительность предоперационного периода варьировалась от 3 до 72 часов, при этом зависимости между длительностью предоперационного периода и развитием осложнений установлено не было. В зависимости от длительности периода с момента рождения до госпитализации также были сформированы две подгруппы сравнения: подгруппа А-2 – новорожденные, поступившие в течение 24 часов с рождения (6 случаев) и подгруппа Б-2 – поступившие более, чем через 24 часа с момента рождения (15 случаев). В подгруппе А-2 частота развития осложнений в послеоперационном периоде составила 33%, при этом наиболее частым осложнением являлась пневмония. В подгруппе Б-2 частота развития осложнений равнялась 80%, наиболее частое осложнение – пневмония. Коэффициент достоверности равен 2,15, достоверность различия очень высокая ($p < 0.001$).

Группу пациентов с высокой атрезией прямой кишки составили 25 пациентов. У всех пациентов выполнялось наложение трансверзостомы. Длительность предоперационного периода варьировалась от 3,5 до 48 часов, при этом зависимости между длительностью предоперационного периода и развитием осложнений установлено не было. В зависимости от длительности периода с момента рождения до госпитализации были сформированы две подгруппы сравнения: подгруппа А-3 – новорожденные, поступившие в течение 24 часов с рождения (14 пациентов); подгруппа Б-3 – новорожденные, поступившие более, чем через 24 часа с момента рождения (11 пациентов). В подгруппе А-3 частота развития осложнений в послеоперационном периоде составила 28,5%, наиболее частое осложнение – пневмония. В подгруппе Б-3 частота развития осложнений равнялась 46%, наиболее частое осложнение – пневмония. Коэффициент достоверности равен 0,9, что соответствует удовлетворительной достоверности ($p < 0.05$).

Группу пациентов с низкой атрезией прямой кишки составили 25 пациентов. У всех пациентов выполнялась – промежуточная проктопластика. Длительность предоперационного периода варьировалась от 1,5 до 48 часов, при этом зависимости между длительностью предоперационного периода и развитием осложнений установлено не было. В зависимости от длительности периода с момента рождения до госпитализации были сформированы две подгруппы сравнения: подгруппа А-4 – поступившие в течение 24 часов с рождения (8 случаев); подгруппа Б-4 – поступившие более, чем через 24 часа с



момента рождения (17 случаев). В подгруппе А-4 частота развития осложнений в послеоперационном периоде составила 25%, при этом наиболее частыми осложнениями являлись парез и пневмония. В подгруппе Б-4 частота развития осложнений - 27%, наиболее частое осложнение - пневмония. Коэффициент достоверности равен 0,1, что говорит о недостоверности сравниваемых показателей.

Сравнение вышеприведенных данных свидетельствует о том, что у новорожденных с врожденной кишечной непроходимостью, обусловленной атрезией 12-перстной кишки, атрезией тощей кишки и высокой атрезией прямой кишки, частота развития осложнений в виде пневмонии в послеоперационном периоде статистически достоверно выше у пациентов, госпитализированных позже 24 часов с момента рождения. При этом 63% новорожденных с тремя вышеперечисленными нозологиями были переведены в хирургический стационар позже 24 часов с момента рождения. Этиология выявленной взаимосвязи требует дальнейшего изучения. Возможно, данный факт обусловлен тем, что в случае перевода ребенка позднее 24 часов с момента рождения соответственно увеличивается и количество «попыток» его кормления, что ведет к росту эпизодов рвоты и в свою очередь повышает вероятность развития аспирационной пневмонии.

Обсуждение

Правительством Российской Федерации в распоряжении от 09.12.2013 №2302-р «Об утверждении Программы развития перинатальных центров в Российской Федерации» было указано на то, что совершенствование перинатальной помощи должно осуществляться одновременно по 2 направлениям: через развитие инфраструктуры службы и с помощью оптимизации организационных моделей. Выполненное исследование позволяет выделить ряд общих принципов оптимизации организационных моделей на региональном уровне, применительно к новорожденным с хирургической патологией.

Выводы

1) В связи с тем, что каждый третий ребенок в исследуемой группе летальных исходов родился в результате преждевременных родов, необходимо акцентировать работу учреждений родовспоможения на профилактику данного осложнения гестационного процесса. Кроме того, особенности выхаживания недоношенных детей, имеющих хирургическую патологию, предполагает необходимость тесного организационно-структурного взаимодействия отделений детской (неонатальной) хирургии с отделениями реанимации и интенсивной терапии новорожденных, а также патологии новорожденных и недоношенных детей.

2) Учитывая, что более половины случаев (65%) из исследуемой группы летальных исходов погибла в течение первой недели, необходим приоритет развития неонатальной хирургии, в том числе посредством разработки соответствующих клинических рекомендаций (протоколов лечения), обеспечения необходимого материально-технического оснащения и кадрового обеспечения.

3) Принимая во внимание тот факт, что первое место в исследуемой группе летальных исходов занимают врожденные пороки развития, характеризующиеся непроходимостью пищеварительного тракта, данная группа является триггерной и требует особого мониторинга как со стороны руководства медицинской организации, так и органов управления здравоохранением на уровне местного самоуправления.

4) В связи с тем, что развитие пневмонии у новорожденных с атрезиями 12 перстной и тонкой кишки, а также высокими атрезиями прямой кишки достоверно выше в группе пациентов, поступивших в хирургический стационар позже 24 часов с момента рождения, необходимо выстраивание организационных моделей, направленных на своевременный перевод ребенка в хирургический стационар и на профилактику развития данного осложнения.

Заключение

Одной из особенностей оказания медицинской помощи новорожденным, особенно из группы недоношенных, является то, что принимаемые врачом действия (бездействие) в ряде случаев связаны с риском наступления неблагоприятных последствий. Как следствие с целью исключения рисков, связанных с «человеческим фактором», необходима нормативно-правовая регламентация деятельности медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь новорожденному, в том числе с хирургической патологией. При этом теория и организация системы клинического управления в силу своих возможностей должна исходить из практики [3]. В настоящее время, приходится констатировать, что порядки оказания медицинской помощи, регулирующие в силу части 3 статьи 37 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» этапы оказания медицинской помощи, а также правила организации деятельности врача, не содержат требований к максимальному периоду времени, в течение которого новорожденный с соответствующей хирургической патологией должен быть переведен в хирургический стационар. Вместе с тем проведенное исследование позволяет сделать предложение о необходимости установления нормативно-правового требования о переводе в детский хирургический стационар новорожденных с атрезиями тонкой кишки и высокими атрезиями прямой кишки в течение первых 24 часов с момента рождения.

ЛИТЕРАТУРА

- Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А. Детская хирургия на пороге 21 века// Детская хирургия. -2001. - № 1. - С.4 - 7.
- Бенсман В.М. Облегченные способы статистического анализа в клинической медицине. – Краснодар:издательство КГМА, 2002.- 32 с.
- Вялков А.И., Кучеренко В.З., Вадосанидзе С.Л. Методологические и методические основы клинического менеджмента // ГлавВрач. - 2007. - № 7. - С. 71-82

ПОСТУПИЛА 23.05.2014