

О.А. Михайлуц, А.П. Фокин

МУЗ Детская городская клиническая больница № 5,
г. Кемерово

ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ПРЕНАТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА В КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Проведен анализ 591 случая врожденных пороков развития (ВПР), выявленных при пренатальном ультразвуковом скрининге. Установлена структура ВПР по возрасту беременных, срокам гестации, порядковым номерам беременности и родов. Показано, что высокий удельный вес имеют ВПР мочеполовой, сердечно-сосудистой и нервной систем. Развивающиеся ВПР относятся преимущественно к средней категории тяжести. Определена структура по течению и исходам родов при ВПР. Установлено, что в 16,2 % случаев беременность прерывалась искусственно в связи с ВПР, родились живыми с ВПР 74,9 % детей.

Ключевые слова: врожденные пороки развития,
пренатальный ультразвуковой скрининг.

591 cases of congenital developmental defects (CDDs) revealed by perinatal ultrasound screening had been analysed. The pattern of CDDs according to the age of pregnant women, gestation terms, the numeral succession of pregnancy delivery was established. The high rate of CDDs was shown for urogenital, cardiovascular and nervous systems. The developing CDDs are mostly related to medium category of severity. The pattern including the course and the outcome of deliveries with CDDs 16,2 % of pregnancies were determined to be interrupted artificially because of CDDs, 74,9 % of newborn were born alive.

Key words: congenital developmental defects, perinatal ultrasound screening.

Стабильно высокий уровень врожденных пороков развития (ВПР) в Кемеровской области является актуальной медико-социальной проблемой [1]. Это обусловлено тем, что ВПР влияют на перинатальную и младенческую смертность, инвалидность детей, требуют значительных финансовых затрат на проведение лечебно-реабилитационных мероприятий. Для своевременного выявления ВПР внедряется пренатальный ультразвуковой скрининг (ПУЗС), позволяющий диагностировать ВПР на ранних сроках беременности, идентифицировать их тяжесть и планировать проведение лечебных мероприятий.

В Кемеровской области ПУЗС внедрен более 10 лет назад. За эти годы были решены многие вопросы его организационного, кадрового, материального и методического обеспечения, включая разработку ряда инструктивно-методических документов [2, 3]. В то же время, остаются недостаточно изученными особенности развития ВПР в связи с рядом социально-гигиенических факторов.

Цель работы — комплексная оценка, с социально-гигиенических и лечебно-диагностических пози-

ций, случаев развития ВПР плода у беременных женщин по результатам ПУЗС.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В методическом отношении в основу работы положены 591 случай ВПР плода, диагностированных при ПУЗС в перинатальных центрах и лечебно-профилактических учреждениях Кемеровской области в 2006 г. и 2007 г. Использованная компьютерная база данных о зарегистрированных случаях ВПР включала паспортные и клиничко-диагностические сведения о беременных женщинах, сроках, видах и тяжести ВПР, проводимых лечебно-профилактических мероприятиях.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ возрастной структуры беременных женщин с пренатальным диагнозом ВПР свидетельству-

ет о том, что наибольшая частота ВПР приходилась на возраст 20-25 лет, затем, в порядке уменьшения удельного веса, — на возраст 30 лет и старше, 26-29 лет и до 20 лет (рис. 1).

Из числа беременных женщин, у плодов которых выявлены ВПР, замужем были 34,7 %.

Что касается места жительства беременных женщин с пренатальным диагнозом ВПР, то из них проживали в г. Кемерово 23,7 %, в Новокузнецке — 19,1 %, в средних и малых городах (Анжеро-Судженск, Белово, Киселевск, Ленинск-Кузнецкий, Междуреченск, Осинники, Юрга) — 34,7 % и на остальных 16 территориях, преимущественно сельских, — 22,5 %.

Заслуживает внимания структура порядковых номеров беременности и предполагаемых или состоявшихся родов при выявленных ВПР. По удельному весу на первую беременность пришлось 44,8 %, на 2-ю — 19 %, на 3-ю — 16,7 %, на 4-ю — 10,3% и на 5-ю беременность — 9,2 % ВПР. В то же время, 61 % ВПР возникли при первых родах, 30,2 % — при вторых родах, и только 8,8 % — при третьих родах. Ситуация, при которой основная часть ВПР развивалась, с одной стороны, при второй и последующих беременностях, а с другой стороны, при первых ро-

дах, может свидетельствовать о том, что прерываемые беременности выступают фактором риска ВПР.

Представляет интерес структура ВПР по сезону года при наступлении беременности. Из данных рисунка 2 видно, что наибольший удельный вес имеют ВПР, развивающиеся при наступлении беременности летом и весной. Это, по-видимому, обусловлено формированием ВПР в неблагоприятные сезоны года (поздняя осень, зима), когда может снижаться резистентность организма матери.

В структуре ВПР наибольший удельный вес приходится на пороки и аномалии развития мочеполовой системы, сердечно-сосудистой и центральной нервной системы, а также множественные врожденные пороки развития (табл. 1). Реже возникают ВПР костно-мышечной системы, пуповины, лица и шеи, новообразования. Относительно редко развиваются ВПР органов пищеварения, водянка плода.

По категории тяжести среди ВПР отнесены к тяжелым 7,6 %, средней тяжести — 54,9 %, легким — 22,5 % и малозначимым при ультразвуковом обследовании — 15 %.

Более высокий удельный вес тяжелых по категории ВПР отмечается при ВПР центральной нер-

Рисунок 1
Возрастная структура женщин, у плодов которых выявлены ВПР

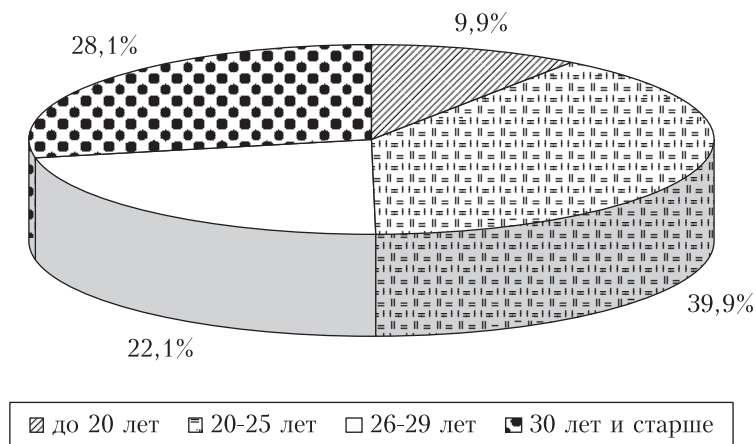


Рисунок 2
Структура ВПР по сезонам года наступления беременности

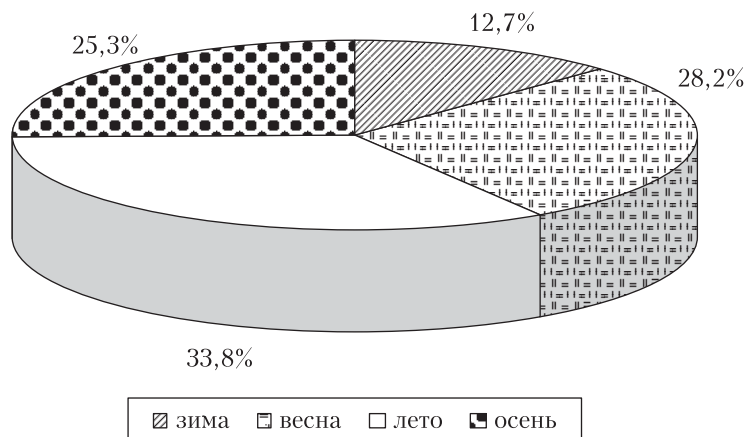


Таблица 1

Структура по пренатальному диагнозу врожденных пороков развития (ВПР) в Кемеровской области в 2006–2007 гг.

Вид ВПР	%
Пороки центральной нервной системы	15,5
Пороки лица и шеи	5,1
Пороки сердечно-сосудистой системы	18,1
Пороки органов пищеварения	1,5
Пороки мочеполовой системы	18,2
Пороки костно-мышечной системы	10,8
Водянка плода	1,7
Множественные врожденные пороки развития	13,6
Хромосомные аномалии	1,5
Новообразования плода	5,8
Врожденные пороки пуповины	7,6
Новообразования пуповины и плаценты	0,6

вной системы и множественных (табл. 2). В пределах 57,1–91,7 % доминируют средние по категории тяжести ВПР лица и шеи, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, мочеполовой системы, костно-мышечной системы, новообразования плода. Легкие по категории тяжести чаще наблюдаются ВПР пуповины, водянка плода, костно-мышечной и половой систем.

Анализ особенностей выявления ВПР при ПУЗС показал следующее. При ультразвуковых обследованиях, проводимых лечебно-профилактическими учреждениями по месту жительства в сроки беременности 12–17 недель и 23–26 недель, были выявлены только 6,9 % и 10,1 % ВПР, соответственно (табл. 3). При этом лишь в 9,7 % случаев и 26,2 % случаев заподозрены ВПР, а 83,4 % ВПР при сроках беременности 12–17 недель и 67,3 % ВПР при сроках беременности 23–26 недель не выявлялись. В то же время, при ультразвуковых обследованиях, выполняемых в специализированных перинатальных центрах, в сроки беременности 23–27 недель выявлены 64,9 % ВПР, в 18,1 % случаев диагнозы ВПР были подтверждены, уточнены и заподозрены, и в 7 % случаев ВПР не были распознаны.

Роды у женщин, потомство которых имело ВПР, характеризовались следующим. В 71,9 % случаев наблюдались срочные роды, запоздалые и преждевременные роды происходили значительно реже, а к искусственному прерыванию беременности в связи с ВПР прибегали в 16,2 % случаев (рис. 3).

По исходам родов при ВПР родились живыми 74,9 % детей, смерть до начала ро-

дов отмечалась в 25,1 % случаев, и в течение 7 суток после родов умерли 6,9 % детей с ВПР. У родившихся живыми детей с ВПР масса тела составила, в среднем, 3170 ± 68 г, рост — $51,5 \pm 0,4$ см.

ВЫВОДЫ:

1. Диагноз врожденного порока развития при пренатальном ультразвуковом скрининге более вероятен у беременных женщин в возрасте 20–25 лет и старше 30 лет, имевших в анамнезе прерывание беременности, при наступлении настоящей беременности весной и летом.
2. Более часто развиваются врожденные пороки развития мочеполовой, сердечно-сосудистой и центральной нервной систем. Преобладающими являются врожденные пороки развития средней категории тяжести.
3. Проведение ультразвуковых обследований при сроках беременности в 23–27 недель в специализированных отделениях перинатальных центров более чем в 2 раза повышает выявляемость врожденных пороков развития, по сравнению с аналогичным обследованием в лечебно-профилактических учреждениях.

Таблица 2

Структура по категории тяжести различных видов врожденных пороков развития в Кемеровской области в 2006–2007 гг.

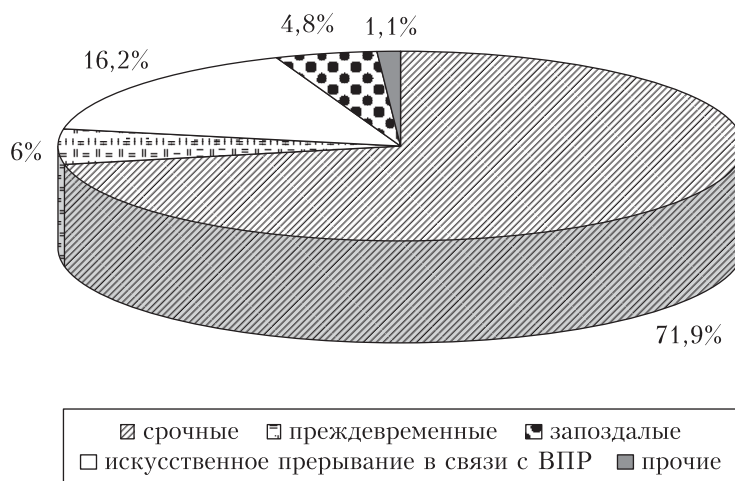
Виды ВПР	Категория тяжести, %		
	1 (тяжелые)	2 (средней тяжести)	3 (легкие)
Пороки центральной нервной системы	40,9	52,3	6,8
Пороки лица и шеи	0	91,7	8,3
Пороки сердечно-сосудистой системы	12,9	68,3	18,8
Пороки органов пищеварения	14,3	85,7	0
Пороки мочеполовой системы	7,2	57,1	35,7
Пороки костно-мышечной системы	2,4	65,9	31,7
Водянка плода	14,3	57,1	28,6
Множественные врожденные пороки развития	32,1	67,9	0
Хромосомные аномалии	14,3	57,1	28,6
Новообразования плода	0	77,8	22,2
Врожденные пороки пуповины	4,6	4,6	90,8

Таблица 3

Показатели выявления врожденных пороков развития при различных сроках беременности по данным пренатального ультразвукового скрининга

Показатели	% случаев		
	Лечебно-профилактические учреждения		Перинатальные центры
	12–17 недель	23–26 недель	23–27 недель
ВПР выявлен впервые	6,9	10,1	64,9
ВПР заподозрен	9,7	26,2	6,7
ВПР подтвержден	-	-	9,6
ВПР уточнен	-	-	1,8
ВПР не выявлен	83,4	63,7	7,0

Рисунок 3
Структура родов при ВПР



4. При наличии ВПР следует ожидать необходимость искусственного прерывания каждой шестой бере-

менности и рождения живыми трех из четырех детей с ВПР.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Состояние здоровья населения и среда обитания в Кемеровской области по результатам социально-гигиенического мониторинга (информационно-аналитический обзор). – Кемерово, 2007. – 180 с.
2. Организация и проведение пренатального ультразвукового скрининга беременных в регионе с экологическим неблагополучием: методические рекомендации. – Кемерово, 1999. – 31 с.
3. Оценка медико-социальной эффективности пренатального ультразвукового скрининга на территориях: методические указания. – Кемерово, 1999. – 19 с.

ДОЛЬШЕ ДОХОДИТ, НО ПОЛНЕЕ ВОСПРИНИМАЕТСЯ

Шутка юмора доходит до женщин медленнее, чем до сильной половины человечества. Чтобы это доказать, пришлось изучить работу головного мозга во время восприятия юмора. Как выяснили врачи Центра междисциплинарных исследований мозга при Стэнфордском университете в Калифорнии, когда женщина оценивает ту или иную шутку, в ее мозгу функционирует большее число его частей, чем в мозгу мужчины. В случае с женщиной это происходит так: услышанное проходит через предлобную кору, в которой обрабатывается речь, и мезолимбическую систему, которая представляет собой центр удовольствия или вознаграждения. Этот центр отвечает за такие чувства, как удовлетворенность от зарабатывания денег и употребления наркотика. Чувство юмора женщины основывается на языковой обработке информации, ее анализ происходит более глубоко, чем у мужчин. Ожидание приятных ощущений от визуального ряда у женщин не столь сильно, в отличие от мужчин, зато, получив радость, женщины проживают ее более полно и глубоко. Вот почему женщина способна на продолжительный смех, если после долгих усилий ей все-таки удалось проникнуть в суть шутки.

Источник: Medplaneta.ru