

УДК 572

Член-корреспондент АН Республики Таджикистан М.Ф.Додхоева, В.Ю.Мельникова

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ВРОЖДЁННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ
НОВОРОЖДЁННЫХ***Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино*

Результаты исследований показали, что пациентки, родившие детей с врождёнными пороками развития, оказались в молодом возрасте, каждая пятая из них указала на родственный брак, почти все были домохозяйками и малообразованными, не посещали Центры репродуктивного здоровья и не прошли скрининг для выявления пороков развития, страдали двумя и более экстрагенитальными заболеваниями, в том числе инфекционными. Прегравидарная подготовка пациенток, их оздоровление, выявление пороков развития плода скринингом в ранние сроки и своевременное прерывание беременности могут способствовать в более половине случаев снижению частоты рождения детей с различными уродствами.

Ключевые слова: врождённые пороки развития – беременность – антенатальное наблюдение – скрининг.

Одной из актуальных проблем современного акушерства является рождение детей с врождёнными пороками развития (ВПР), не имеющее тенденции к снижению.

Под врождёнными пороками развития (ВПР), или эмбриофетопатиями, понимают совокупность различных отклонений от нормального строения и функционирования организма, возникающих в процессе внутриутробного развития как локализованный неправильный морфогенез (Berry, 1987; Smith, 1975). Эти отклонения от нормы обнаруживаются у детей уже при рождении *ad oculus* и касаются черепа, лица, грудной клетки, конечностей и внутренних органов [1].

Любое заболевание, возникающее на ранних стадиях эмбриогенеза, несёт в себе определённый риск для развивающегося эмбриона. При этом имеется в виду, что повреждающим эмбрион фактором может быть не только само заболевание, но и те медикаментозные средства, которые используются для его лечения [2]. По показателям городского родильного дома №3, где проведены наши исследования, частота эмбриофетопатий за 2000 г. составила 0.54% от общего числа родов, а за 2010 г. этот показатель был равен 0.83%, это свидетельствует о том, что частота эмбриофетопатий не имеет тенденции к снижению, и наоборот, постоянно увеличивается (рис.1).

Известно, что генетические факторы вносят существенный вклад в антенатальную и перинатальную смертность. По данным ВОЗ, около 4-5% новорожденных страдают наследственной патологией и около 60% спонтанных аборт происходят вследствие хромосомных aberrаций. Среди мертворождённых и детей с врождёнными пороками развития значительное количество составляют ин-

Адрес для корреспонденции: Мельникова Вероника Юрьевна. 734003, Республика Таджикистан, г.Душанбе, пр.Рудаки, 139, Таджикский государственный медицинский университет.
E-mail: veronika.melnikova.86@mail.ru

дивидуумы с хромосомными аномалиями. В структуре заболеваемости этих детей преобладает психоневрологическая патология, почти треть которой – тяжёлые органические поражения ЦНС (гидроцефалия, анэнцефалия, спинномозговая грыжа, синдром Дауна и др.) [3, 4].

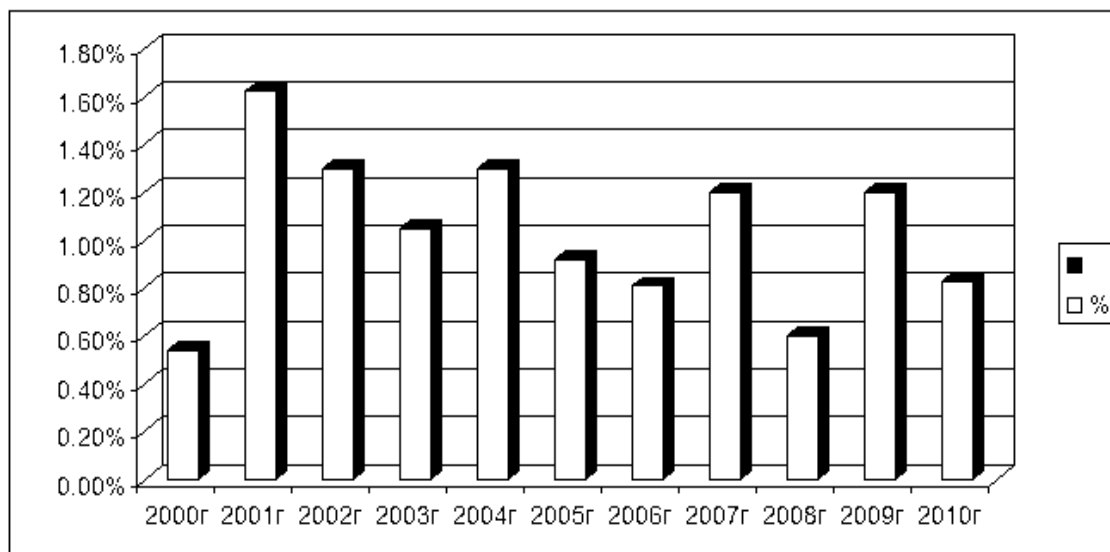


Рис. 1. Частота эмбриофетопатий за 2000-2010 гг. по РД № 3.

Несмотря на активное внедрение современных перинатальных технологий, в Республике Таджикистан в последние годы отмечается увеличение частоты патологического течения беременности, родов и постнатального периода у новорожденных.

Патологическое течение беременности вызывает выраженное напряжение в деятельности регуляторных гомеостатических механизмов материнского организма, следствием чего является нарушение развития плода, приводящее к рождению детей с ВПР или разнообразных форм полиорганной недостаточности. Эти обстоятельства значительно повышают роль и участие акушеров-гинекологов и врачей функционалистов в ранней диагностике и профилактике ВПР на раннем этапе развития плода [3].

Целью данной работы явилось изучение медико-социальных аспектов врождённых пороков развития на современном этапе, а также частоты и структуры этой патологии.

Методы исследования

Проведён ретроспективный анализ 426 историй родов женщин с эмбриофетопатией за 10 лет (2000-2010 гг.) Исследование проводилось на базе Городского родильного дома №3 г. Душанбе. На каждую роженицу заполняли разработанную карту обследования, которая позволила осуществлять учёт клинических данных и результатов дополнительных методов исследования. В них были разработаны следующие сведения: возраст, паритет, предшествующие и сопутствующие заболевания, репродуктивный анамнез, течение и исход настоящей беременности, перинатальная патология и оценка новорождённых.

Результаты и их обсуждение

Как было указано выше, было проанализировано 426 историй родов с ВПР за период 2000-2010 гг. Максимальная частота эмбриофетопатий пришлась на 2001-2002 гг. Выяснилось, что в 2001-

2002 гг. среднегодовая и максимальная температуры имели максимальное значение. С ростом максимальных температур увеличилось число дней с температурой $\geq +40^{\circ}\text{C}$, достигая в Южном Таджикистане до $47-50^{\circ}\text{C}$ [5]. Описываемая патология имела высокие значения именно в эти годы.

Возраст обследованных женщин составил от 18 до 40 лет. Пациентки юного репродуктивного возраста (до 20 лет) составили 20.0%, активного репродуктивного возраста (20-34 лет) – 82.3%, позднего репродуктивного возраста (35 лет и более) – 5.9%. При изучении паритета выявлено, что большинство обследованных женщин оказались первородящими – 52.9%, повторнородящих (2 – 3 родов) было 35.3% и многорожавших (4 родов и более) – 11.8%. Следовательно, молодой возраст и паритет беременных женщин – первая беременность и роды – относятся к факторам развития эмбриопатий.

Преобладающее большинство женщин, беременность которых закончилась рождением плода с ВПР, составили домохозяйки – 94.1% со средним или начальным образованием; и лишь две женщины оказались операторами телефонной связи – 5.9%. Это не потому, что они домохозяйки, а потому что в ранние сроки беременности не обследованы и не прервана беременность при выявлении пороков развития. Анализ показал, что 41% пациенток с эмбриопатией не были охвачены антенатальным уходом. Этот факт ещё раз указывает на то, что необходимо усилить прегравидарную подготовку и качество антенатального ухода среди домохозяек, своевременно проводить ультразвуковой скрининг с целью выявления порока развития плода и прерывания беременности в ранние сроки при подтверждении патологии.

Анализ репродуктивной функции среди женщин, родивших детей с ВПР, показал, что большинство из них были рождены от первого брака – в 82.4% случаев, от второго брака – 17.6% случаев. Родственный брак отмечен в 23.5% случаев – это означает, что каждая пятая пациентка, которая родила ребенка с врождённым пороком развития, оказалась в браке с родственником. На раннее начало половой жизни (до 20 лет) указали 41.2% анализируемых женщин. Немаловажным фактором является то, что зачатие детей с эмбриопатиями происходило в 33.3% случаях в зимний период года (декабрь - февраль).

Интересным явилось и то, что у 41% пациенток, родивших детей с эмбриопатией, была установлена A(II) резус-положительная группа крови. Этот факт также требует детального изучения взаимосвязи врождённых пороков развития с группой крови матери.

Анализ структуры перенесённых и сопутствующих беременности экстрагенитальных заболеваний показал, что из перенесённых заболеваний преобладали инфекционные заболевания: острые респираторные вирусные заболевания – 93.8%, кариес зубов – 84.5%, хронический тонзиллит – 41.3%. Основной патологией, на фоне которой наступила и развивалась беременность, оказалась анемия – 85.6%. Йоддефицитные заболевания сопутствовали беременности в 80%, дефицит массы тела – 58.6%, заболевания почек – 58.6%. Следовательно, наличие двух и более очагов хронической инфекции на фоне анемии, йоддефицитных заболеваний, дефицита массы тела, заболеваний почек относится к группе экстрагенитальной патологии, которая представляет риск по развитию врождённых пороков развития. Из осложнений беременности следует отметить многоводие – 64.7%.

Нами была изучена структура и частота врождённых пороков развития, которая оказалась довольно многообразной и охватывала почти все органы и системы (табл).

Таблица

Структура эмбриофетопатий

Нозологическая форма	Число	%
Гипоспадия	50	12
Полидактилия	45	10.5
Врождённый порок сердца	42	9.8
Полная расщелина неба и незаращение губы	41	9.6
Множественные ВПР	41	9.6
Врождённая косолапость	31	7.3
Синдром Дауна	29	6.8
Гидроцефалия	25	5.8
Spina bifida	24	5.6
Атрезия пищевода	13	3.1
Омфалоцеле	13	3.1
Атрезия ануса	11	2.5
Врождённая деформация пальцев рук	9	2.1
Кишечная непроходимость	8	1.9
Врождённая кривошея	8	1.9
Аномалии развития ушной раковины	8	1.9
Двухсторонний крипторхизм	8	1.9
Микроцефалия	6	1.4
Энцефалоцеле	4	0.9
Врождённый ихтиоз плода	4	0.9
Анэнцефалия	3	0.7
Трахеопищеводный свищ	2	0.5
Болезнь Гиршпрунга	1	0.2
Всего	426	100

Как видно из таблицы, структура врождённых пороков развития многообразна и большинство из них выявлять в ранние сроки беременности методом ультразвукового скрининга существующей в стране аппаратурой крайне затруднительно. Но все же, такие грубые аномалии развития, как гидроцефалия, спина Бифида, анэнцефалия, микроцефалия, множественные пороки развития и др., которые встречаются довольно часто, можно распознать в ранние сроки беременности ультразвуковым исследованием. Следовательно, почти в половине случаев путём прерывания беременности можно предотвратить рождение детей с ВПР. Поэтому правильно организованное антенатальное наблюдение с проведением скрининга в 20 недель беременности является главным резервом профилактики рождения детей с эмбриофетопатией. Немаловажную роль играет и прегравидарная подготовка пациенток. Оздоровление женщин перед наступлением запланированной беременности, приём фолиевой кислоты за месяц до наступления беременности и в первые два месяца беременности как средства, предотвращающего пороки развития нервной трубки, психоэмоциональная подготовка пациентки, регулярный и качественный антенатальный уход, организация консультирования по питанию, профилактике инфекции, здоровому образу жизни и другие являются необходимыми условиями профилактики рождения детей с врождёнными пороками развития.

Таким образом, результаты проведённых исследований показали, что большинство пациенток, родивших детей с пороками развития, составили женщины молодого возраста и беременность у

них была первая, каждая из пяти пациенток указали на родственный брак, более 90% были домохозяйками и малообразованными и не посещали Центры репродуктивного здоровья, у 1/3 зачатие происходило в зимний период года, у более половины диагностировано наличие двух и более очагов хронической инфекции на фоне анемии, заболевания почек и др. Дискутабельными и требующими углубленного изучения факторами, способствующими рождению детей с врождёнными пороками развития, являются климатические изменения и взаимосвязь с группой крови. Правильно организованная прегравидарная подготовка пациенток, особенно молодых женщин, антенатальное наблюдение и правильный уход за беременными женщинами, ультразвуковой скрининг в ранние сроки беременности, своевременное выявление пороков развития плода и прерывание беременности могут способствовать значительному снижению частоты рождения детей с различными уродствами.

Поступило 30.11.2012 г.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Филипов О.С., Казанцева А.Л. – Акушерство и гинекология, 2005, №1, с.13-17.
2. Wilson J.G. – Handbook of Teratology. – New York, 1977, №1 с.309-315.
3. Барашнев Ю.И., Бахарев В.А. Эмбриофетопатии. Диагностика и профилактика аномалий центральной нервной системы и скелета. – М.: Триада-Х, 2010, с.37.
4. Барашнев Ю.И., Бахарев В.А., Новиков П.В. Диагностика и лечение врождённых и наследственных заболеваний у детей. Путеводитель по клинической генетике. – М.: Триада-Х, 2004, с.15-17.
5. Каюмова Д.А. Особенности течения беременности, родов и перинатальных исходов у женщин с учётом климатических изменений. Автореф. дисс...к.м.н. – Душанбе, 2011, 22 с.

М.Ф.Додхоева, В.Ю.Мелникова

САБАБҲОИ ТИББӢ-ИҚТИМОИИ НУҚСОНҲОИ МОДАРЗОДИИ АФЗОИШИ ТИФЛ ВА ТАРКИБИ ОНҲО

Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино

Натиҷаи таҳлил нишон дод, ки занони тифли нуқсондор таваллудкарда синну соли ҷавон доштанд, дар никоҳи ҳешу табор буданд, хонанишин ва маълумоти паст доштанд, ба марказҳои солимии репродуктивӣ муроҷиат намекарданд ва скринингро барои муайян кардани нуқсони инкишоф нагузаштаанд. Тайёрии пеш аз ҳомилагӣ, солимгардонии занони ҷавон, дар муҳлатҳои хурди ҳомилагӣ аз скрининг гузаштан ва дар мавриди тифли нуқсондор ҳомилагиро барвақт қатъ қунонидан метавонад таваллуди нисфи зиёди кӯдакони нуқсондорро пешгирӣ кунад.

Калимаҳои калидӣ: нуқсонҳои модарзодии афзоиши – ҳомилагӣ – нигоҳубини антенаталӣ – скрининг.

M.F.Dodkhoeva, V.U.Melnikova**MEDICO-SOCIAL ASPECTS OF CONGENITAL DEVELOPMENT DEFECT*****Abuali ibn Sino Tajik State Medical University***

The results of researches show that the patients having newborns with congenital development defects were young. Every 5-th of them has related marriage. Most of them were housewives without higher education, they did not visit the Center of reproductive health. Also they did not have screening for diagnostics congenital defects, they had 2 or more extragenital diseases, including infection diseases. Pregravid preparation of patients, treatment, and diagnostics of congenital development defects after screening in the early weeks of pregnancy will help to decrees the frequencies of birth with newborns with congenital development defects in most cases.

Key words: *congenital development defect – pregnancy – antenatal medical supervision – screening.*