

УДК 618.33 (575.2) (04)

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА У ЖЕНЩИН С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Д.А. Умарбаева

Рассматриваются вопросы частоты и структуры возникновения пороков развития у плода, определяются факторы риска в течение гестационного процесса.

Ключевые слова: пороки развития плода; патология беременности.

Одной из основных задач охраны здоровья материнства и детства является снижение перинатальной заболеваемости и смертности. Изменение возрастной структуры беременных, отсутствие естественного отбора у вида *homo sapiens*, а также влияние социально-экономических и экологических факторов стали ведущими причинами возрастания патологического течения беременности [1–5]. Большинство осложнений беременности и заболеваний матери приводит к нарушению функционального состояния плода. В связи с этим высокую распространенность имеет перинатальная патология, которая регистрируется у 39% новорожденных и является основной причиной младенческой смертности, а также последующей стойкой инвалидизации детей [6–8].

Снижение качества окружающей среды, увеличение числа техногенных катастроф и зон с неблагоприятной экологической ситуацией, увеличение числа синтетических и генетических продуктов питания становится реальной угрозой жизни и здоровья человека и, в первую очередь женщины и ребенка. Репродуктивная система женщины особо чувствительна к воздействию различных неблагоприятных факторов. Понятие репродуктивной системы включает в себя также, в определенной степени, внутриутробное состояние плода и соответственно дальнейшее развитие в детском и подростковом возрасте, поскольку воздействие неблагоприятных факторов на плод может, в зависимости от срока гестации, спровоцировать формирование порока развития [9, 10].

Уникальные природно-климатические условия Кыргызстана и в связи с этим особые отрасли сельского хозяйства и промышленности обуславливают формирование определенных неблагоприятных факторов воздействия на человека. Поэтому целью исследования явилось изучение

частоты и структуры пороков развития плода у жительниц города Бишкек.

Для этого нами были выкпированы 6795 историй беременности и родов женщин, поступивших в клинический родильный дом №2 (г. Бишкек) в связи с беременностью и родами. Из этих историй было выявлено 100 случаев (14,7‰) различных модельных пороков развития плода.

Средний возраст женщин составил $23,5 \pm 3,7$ года и колебался в пределах от 18 до 42 лет.

При изучении менструальной функции было выявлено, что раннее становление менструальной функции (в 10–11 лет) отмечено у 6% женщин, своевременное – в 12–14 лет – у 77% женщин, позднее в 15–18 лет – у 17% женщин. Из них нарушения менструального цикла отмечали всего 3% женщин.

При анализе начала половой жизни было установлено, что в возрасте от 16–18 лет половую жизнь начали 21% пациенток, в 19–21 год – 39%, в 22–28 лет – 36%; при этом в возрасте старше 30 лет 4% женщин.

Анализ акушерского анамнеза показал, что первобеременных женщин было 40%, повторнобеременных – 51%, из них имеющих в анамнезе одни роды – 29%, двое родов в анамнезе указывали 10% женщин, трое родов и более – 12%; нерожавших – 9% женщин. Следует отметить, что 20% женщин в анамнезе имели медицинское прерывание беременности, из них 1–2 аборта было у 18%, более двух аборт – у 2% женщин. У 15% женщин были самопроизвольные выкидыши, у 3% – неразвивающаяся беременность.

Изучая анамнестические данные, нами было установлено, что на наличие хронических заболеваний в анамнезе указывали все женщины.

Структура соматических заболеваний распределена следующим образом: анемия – 52%, воспалительные заболевания мочевыводящей системы – 22, заболевания ЖКТ (хр. гастрит, хр. панкреатит, хр. холецистит) – 11, ХОЗЛ – 7, сосудистые расстройства: ВСД – 4%, варикозная болезнь – 3, эндокринопатии: ДУЩЖ – 5, декомпенсированный СД I типа – 1%.

Гинекологические заболевания в анамнезе были у 66% женщин, из них воспалительные заболевания у 56% (кольпиты – 46%, аднекситы, кисты – 10%), эрозия шейки матки – у 10%. В одном случае у женщины была выявлена миома матки.

Носительство ВПГ, ЦМВ было обнаружено – у 8% женщин, 2% женщин отмечали в анамнезе LUIS.

Нами установлено при УЗ-исследовании, что у 37% женщин были впервые выявлены пороки развития плода, из них 29% были прерваны по медицинским показаниям, 8% женщин были предупреждены о пороках развития плода, но отказались от прерывания и у них беременность была завершена родоразрешением. В 63% случаев порок развития плода явился случайной диагностической находкой после родов (табл. 1).

Как видно из табл. 1, чаще всего диагностировались пороки центральной нервной системы (18 случаев), поскольку формирование ЦНС завершается к 18–22 неделям и оптимальным диагностическим критерием определения пороков развития плода при УЗ-диагностике является из-

мерение шейно-воротниковой складки у плода. Заболевания сердечно-сосудистой системы зачастую являлись диагностической находкой уже после рождения ребенка (29 случаев), поскольку сердечно-сосудистая система претерпевает функциональные изменения на протяжении всей беременности, что затрудняет своевременную диагностику пороков развития у плода [6, 9–11]. В 8 случаях (из которых 3 – множественные пороки развития плода), когда были диагностированы пороки развития плода на ранних сроках, женщины отказались от прерывания беременности по религиозным убеждениям.

Таким образом, чаще всего встречаются пороки сердечно-сосудистой системы, на втором месте – пороки центральной нервной системы, на третьем – органов пищеварения.

Одним из факторов риска формирования пороков развития плода является возраст родителей, чем старше женщина, тем выше у нее риск. Особую группу риска составляют женщины старше 35 лет [11, 12].

Согласно полученным нами данным, установлено, что частота встречаемости пороков развития плода у женщин старше 35 лет и женщин более раннего возраста не отличается.

Среди исследуемых нами женщин старше 35 лет было 966 (14,2% от общего числа), при этом пороки развития плода выявлены у 14 женщин (1,4%). Тем не менее, у остальных 5829 женщин (85,8%) пороки развития плода были установлены в 86 случаях (1,47%).

Таблица 1

Выявляемость пороков развития плода

Нозология	Прерванная беременность n=29	ВПР выявлен, но беременность пролонгирована, n=8	Недиагностированные ВПР, n=63
ССС	-	1	29
ЦНС	18	2	6
ЖКТ	3	1	9
МВПР	1	3	7
КМС	3	1	5
МПС	1	-	5
Болезнь Дауна	1	-	1
Лимфатическая система	2	-	-
Дыхательная система	-	-	1

нами было проведено сравнительное изучение различных форм пороков развития плода в различных возрастных группах (табл. 2).

Как видно из табл. 2, у женщин старше 35 лет чаще всего встречаются пороки центральной нервной системы, на втором месте – пороки развития сердечно-сосудистой системы, на третьем – органов пищеварения. В группе женщин до 35 лет на первом месте стоят пороки сердечно-сосудистой системы, на втором – цен-

тральной нервной системы, на третьем – пороки органов пищеварения, при этом достоверных различий в частоте развития пороков развития у плода в возрастных группах не обнаружено.

При анализе частоты и структуры пороков развития плода нами была выявлена сезонная зависимость (табл. 3).

Как видно из табл. 3, существует сезонная зависимость в частоте развития пороков плода, чаще всего в апреле-мае, что, по-видимому, свя-

Таблица 2

Распределение частоты ВПР плодов в зависимости от возраста матери

Пороки развития плода	18–34 года n=86, 86%		35–42 года n=14, 14%	
	Абс.	%	Абс.	%
ССС	26	30,2	4	28,5
ЦНС	21	24,4	5	35,7
ЖКТ	11	12,7	2	14,2
МВПР	10	11,6	1	7,1
КМС	8	9,3	1	7,1
МПС	6	6,9	-	-
Болезнь Дауна	2	2,3	-	-
Лимфатическая система	2	2,3	-	-
Легочная система	-	-	1	7,1

Таблица 3

Распределение ВПР плода по дате зачатия в зависимости от сезонов

Время зачатия	ЦНС	ССС	ЖКТ	Дыхательная система	МПС	КМС	МВПР	Лимфатическая система	Синдром Дауна	N
Январь	2	4	2	-	-	1	1	-	1	11
Февраль	1	4	1	-	-	-	-	-	-	6
Март	2	1	-	1	-	-	1	-	-	5
Апрель	1	1	3	-	3	-	3	1	-	12
Май	1	9	2	-	2	5	-	-	-	19
Июнь	3	1	3	-	1	-	-	-	-	8
Июль	1	3	1	-	-	1	-	-	-	6
Август	2	1	1	-	-	-	-	-	-	4
Сентябрь	2	-	1	-	-	-	2	-	1	6
Октябрь	4	3	-	-	-	-	-	-	-	7
Ноябрь	3	4	1	-	-	2	1	-	-	11
Декабрь	2	-	-	-	-	-	2	1	-	5
N	24	31	15	1	6	9	10	2	2	

зано с весенним авитаминозом и астенизацией организма. Всплески в ноябре, январе, апреле могут быть также связаны с сезонными всплесками респираторной вирусной инфекции.

Таким образом, в ходе исследования было установлено, что пороки развития плода чаще встречаются у женщин с отягощенным соматическим и акушерско-гинекологическим анамнезом, при этом достоверного различия в частоте встречаемости пороков развития плода у женщин старше 35 лет по сравнению с более ранним возрастом не отмечено.

Обнаруженные нами данные о сезонных повышении частоты встречаемости пороков развития плода позволят разработать конкретные индивидуальные рекомендации по охране плода от негативных климатических и экологических факторов, что потребует дальнейшего изучения данного вопроса.

Литература

1. Кулаков В.И., Фролова О.Г., Токова З.З. Пути снижения материнской смертности в Российской Федерации // Акуш. и гин. 2004. №2. С. 3–6.
2. Обоскалова Т.А. Структура и причины перинатальной смертности недоношенных // Акуш. и гин. 2005. №5. С. 39–41.
3. Филимончикова И.Д. Экспертная оценка качества и роль управляемых факторов в снижении материнской смертности // Акуш. и гин. 2004. №5. С. 17–20.
4. Фролова О.Г., Токова З.З. Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы и репродуктивного здоровья. // Акуш. и гин. 2005. №1. С. 3–6.
5. Фролова О.Г., Пугачева Т.Н., Гудимова В.В. Статистика перинатального периода // Акуш. и гин. 2005. №5. С. 36–88.
6. Камилова Н.М. Значение оценки течения беременности и родов в улучшении перинатальных исходов // Рос. вестн. перинат. и педиатр. 2006. Т. 51. №1. С. 14–15.
7. Цыбульский В.Б. Показатели инвалидности у детей 0-17 лет в 2002 и 2003 гг. // Росс. вестн. перинат. и педиатр. 2005. Т. 50. №4. С. 49–52.
8. Шарипова О.В., Корсунский А.А., Никольская А.А., Конова С.Р. О проекте Концепции государственной политики в области охраны здоровья детей в Российской Федерации // Росс. вестн. перинат. и педиатр. 2004. Т. 49. №5. С. 6–7.
9. Айламазян Э.К. Антенатальная диагностика и коррекция нарушений развития плода // Росс. вестн. перинат. и педиатр. 1999. №3. С. 6–11.
10. Ильин В.И., Колесникова Л.И. Методический комплекс выявления задержки внутриутробного развития и угрозы невынашивания плода в экологически-неблагоприятных условиях: Сб. тр. // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. 2000. С. 53–54.
11. Баранов А.Н., Кузнецова Т.В. Ивашенко Т.Э. Медицинская лабораторная диагностика (программы и алгоритмы): справочник. СПб., 1997. С. 180–227.
12. Salonen R., Turpeinen U., Kurki L. et al. // Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1997. Vol. 76. P. 670–674.