

- товой доплерографии в сочетании с импульсной доплерометрией для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований яичников: дисс.....канд.мед.наук / М.Н. Буланов.– М.,1999.
3. Буланов, М.Н. Ультразвуковая диагностика в гинекологической практике / М.Н. Буланов.– М.: Искра Медикал Корпорейшн, 2002.– 1 электрон. опт. диск (CD-ROM): зв., цв.
 4. Гинекологическая эндокринология. / В.Н. Серов [и др.]– М.,1994.– 36-41 с.
 5. Гормонотерапия при ановуляции у женщин. / Т.В. Овсянникова [и др.] // РМЖ.– 1999.– №6.– С.23-26.
 6. Допплерография в гинекологии / Под. ред. Б.И.Зыкина, М.В.Медведева.– М.: РАВУЗДПП: Реальное время, 2000. – С. 93-106.
 7. Дуда, И.В. Клиническая гинекология / И.В. Дуда, Вл.И. Дуда, В.И. Дуда. – Мн,1999. – Т.2. – 289 с.
 8. Кане, С. Трансвагинальная цветовая доплерография в диагностике бесплодия / С. Кане, А. Карьяк // Medline [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.docguide.com/news/content.nsf/WebSearchFrameSet?OpenForm&dt=g&id=48DD>. – Дата доступа:03.03.2009.
 9. Клинические рекомендации: акушерство и гинекология / под редакцией В.И. Кулакова.– Выпуск 2.– М. «ГЭОТАР-МЕДИА»,2006.– С. 472-491.
 10. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике: в 5т. / под ред. В.В. Митькова, М.В. Медведева.– М.: Издательский дом Видар-М, 2003. – Т.3.-ультразвуковое исследование яичников/ Б.И. Зыкин, О.В. Проскурякова, М.Н. Буланов.– 2003.– С. 132-174.
 11. Назаренко, Т.А. Стимуляция функции яичников/ Т.А. Назаренко.– М.: МЕДпресс-информ,2008.– С. 35-38.
 12. Никифоровский Н.К. Гормональные нарушения репродуктивной системы: учебно-методическое пособие / Н.К. Никифоровский, Е.А. Степанькова, В.А. Правдивцев; под ред. проф. Н.К. Никифоровского.– Смоленск: Изд-во СГМА,1997.– С.15-19.
 13. Саидова, Р.Я. Возможность проведения гормональной терапии в репродуктивном периоде / Р.Я. Саидова // РМЖ.– 2003.– №28.– С.1591.
 14. Сметник, В.П. Неоперативная гинекология / В.П. Сметник, Л.Г. Тумилович.– СПб,1995.– 95 с.
 15. Тотоян, Э.С. Участие моноаминов в патогенезе некоторых форм эндокринного бесплодия / Э.С. Тотоян, Г.Г. Долян, З.А. Авакян // Проблемы эндокринологии.– 1991.– №5.– с.192-193.
 16. Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии / под. ред. А.Е. Волкова.– Ростов-на-Дону: Изд-во Феникс, 2006. – С.311-319.

**В. А. Лискович,
А. И. Пальцева, Л. Н. Кеда,
Е. В. Кононов**

УЗ «Гродненский областной
клинический перинатальный
центр» г. Гродно

УО «Гродненский
государственный
медицинский университет»
г. Гродно

Ретроспективный анализ врожденных пороков развития у плодов и новорожденных в Гродненском областном перинатальном центре за период 2003-2007 ГОД

В динамике пятилетнего периода (2003-2007 годы) по данным УЗ "ГОКПЦ" отмечалось снижение общего числа пороков в 1,4 раза. Лидирующей патологией среди живо- и мертворожденных являлись пороки сердечно-сосудистой системы, мочевой системы, опорно-двигательного аппарата, которые превышали частоту этой патологии в сравнении с данными Европейского регистра. В течение пяти лет (2003-2007 гг.) в УЗ "ГОКПЦ" было элиминировано 302 плода, что составило 2,3

на 100 родов. Проведено патологоанатомическое исследование всех плодов. Ведущей патологией у абортированных плодов были множественные врожденные пороки развития, составляющая от 21,6 до 45,9%. У плодов при самопроизвольном прерывании беременности и их антенатальной гибели пороки развития выявлены у 94,7%.

Ключевые слова: новорожденные, врожденные пороки развития, мониторинг.

В последние годы проблема врожденных пороков развития (ВПР) у детей приобрела особую актуальность. О значимости и состоянии этой проблемы свидетельствуют данные статистики. Популяционная частота ВПР в разных странах по данным ВОЗ колеблется в пределах 2,7-16,3% [5]. Согласно сведениям национального Американского центра по врожденным дефектам развития ежегодно в мире рождается от 10 до 20 миллионов детей с врожденными пороками развития [4]. В настоящее время в структуре детской заболеваемости ВПР занимают одно из ведущих мест [2]. Среди новорожденных ВПР встречается у 4-6%, а их доля в структуре младенческой смертности составляет 20-30% [1]. ВПР представляет собой серьезную медицинскую и социальную проблему, являясь одной из наиболее тяжелых форм врожденной патологии человека. Мониторинг врожденных пороков развития должен стать неотъемлемой частью системы эпидемиологического надзора за всеми без исключения случаями выявления их у живорожденных, мертворожденных, а также у элиминированных плодов [1].

Цель работы

Посредством мониторинга провести комплексное эпидемиологическое изучение ВПР у новорожденных, выявить колебания их частот по нозологии у плодов и новорожденных в течение 5 лет, создать базу данных для оперативного управления патологией.

Материал исследования: 444 новорожденных с ВПР, 41 мертворожденный с ВПР, 302 элиминирован-

ных плода в УЗ "ГОКПЦ".

Методы исследования: ретроспективный анализ карт развития новорожденных и историй родов (фон здоровья матерей, состояние фето-плацентарной системы, перинатальные исходы родов), протоколов патологоанатомических вскрытий.

Для достижения поставленной цели нами формировалась выборка на популяционной основе, которая включала анализ всех случаев рождения детей с пороками развития как живо- и мертворожденных, так и у элиминированных плодов.

Результаты

За исследуемый период в УЗ "ГОКПЦ" родилось 13472 новорожденных, 342 беременности закончились поздним самопроизвольным выкидышем или были прерваны по медицинским показаниям (в том числе генетическим), 77 закончились рождением мертвого плода.

ВПР были выявлены у 787 случаях: среди живорожденных - 444 (56,5%), мертворожденных - 41 (5,1%) элиминированных порочных плодов - 302 (38,4%) (таб. №1).

Диапазон колебаний частоты пороков среди живорожденных и мертворожденных составлял от 45,2 в 2003 г. до 32,4 в 2007 г. на 1000 рождений (табл. 1). Средняя частота ВПР по данным Европейского регистра составляет - 23,6 на 1000 рождений за период с 1980 по 1994 г.г. Размах колебаний по данным разных регистров составляет от 15,3 (Белград) до 32,6 на 1000 рождений (Страсбург).

Таблица 1

Частота выявления пороков у живорожденных, мертворожденных и абортусов 2003-2007 гг.

Годы	Живорожденные		Мертворожденные		Всего На 1000 рожд.	Абортусы			Всего выявлено ВПР	
	абс. чис-ло	%	абс. чис-ло	%		абс. чис-ло	%	На 100 родов	абс. чис-ло	%
2003	102	60,4	6	3,5	45,2	61	36,1	2,6	169	100
2004	86	53,1	10	6,2	39,8	66	40,7	2,8	162	100
2005	82	55,7	8	5,4	34,3	57	38,7	2,2	147	100
2006	81	58,2	7	5,2	29,2	51	36,7	1,7	139	100
2007	93	54,7	10	5,9	32,4	67	39,4	2,2	170	100
Всего	444	56,5	41	5,1	35,6	302	38,4	2,2	787	

Как следует из данных табл. 1, за пятилетний период частота пороков среди живорожденных и мертворожденных новорожденных снизилась в 1,4 раза (с 45,2 на 1000 рождений в 2003 г. до 32,4 в 2007 г.) при отсутствии статистически значимой разницы в динамике частоты прерванных беременностей по медико-генетическим показаниям (2,6 на 100 родов в 2003 г. и 2,2 в 2007 г.). Значительное снижение частоты пороков среди живорожденных имело место с 2003 г. по 2006 г. (с 45,2 до 29,2 на 1000 рождений).

Соотношение частот выявленных пороков развития среди живо-, мертворожденных и абортусов во все годы выборки практически не изменялось: удельный вес ВПР живорожденных составлял 53,1% - 60,4%, мертворожденных 3,5% - 6,2%, элиминированных плодов - 36 - 40%. Уровень элиминированных плодов по медико-генетическим показаниям за годы мониторинга составлял от 1,7 до 2,8 на 100 родов (табл.1). К 2006 г. количество их снизилось с 2,6 до 1,7 на 100 родов. Однако в 2007 г. вновь отмечена

тенденция к повышению количества индуцированных абортусов до 2,2 на 100 родов.

По данным нашего исследования, частота всех зарегистрированных в раннем неонатальном периоде пороков развития среди живорожденных детей составила 3,3%, тогда как среди мертворожденных их частота была на порядок выше – 34,2%, что указывает на значительную роль пороков в структуре причин

мертворождений и еще раз подчеркивает необходимость их учета среди мертворожденных детей. Удельный вес врожденных пороков у мертворожденных: с 2003 по 2007 гг. увеличился почти в два раза (3,5% - 2003 г., 6,2% - 2007 г.).

Частота пороков развития у новорожденных за 5-ти летний период по нозологическим формам представлена в таб. 2.

Таблица № 2

Частота отдельных нозологических ВПР за исследуемые годы (2003-2007г.)

Нозологическая форма	Абсолютное число ВПР					Частота на 1000 рождений					Данные Европейского регистра на 1000 рождений
	2003	2004	2005	2006	2007	2003	2004	2005	2006	2007	
Микроцефалия	-	-	2	-	-	-	-	0,77	-	-	-
Вр. гидроцефалия	-	1	1	-	4	-	0,41	0,39	-	1,26	0,21-0,85
Др. ВПР мозга Spina bifida	2	1	2	6	3	0,84	0,41	1,16	1,98	0,94	0,18-1,05
Вр. аномалии глаза, уха, лица и шеи	3	2	2	1	1	1,26	0,82	0,78	0,33	0,31	0,01-0,64
Вр. аномалии сердечно-сосудистой системы	15	23	28	28	42	6,28	9,53	10,79	9,28	13,2	5,00-7,00
Волчья пасть и заячья губа	3	5	1	1		1,26	2,07	0,39	0,33	-	0,36-1,30
Др. врожденные аномалии органов пищеварения	7	-	4	6	4	2,9	-	1,54	1,98	1,26	0,77-2,64
Вр. аномалии органов дыхания	1		2			0,4		0,77			
ВПР половых органов	13	12	8	6	8	5,45	4,97	3,14	1,98	2,52	0,23-2,97
ВПР мочевого системы	8	15	17	19	16	3,35	6,22	6,68	6,41	5,03	0,02-0,41
Вр. деформация бедра	23	3	-	1	-	9,64	1,24	-	0,33	-	-
Вр. деформация стопы	6	5	1	6	9	2,51	2,07	0,39	-	2,8	-
Др. костно-мышечные деформации	3	1	1	2	1	1,26	0,41	1,17	0,99	0,31	-
Синдактилия полидактилия	13	7	8	12	12	5,45	2,9	3,14	4,04	3,78	0,40-1,18
С-м Дауна и др. хромосомные аномалии	3	2	1	1	4	1,26	0,83	0,39	0,33	1,25	0,52-1,49
Др. деформации верхних конечностей				1	2				0,33	0,62	
Остеохондродисплазия с дефектами роста трубчатых костей					1					0,31	
Вр. аномалии костно-мышечной системы	3		3	32	1			1,15	0,99	0,31	
МВПР	1	2	5	5	3	0,4	0,82	1,9	1,65	0,94	0,9-2,40

Как следует из данных табл. 2, спектр часто встречающихся ВПР менялся незначительно с 2004 г. Если в 2003г. лидирующее место по частоте занимали врожденные аномалии бедра (9,64 на 1000 рождений), то в последующие 2004-2007 гг. – врожденные пороки сердечно-сосудистой системы. С 2003 г. По

2007 г. частота их увеличилась более чем в 2 раза (с 6,28 до 13,2 на 1000 рождений). Одним из факторов такой ситуации, возможно, явилось повышение выявляемости пороков в раннем постнатальном периоде в результате технического переоснащения УЗИ-диагностики и квалифицированного использования ее

результатов. На 2-ом месте по частоте стояли пороки мочевой системы, которые имели тенденцию к росту с 2003 г. по 2007 г. (с 3,35 до 5,03 на 1000 рождений). Третьей по частоте патологией явились такие пороки опорно-двигательного аппарата, как синдактилия и полидактилия, которые хотя и имели тенденцию к снижению с 2003г. по 2007г. (с 5,5 до 3,8 на 1000 родившихся), однако стабильно удерживали 3-е место во все годы мониторинга. Частота синдактилии и полидактилии во все годы проводимого анализа превышала частоту данной патологии по Европейскому регистру. Повышение частоты данных пороков, в происхождении которых имеет место весомый вклад доминантных форм, характерно не только для нашего региона, но и для всей Республики Беларусь [Лазюк Г.И. 2004г.].

Выявлен рост числа хромосомной патологии (с 0,39 в 2005 г. до 1,25 в 2007 г. на 1000 рождений). Частота множественных врожденных пороков (МВПР) развития с 2003 г. по 2005 г. увеличилась в 4,75 раза, однако с 2006 г. частота МВПР имела тенденцию к снижению с 1,9 до 0,94 на 1000 рождений. Аналогичную динамику имела частота рождения детей с такими пороками центральной нервной системы как spina bifida: с 2003 г. по 2006 г. число пороков центральной нервной системы увеличилось в 2,4 раза (с 0,84 до 1,98 на 1000 рождений), а к 2007 г. снизилась в 2,1 раза (с 1,98 до 0,94 на 1000 рождений). Частота гидроцефалии увеличилась с 2004 г. По 2007 г. в 3,1 раза

(с 0,41 до 1,26 на 1000 рождений). Результаты мониторинга показали, что ¼ (26%) всех пороков центральной нервной системы выявлялись у живорожденных, 12% у мертворожденных, 62% у индуцированных абортусов. Таким образом, только 62% пороков центральной нервной системы было выявлено пренатально, что явилось причиной элиминации пороков плодов. Частота ВПР половых органов за анализируемый период снизилась в 2 раза (с 5,45 в 2003 г. до 2,52 в 2007 г. на 1000 рождений).

Анализируя частоты отдельных нозологических форм пороков, следует отметить, что во все годы проводимого мониторинга практически всегда лидировали пороки сердечно-сосудистой, мочевой систем, опорно-двигательного аппарата.

При сравнении выявленных ВПР по нозологическим формам с данными Европейского регистра за анализируемый период были отмечены более высокие показатели пороков мочевой системы, синдактилии, полидактилии, пороков сердечно-сосудистой системы и центральной нервной системы.

За анализируемый период было элиминировано 302 абортуса, что составило 2,3 на 100 родов. Проведено патологоанатомическое исследование всех абортусов.

Количество и структура элиминированных плодов по годам выборки представлены в табл. 3.

Таблица № 3

Структура элиминированных плодов в зависимости от причин прерывания беременности

Причина прерывания	2003		2004		2005		2006		2007		Всего	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
По медико-генетическим показаниям	58	95,1	58	87,9	53	93	46	90,2	64	95,5	279	92,4
Самопроизвольный выкидыш и аборт в ходу	2	3,3	4	6,1	2	3,5	4	7,8	3	4,5	15	4,96
По медицинским показаниям	1	1,6	1	1,5	-	-	1	-	-	-	3	0,99
По социальным показаниям	-	-	1	1,5	-	-	-	-	-	-	1	0,33
Аntenатальная гибель	-	-	2	3,0	2	3,5	-	-	-	-	4	1,4
Всего	61	100	66	100	57	100	51	100	67	100	302	100

Всего по медико-генетическим показаниям за исследуемый период прервано 279 беременностей, что составило 92,4% от всех исследуемых абортусов. Самопроизвольное прерывание беременности и прерывание в связи с антенатальной гибелью плода имело место у 19 абортусов (6,3%), у 18 из них (94,7%) выявлены пороки развития, и только у 1 абортуса из-за наличия резко выраженного аутолиза доказать порок было невозможно. Данную ситуацию – самопроизвольное прерывание беременности – можно на-

звать «актом милосердия природы», которая сама избавлялась от порочного плода. По медицинским и социальным показаниям в 2003 – 2006 гг. было прервано 4 беременности (1,3%). В 2007 году прерывания по социальным и медицинским показаниям не имели места.

Социально-медицинский портрет женщин, беременность которых была прервана по медико-генетическим показаниям, представлена в табл. 4.

Анализируя возраст женщин с прерванной беременностью, следует отметить, что большая часть пороков (75,2%) была у женщин самого репродуктивного возраста (21 – 35 лет). Частота элиминированных плодов у юных и возрастных женщин в нашем исследовании была практически одинаковой

(12,6% и 12,2% соответственно). Количество городских женщин превышало в 2,6 раза женщин из сельской местности (72,2% и 27,8% соответственно). Из всего количества плодов с пороками развития почти половина (41,9%) были от первой беременности.

Таблица 4

Социальный статус женщин с прерванной беременностью

Годы	До 20 лет	21 – 35 лет	Свыше 35 лет	Всего	Сельские	%	Городские	%	Паритет беременности		
									I	II	III
2003	10 16,4	45 73,8	6 9,8	61	19	31,1	42	68,9	22 36,1	22 36,1	17 27,8
2004	13 19,7	49 74,2	4 6,1	66	16	25	48	75			
2005	5 8,8	44 77,2	8 14,0	57	19	33,9	37	66,1	27 47,4	10 17,5	20 35,7
2006	2 3,9	40 78,4	9 17,7	51	11	21,6	40	78,2	18 35,3	17 33,3	16 31,4
2007	8 11,9	49 73,2	10 14,9	67	18	26,9	49	73,1	31 46,2	18 26,9	18 26,9
Всего	38 12,6	227 75,2	37 12,2	302	83	27,8	216	72,2	41,9%	28,6%	29,5%

Создание социально-медицинского портрета женщин, которым была прервана беременность в связи с наличием пороков у плода, позволит выявить наиболее проблемные характеристики, необходимые для превентивной работы с угрожающим контингентом и для существенного улучшения организации и качества оказания медицинской помощи беременным.

Диапазон колебаний частот элиминированных по медико-генетическим показаниям абортусов соста-

вил от 1,7 до 2,7 на 100 родов (табл. 4). К 2006 г. количество элиминированных плодов снизилось с 2,6 до 1,7 на 100 родов. Однако в 2007 году вновь отмечилась тенденция к повышению количества индуцированных абортусов до 2,1 на 100 родов. Считаем нужным подчеркнуть, что среди абортусов преобладали плоды мужского пола (52%), женский пол составил 44,4%, а в 3,6% случаев пол не был идентифицирован.

Таблица № 5

Количество элиминированных плодов по годам выборки 2003 – 2007 гг.

Годы	2003	2004	2005	2006	2007	Всего
Абсолютное число	60	64	57	50	67	302
На 100 родов	2,6	2,7	2,2	1,7	2,1	2,2

Данные патолого-анатомического исследования по совпадению клинического и

патологоанатомического диагнозов абортированных плодов представлены в табл. 5.

Таблица № 6

Результаты исследования элиминированных плодов

Годы	Не совпад. д-за		Нет данных		Совпаден.		Необоснован.		Нет данных		Аутолиз	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2003	15	29,5			43	70,5	0	0			5	8,2
2004	13	19,7	3	4,5	53	80,3	0	0	2	3,01	17	25,8
2005	9	15,8	6	10,5	42	73,6	1	1,7	2	3,5	15	26,3
2006	6	13,0			40	87,0	-	-	-	-	32	62,7
2007	6	9,0	5	7,5	56	83,6	2	3,0	-	-	29	43,3
Всего	49	16,5	14	4,7	234	78,8	3	0,99	4	1,3	99	32,5

Патологоанатомическое исследование абортированных плодов показало, что в 77,3% случаев имело место совпадение клинического и патологоанатомического диагнозов, в 16,5% случаев диагнозы не совпадали. Наличие аутолиза тканей абортированных плодов (32,5%) затрудняло верификацию патологоанатомического диагноза. Увеличение частоты ауто-

лиза было наиболее характерно для 2006-2007 гг. Последние годы проводимого мониторинга характеризовались более высоким уровнем совпадений диагнозов (с 70,5% в 2003 г. до 87,0% в 2006 г.) и отсутствием необоснованного прерывания беременности.

Нозологическая структура пороков, выявленных у

абортусов, представлена в табл. 7.

Как видно из данных таблицы 5, в структуре пороков развития у абортусов, элиминированных по медико-генетическим показаниям, наибольший удельный вес составляют МВПР (35,4%). На втором месте - изолированные пороки ЦНС (25,8%). Пороки ССС на третьем месте 9,9%, на четвертом – хромосомная патология (6,9%) – на пятом месте расщелина губы и неба (6,3%). Спектр часто встречающихся ВПР у абортусов в разные годы менялся незначительно.

Во все годы выборки лидирующее место по причине элиминации плодов занимали МВПР, однако в последние два года, 2006-2007 гг., имелась тенденция к снижению удельного веса МВПР в структуре пороков – с 45,9% в 2003 г. до 34,3% в 2007 г. Как свидетельствуют результаты мониторинга, стабильной и достаточно высокой оставалась частота пороков ЦНС (22,4%-25,5%), которые явились причиной прерывания беременности, а в 2006 г. они занимали 1-е место.

Таблица № 7

Нозологическая структура пороков у абортусов (2003 – 2007 гг.)

Нозология пороков	2003		2004		2005		2006		2007		Всего	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
МВПР	28	45,9	27	40,9	18	31,5	11,1	21,6	23	34,3	107	35,4
Изолир. пороки ЦНС	14	23	16	24,2	18	31,6	13	25,5	15	22,4	76	25,2
Изолир. пороки ССС	8	13,1	4	6,1	5	8,8	6	11,8	7	10,4	30	9,9
С-м Дауна	2	3,3	-	-	3	5,3	1	2,0	7	10,4	13	4,3
Пороки легких	1	1,6	2	3,0	1	1,8	2	3,9	1	1,5	7	2,3
Пороки мочевой системы	-	-	-	-	-	-	2	3,9	2	3,0	4	1,3
Пороки ЖКТ	1	1,6	4	6,1	2	3,5	2	3,9	3	4,5	12	4,0
Расщелина губы и неба	5	8,2	2	3,0	2	3,5	7	13,7	3	4,5	19	6,3
Опорно-двигательная	1	1,6	-	-	4	7,0	4	7,8	4	6,0	13	4,3
Омфалоцеле	1	1,6	3	4,5	2	3,5	-	-	-	-	6	2,0
Универс. водянка	-	-	-	-	1	1,8	-	-	1	1,5	2	0,7
Шейная тератома	-	-	-	-	1	1,8	1	2,0	-	-	2	0,7
Пороки полов системы	-	-	3	4,5	-	-	-	-	-	-	3	1,0
Хромосомные пороки	-	-	5	7,6	-	-	2	3,9	1	1,5	8	2,6
Всего	61	100	66	100	57	100	51	100	67	100	302	100

Третье место по причинам элиминации плодов за истекший период занимали изолированные пороки сердечно-сосудистой системы (ССС), удельный вес которых в структуре составлял 9,9% и колебался в течение последних 5 лет от 13,1% в 2003 г. до 6,1% в 2006 г.

Закключение: проведенный анализ пороков развития показал, что в динамике 5-ти летнего периода имело место снижение общего числа пороков в 1,4 раза. Результаты мониторинга свидетельствуют о росте в 2 раза частоты пороков сердечно-сосудистой системы среди живорожденных, частоты доминантных форм пороков (сидактилий, полидактилий), хромосомной патологии в 3 раза, пороков центральной нервной системы и множественных врожденных пороков в 2 раза и о снижении частоты ВПР половых органов в 2 раза (с 5,45 до 2,52 на 1000 рождений).

Лидирующей патологией среди живо- и мертворожденных являются пороки сердечно-сосудистой, мочевой систем, опорно-двигательного аппарата, которая превышает частоту этой патологии по Европейскому регистру.

За исключением 2006 года практически стабильной (2,2-2,7 на 100 родов) сохранялась частота прерываний беременности по медико-генетическим показаниям. Ведущей патологией у абортусов были множественные врожденные пороки развития, составляя от 21,6 до 45,9%. У плодов при самопроизвольном прерывании беременности и антенатальной их гибели пороки развития выявлены у 94,7%.

Таким образом, развитие мониторинговой системы по учету врожденных пороков развития на базе

перинатального центра, включая ВПР у живо-, мертворожденных и элиминированных плодов заслуживает особого внимания и широкого внедрения [1]. Используя полученные данные по ВПР с большей точностью можно оценить частоту данной патологии в регионе с анализом ее среди разных исходов беременностей. Помимо полученной региональной эпидемиологической характеристики можно оценить эффективность работы профилактической программы на уровне региона, частоту пренатальной выявляемости пороков. Высокие частоты таких пороков развития, как дефекты неавральной трубки, требуют активизации пренатальных методов профилактики этих дефектов путем приема фолиевой кислоты, что по результатам многочисленных зарубежных работ

оправдано и позволяет значительно снизить частоту данной группы пороков [3]. В дальнейшем, на основании результатов мониторинга возможна разработка рекомендаций по планированию профилактических мероприятий в регионе по предупреждению рождения детей с ВПР.

Полученные эпидемиологические характеристики могут служить основой для оценки предпринимаемых профилактических мер, оценки состояния и влияния окружающей среды на формирование пороков, а также оценки уровня пренатальной диагностики. Кроме того, полученные региональные популяционные частоты могут быть использованы для расчета эмпирического риска при ВПР мультифакториальной этиологии для конкретных популяций.

Литература

1. Антонов О.В. Проблемы и перспективы мониторинга врожденных пороков развития у детей // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. – 2007. - № 1. – С. 30-32.
2. Демикова Н.С., Лапина А.С. // Медицинская генетика. – 2003. – Т. 2., № 10. – С. 412-413.
3. Кирилова Е.А., Никифорова О.К., Жученко Н.А., Побединский Н.М., Красников Д.Г. Мониторинг врожденных пороков развития. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. - № 1. – С. 18-21.
4. Кулаков В.И., Ушакова И.А., Мурашко Л.Е., Клименченко Л.И., Кучеров Ю.И. Беременность и роды при пороках развития плода. // Акушерство и гинекология. – 2007. - № 6. – С. 3-7.
5. Кулаков И.В., Исаков Ю.Ф., Кучеров Ю.И., Полупанина Н.В., Хаматханова Е.М., Жиркова Ю.В. Экстренная хирургическая коррекция врожденных пороков развития у новорожденных детей. // Акушерство и гинекология. – 2007. - № 3. – С. 47-50.

В. С. Петухов

УО «Витебский
государственный
медицинский университет»
г. Витебск

Анемия при беременности: современные аспекты проблемы

Распространённость анемии во время беременности значительно варьирует из-за различий в социально-экономических условиях, стиле жизни и практик по улучшению здоровья, применяемых в разных странах. Целью настоящего исследования явилась оценка заболеваемости анемией беременных женщин, течения беременности и родов у беременных с анемией. Исследование проводилось в Витебском регионе в условиях реализации региональной программы лечения и профилактики дефицитных состояний у беременных и бесплатного обеспечения препаратами железа. Распространённость анемии при беременности в выборочной совокупности составляет 45,9% по данным стационаров и женских консультаций (если за время беременности по

цифрам гематологических показателей можно выставить диагноз анемии). Этот показатель значительным образом отличается от официальной статистики и переводит эту проблему в наш регион по критериям ВОЗ в «проблему, которая представляет высокую значимость для общественного здоровья».

Анемия является одной из основных причин ряда медицинских проблем, патологических состояний и осложнений в мире [65] и одной из самых серьёзных глобальных проблем здравоохранения. Распространённость анемии во время беременности значительно варьирует из-за различий в социально-экономических условиях, стиле жизни и практик по улучшению здоровья, применяемых в разных странах. По подсчётам ВОЗ, у 41,8% беременных женщин в мире наблюдается концентрация гемоглобина, указываю-