

УДК 618.3-06:616-053.1:616-007-07

© Н. А. Грузинцева, А. В. Самохвалова, О. Я. Сенів, 2011.

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ ТА ПЕРИНАТАЛЬНИХ ФАКТОРІВ РИЗИКУ У ЖІНОК ГРУПИ ВИСОКОГО РИЗИКУ ПРИРОДЖЕНОЇ І СПАДКОВОЇ ПАТОЛОГІЇ В ПОТОМСТВІ

Н. А. Грузинцева, А. В. Самохвалова, О. Я. Сенів

ДУ «Інститут спадкової патології АМН України» (директор – проф. О. З. Гнатейко), м. Київ.

ANALYSIS OF FEATURES OF REPRODUCTIVE FUNCTION AND PERINATAL RISK FACTORS IN WOMEN HIGH RISK CONGENITAL AND HEREDITARY DISEASE IN PROGENY

N. A. Hruzyntseva, A. V. Samohvalova, O. Y. Seniv

SUMMARY

The reproductive anamnesis where complicated with outcomes in women that born the newborns with congenital malformations and the woman with TORCH-infections being reliably higher than in the control. There are the children with congenital malformation in the family of the woman with TORCH-infections and woman after invasive prenatal diagnostic being reliably higher than in the control.

АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ И ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА У ЖЕНЩИН ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА ВРОЖДЕННОЙ И НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ В ПОТОМСТВЕ

Н. А. Грузинцева, А. В. Самохвалова, О. Я. Сенів

РЕЗЮМЕ

Установлено, что средний возраст женщин, которые родили ребёнка с врождёнными пороками развития (ВПР), был достоверно выше, чем у женщин контрольной группы. Аналогичная тенденция наблюдалась при сравнении возраста женщин, которым была проведена индивидуальная пренатальная диагностика (ИПД), в сравнении с контролем. Выявлена статистически достоверно большая частота мёртворождений в анамнезе женщин, которым проводилась ИПД, в сравнении с женщинами контрольной группы соответственно. При этом, у женщин, которые родили детей с ВПР, и женщин с диагностированными TORCH-инфекциями репродуктивный анамнез был осложнён самопроизвольными выкидышами достоверно чаще, чем у женщин контрольной группы и женщин после ИПД.

Ключові слова: природжені вади розвитку, пренатальна індивідуальна діагностика, TORCH-інфекції.

В структурі спеціалізованої медичної допомоги дітям особливу роль відіграє рівень організації перинатальної медицини, яка забезпечує пренатальний та неонатальний моніторинг стану здоров'я майбутньої дитини [1-3]. Основною складовою перинатальної медицини є висококваліфікована неонатальна допомога, яка ґрунтується на аналізі перебігу вагітності й пологів, стану плода протягом гестаційного періоду з урахуванням всіх факторів ризику, прогнозуванні стану новонародженого та забезпеченні кваліфікованої медичної допомоги завдяки сучасним перинатальним технологіям [4-7].

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Збір та аналіз клініко-епідеміологічних і медико-статистичних даних з джерел первинної документації (історія пологів – форма 096/0, історія розвитку новонародженого – форма 097/0) про дітей, які народились в 2002-2006 роках із природженими вадами розвитку (ПВР) методом «випадок-контроль» шляхом заповнення реєстраційних карт в пологових ус-

тановах Львівської області. Заповнено 312 карт на дітей із ПВР та 320 карт на здорових дітей. Створено базу ПВР у форматі Excel (за рекомендаціями європейського реєстру).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

З метою визначення факторів перинатального ризику для своєчасного скерування вагітних на пренатальну діагностику вродженої патології плода нами було проаналізовано стан соматичного і репродуктивного здоров'я та особливості перебігу вагітності і пологів в сім'ях високого ризику. Проаналізовано результати пренатальної діагностики у 50 жінок, які народили дітей з «вадами суворого обліку», 40 матерів з первинно діагностованими TORCH-інфекціями та результати інвазивної діагностики 20 матерів з групи високого генетичного ризику, які пройшли пренатальну індивідуальну діагностику (ПІД) з визначенням каріотипу плода та рівня альфа-фетопротеїну в амніотичній рідині, а також в контрольній групі вагітних (50, 40, 20 та 50 осіб відповідно).

Встановлено, що середній вік жінок, які народили дитину з ПВР, перевищував вік жінок контрольної групи ($28,23 \pm 0,99$ років проти $24,14 \pm 0,67$ років; $p < 0,05$). Аналогічна особливість відрізняла також вагітних, яким проводили ІПД, порівняно з контролем (відповідно $29,81 \pm 1,60$ років проти $24,14 \pm 0,67$ років; $p < 0,05$).

Групу жінок, які народили дітей з ПВР, характеризували вірогідний вплив професійних шкідливостей (10%), за відсутності цього чиннику ризику в інших групах, та екстрагенітальної патології (26%), серед якої домінували ендокринні захворювання (16%).

Серед жінок, які народили дітей з ПВР, у 12 з 50 (24%) репродуктивний анамнез був ускладнений самовільними викиднями та у 3 (6%) – мертвонародженням. У структурі екстрагенітальної патології найчастіше траплялись ендокринні захворювання – 8 (16%) жінок, наступною за частотою була серцево-судинна патологія – у 3 (6%) жінок та захворювання сечовидільної системи – у 2 (4%) вагітних. У 5 (10%) жінок відмічено наявність професійних шкідливостей, ще у 5 – хронічних екстрагенітальних захворювань. В даному контингенті жінок не було випадків ПВР або спадкових захворювань в анамнезі, проте, 3 родини (6%) виявились обтяженими генетично детермінованою патологією.

Серед 40 жінок, у яких було діагностовано TORCH-інфекції, репродуктивний анамнез був ускладнений самовільними викиднями у 16 жінок (40%). У 8 сім'ях (20%) вже були випадки народження дітей з природженими вадами, проте фактів обтяженості родин генетичною патологією серед них не зареєстровано. Екстрагенітальні хвороби виявлені лише у 4 матерів: 3 (7,5%) – серцево-судинні та 1 (2,5%) – ендокринні. Відхилень з боку сечовидільної системи не виявлено. 2 жінки (5%) страждали на хронічні інфекційні процеси, 1 – на захворювання статевої системи.

Серед перинатальних факторів ризику у жінок, яким проводилася ІПД, найбільш часто зустрічались мертвонародження в анамнезі (7 з 20 вагітних, 35%) і при цьому не виявлено фактів самовільного переривання вагітності. У 4 (20%) сім'ях вже були діти з природженою та спадковою патологією, у 2 (10%) зареєстровано обтяженість родин генетично детермінованою патологією.

Виявлено статистично достовірно більшу частоту мертвонароджень в анамнезі жінок, яким проводилася ІПД у порівнянні з жінками контрольної групи (35% та 0% відповідно, $p < 0,01$). При цьому, у жінок, які народили дітей з ПВР (24%) та жінок, у яких було діагностовано TORCH-інфекції (40%), репродуктивний анамнез був ускладнений самовільними викиднями достовірно частіше у порівнянні з жінками контрольної групи та жінками, які пройшли ІПД (24%, 40%, 0% та 0% відповідно, $p < 0,01$).

Наявність в сім'ї дітей з ПВР та спадковою патологією достовірно частіше відмічалася в сім'ях жінок,

у яких було діагностовано TORCH-інфекції, та жінок, що пройшли ІПД, порівняно з жінками контрольної групи та жінками, які народили дітей з ПВР (20%, 20%, 0% та 0% відповідно, $p < 0,01$).

Серед 50 жінок, які народили дітей з ПВР, перебіг вагітності був ускладнений гестозом першої половини вагітності у 19 (38%), анемією – у 18 (36%), гестозом другої половини вагітності – у 12 (24%). 10 жінок (20%) перенесли вірусні інфекційні захворювання у першому триместрі вагітності, 5 (10%) – приймали ліки у ранніх термінах вагітності.

Серед 40 жінок, у яких було діагностовано TORCH-інфекції, перебіг вагітності був ускладнений гестозом першої половини вагітності у 10 (25%) та другої половини – у 20 (50%). У 18 жінок (45%) жінок мала місце загроза переривання вагітності, у 14 (35%) діагностовано анемію під час вагітності, у 5 (12,5%) – вірусні інфекційні захворювання у першому триместрі вагітності.

Загроза переривання вагітності серед жінок, у яких було діагностовано TORCH-інфекції, зустрічалась достовірно частіше, ніж в контролі та в контингентах жінок після ІПД та таких, які народили дітей з ПВР (45%, 0%, 0% та 0% відповідно, $p < 0,01$).

Серед жінок, які народили дітей з ПВР, та тих, у кого було діагностовано TORCH-інфекції, перебіг вагітності був ускладнений гестозом другої половини достовірно частіше, ніж у жінок контрольної групи (6%) та жінок, яким проводилася ІПД (24%, 50%, 6% та 5% відповідно, $p < 0,01$).

Вірусні інфекційні захворювання у першому триместрі вагітності достовірно частіше зустрічались у жінок, які народили дітей з ПВР, та жінок, у яких було діагностовано TORCH-інфекції, порівняно з контролем та контингентом після ІПД (20%, 12,5%, 0%, 0%, $p < 0,01$).

Найбільша частка ускладнених пологів, які загрожують порушенням перебігу неонатального періоду, спостерігалась у вагітних, які народили дитину з ПВР або були TORCH-інфіковані (60% та 55% всіх пологів). У вагітних, яким проводилася ІПД та в контрольній групі осіб частка ускладнених пологів була незначною і практично однаковою (15% та 12% відповідно). З іншого боку, вагітні після ІПД відзначилися найбільшою часткою родорозрішень шляхом кесарського розтину: 30% при 10-13% в інших підгрупах основної групи і за відсутності в контролі.

Звертали на себе увагу певна подібність структури факторів перинатального ризику в групах вагітних, які народили дітей з ізольованими ПВР, та серед TORCH-інфікованих жінок: висока частота гестозу I і II половини вагітності (62% та 75% випадків відповідно), анемії вагітних (36% і 35% відповідно), хронічних інфекційних захворювань (20% та 13%), самовільних викиднів в анамнезі (24% і 40% відповідно), висока частка ускладнених пологів (60% та 55%).

ВИСНОВКИ

1. Встановлено подібність структури факторів перинатального ризику у випадках народження дітей з ПБВ та при TORCH-інфікуванні вагітних, а саме, висока частота гестозу I і II половини вагітності (62% та 75% випадків відповідно), анемії вагітних (36% і 35% відповідно), хронічних інфекційних захворювань (20% та 13%), самовільних викиднів (24% і 40% відповідно), ускладнених пологів (60% та 55%).

2. В контингенті TORCH-інфікованих вагітних зареєстровано найвищі показники загрози переривання вагітності (45%) та значна частка випадків ПБВ в родинях (20%).

3. Наявність в сім'ї дітей з ПБВ та спадковою патологією достовірно частіше відмічалася в сім'ях жінок, у яких було діагностовано TORCH-інфекції, та жінок, що пройшли ІПД, порівняно з жінками контрольної групи та жінками, які народили дітей з ПБВ (20%, 20%, 0% та 0% відповідно, $p < 0,01$).

4. Виявлено статистично достовірно більшу частоту мертвонароджень в анамнезі жінок, яким проводилася ІПД у порівнянні з жінками контрольної групи (35% та 0% відповідно, $p < 0,01$). У жінок, які народили дітей з ПБВ (24%), та жінок, у яких було діагностовано TORCH-інфекції (40%), репродуктивний анамнез був ускладнений самовільними викиднями достовірно частіше у порівнянні з жінками контрольної групи та жінками, які пройшли ІПД (24%, 40%, 0% та 0% відповідно, $p < 0,01$).

ЛІТЕРАТУРА

1. Опыт проведения пренатальной диагностики хромосомной патологии в I триместре беременности по системе OSCAR / С. Б. Арбузова, М. И. Николаенко, И. В. Глазкова [и др.] // Пренатальная диагностика. – 2007. – № 2. – 2007. – С. 99–103.

2. Бариляк І. Р. Проблеми профілактики спадкової патології та вроджених вад розвитку / І. Р. Бариляк // Журнал АМН України. – 2003. – Т. 9, № 4. – С. 656–667.

3. Гнатейко О. З. Стан та перспективи розвитку медичної генетики в Україні / О. З. Гнатейко // Журнал АМН України. – 2003. – Т. 9, № 4. – С. 649–655.

4. Лук'янова О. М. Актуальні проблеми перинатології на сучасному етапі охорони здоров'я / О. М. Лук'янова // Перинатологія та педіатрія. – 2002. – № 3. – С. 3–6.

5. Петрова Е. П. Влияние пренатальной диагностики на частоту грубых пороков развития в Архангельской области / Е. П. Петрова, Н. С. Демикова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2005. – № 4. – С. 53–57.

6. Резніченко Ю. Г. Вплив навколишнього середовища на стан вагітних жінок та дітей / Ю. Г. Резніченко // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2004. – № 1. – С. 46–51.

7. Особенности перинатального периода при внутриутробном инфицировании / В. Б. Цхай, Е. И. Прахи, А. В. Даценко [и др.] // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2002. – № 6. – С. 14–17.