

ВОПРОСЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РОССИИ

© И.В. Антонова, 2008

И.В. Антонова

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРЫ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ОРГАНОВ МОЧЕВОЙ И ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ г. ОМСКА

Государственная медицинская академия, г. Омск, РФ

В статье приводятся результаты исследования частоты и структуры врожденных пороков развития органов мочевой системы у новорожденных детей г. Омска, родившихся в 1998–2005 гг.

Ключевые слова: новорожденные дети, врожденные пороки развития, мочевая система.

Authors present data about incidence and structure of urinary tract congenital malformations in neonates of Omsk born in 1998–2005.

Key words: neonates, congenital malformations, urinary tract.

Несмотря на многочисленные исследования причин, механизмов формирования и клинических проявлений врожденных пороков развития (ВПР), современные эпидемиологические аспекты отдельных групп и форм ВПР у детей в различные возрастные периоды в регионах страны недостаточно изучены. В г. Омске с 1956 г. существует научное направление, связанное с многолетним мониторингом всех без исключения случаев ВПР у новорожденных детей. Традиционно приоритет в изучении ВПР принадлежит неонатологам и педиатрам, использующим в изучении ВПР, помимо клинических, методы классической эпидемиологии [1, 2].

Целью исследования явилось изучение частоты и структуры ВПР органов мочевой и половой системы у новорожденных детей г. Омска, родившихся в 1998–2005 гг.

При выборе чувствительной группы для клинико-эпидемиологического изучения ВПР на территории г. Омска, одного из крупнейших промышленных городов Западной Сибири с численностью населения 1,2 млн человек, мы ориентировались на контингент новорожденных детей как наиболее репрезентативный при исследовании влияния экзо- и эндогенных факторов, формирующих ВПР. Учету подлежали все случаи ВПР у детей, родившихся живыми и мертвыми в 1998–2005 гг. согласно номенклатурным рубрикам

XVII Класса «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)» Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (10-го пересмотра). Дифференцированный подход при учете пороков и аномалий развития проводили в соответствии с существующими в отечественной литературе определениями терминов «врожденный порок развития» и «аномалия развития» [3]. В качестве первичной документации были использованы журналы регистрации и учета новорожденных, паспорта участков и истории развития детей (форма № 112/у) с ВПР во всех учреждениях амбулаторно-поликлинического профиля для оказания медицинской помощи детскому населению г. Омска; извещения на детей с ВПР (форма № 025-11/у-98); истории болезней детей с ВПР, находившихся на лечении в Городском клиническом неонатальном центре (медицинские карты стационарных больных, форма № 003/у); протоколы вскрытий и журналы аутопсий в патологоанатомическом отделении Областной детской клинической больницы. В статистическую разработку были внесены только случаи ВПР у детей, родители которых постоянно проживают на территории г. Омска. Проводили верификацию каждого случая рождения ребенка с ВПР (по диагнозу, по фамильную, по месту жительства). Биометрический анализ осуществляли с

Контактная информация:

Антонова Ирина Владимировна – асс. каф. пропедевтики детских болезней и поликлинической педиатрии Омской государственной медицинской академии

Адрес: 644099 г. Омск, ул. Ленина, 12

Тел.: (3812) 74-02-34, **E-mail:** kafpdb@mail.ru

Статья поступила 03.12.08, принята к печати 23.01.10.

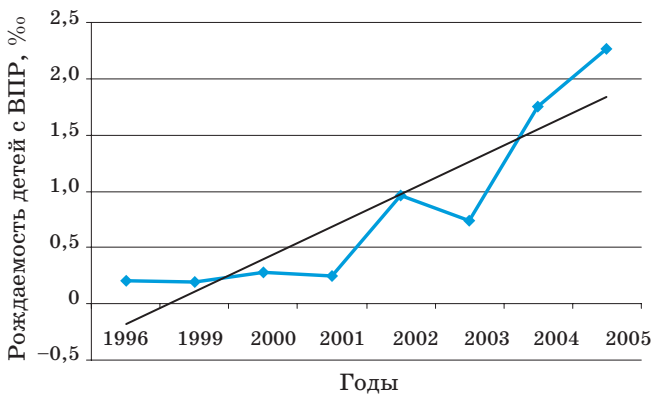


Рис. 1. Показатели рождаемости детей с ВПР ОМС за период наблюдения.

использованием пакетов STATISTICA-6, Биостатистика, возможностей Microsoft Excel.

В целом за период собственных исследований было выявлено 226 фенотипических вариантов всех ВПР, составивших 122 номенклатурные рубрики XVII класса МКБ 10 «Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения (Q00–Q99)». Среднеголетний показатель рождаемости детей с ВПР составил $41,70 \pm 0,67\text{‰}$ ($n=2807$; темп прироста показателя ($T_{\text{пр.}}$)=2,1; $p<0,05$), что в 2,5 раза превышало значение за 1956–1970 гг. ($16,8\text{‰}$) [1] и в 1,9 раза — показатель 1966–1976 гг. ($21,9\text{‰}$) [2].

Структурный анализ ВПР показал, что у детей на первом месяце жизни ВПР органов мочевой системы (ОМС) регистрировались с частотой $1,00 \pm 0,12\text{‰}$ ($n=67$) и за исследованный период времени имели высокий темп прироста ($T_{\text{пр.}}=17,4$, $p<0,01$; рис. 1).

Среди ВПР ОМС регистрировались 10 вариантов ВПР. Установлено, что показатель частоты ВПР данной группы в Кировском округе ($1,68 \pm 0,33\text{‰}$) превысил соответствующие показатели в других административных округах города, а его минимальное значение в Октябрьском округе составило $0,55 \pm 0,25\text{‰}$ ($p<0,05$).

Средневзвешенные показатели частоты рождения детей с врожденной пиелэктазией составили $0,41 \pm 0,08\text{‰}$ ($n=28$), с аномалиями формы и структуры почек и мочевых путей (сросшаяся, удвоенная, S- и подковообразная почка, удвоение мочеточников, мегауретер) — $0,28 \pm 0,06\text{‰}$ (19), с гидронефротической трансформацией почек — $0,26 \pm 0,06\text{‰}$ (18), с агенезией почки — $0,03\text{‰}$ (2).

ВПР половых органов (8 фенотипических вариантов, $n=146$; $T_{\text{пр.}}=4,4$; $p<0,01$) встречались с частотой $2,17 \pm 0,18\text{‰}$ (рис. 2). При этом их наибольшая распространенность составляла $3,48 \pm 0,48\text{‰}$ в Советском административном округе, а наименьшая — $0,61 \pm 0,25\text{‰}$ в Ленинском округе г. Омска ($p<0,001$).

Среди ВПР половой системы отмечены крипторхизм (87; $1,29 \pm 0,14\text{‰}$), гипоспадия (46; $0,68 \pm 0,10\text{‰}$), врожденные кисты яичников (4; $0,06\text{‰}$), гипоплазия и аплазия полового члена (4; $0,06\text{‰}$), гипоплазия яичка (3; $0,04\text{‰}$), агенезия влагалища (2; $0,03\text{‰}$).

ВПР ОМС были наиболее распространены у новорожденных мальчиков, причем значимость различий достоверна и постоянна во времени, что подтвердил сравнительный анализ соотношений показателей рождаемости мальчиков и девочек с ВПР ОМС за период собственных наблюдений в сравнении с периодом 1993–1997 гг. [3].

Учитывая тот факт, что ВПР мочеполовой системы в постнеонатальном периоде составляют до 30% всех случаев врожденных дефектов и встречаются с частотой 5 на 1000 детского населения [4], очевидно, что в периоде новорожденности диагностируется лишь их незначительная часть. По данным собственных наблюдений, диагностика скрытых ВПР мочеполовой системы у новорожденных затруднена и, как правило, проводится у детей при появлении заболеваний, в основе которых имеются анатомические дефекты, вызывающие нарушения уродинамики и соответствующие клинические синдромы. Кроме того, ВПР ОМС могут быть случайной клинической или патоморфологической находкой [5, 6].

В периоде новорожденности факт ранней клинической диагностики и, следовательно, преобладания ВПР половой системы у мальчиков может быть объяснен анатомо-физиологическими особенностями. У них преобладают ВПР наружных половых органов, которые диагностируются визуально, относительно легче и раньше, чем ВПР женских половых органов, которые чаще выявляются в более старшем возрасте, нередко в пре- и пубертатном периоде.

Помимо клинической диагностики, для выявления ВПР женских половых органов требуется проведение ультразвукового исследования, что может быть обусловлено симптомами, связанными с нарушениями мочеиспускания, эндокринологическими заболеваниями из-за дис- или агенезии яичников, а в старшем возрасте с бесплодием, нередко генетически детерминированным, особенно в сочетании с другими ВПР внутренних органов и систем организма.

Таким образом, изучение эпидемиологических аспектов ВПР у новорожденных детей в крупных промышленных центрах, одним из которых является

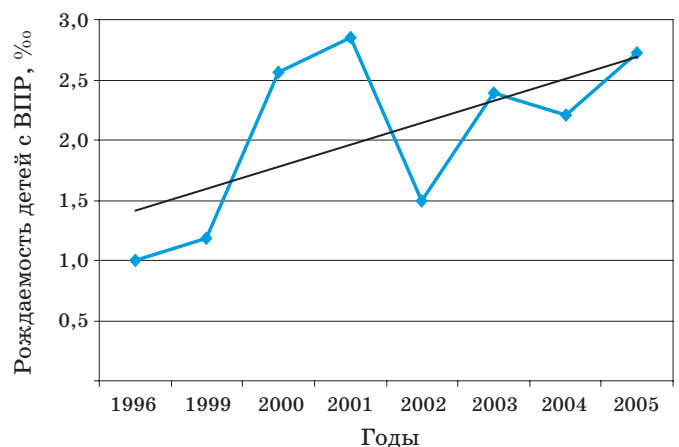


Рис. 2. Показатели рождаемости детей с ВПР половых органов за период наблюдения.

г. Омск, позволяет выявлять частоту, структуру и динамику патологии и подтверждает необходимость перманентного анализа эпидемиологической ситуации в регионах страны в отношении рождения детей с ВПР. Наибольшие значения показателей ВПР мочевой и половой системы в г. Омске зарегистрированы в Советском и

Кировском округах, прилегающих к активной промышленной зоне. Недостаточная диагностика ВПР внутренних органов мочевой и половой системы подтверждает необходимость массового ультразвукового скрининга новорожденных для раннего выявления и активного диспансерного наблюдения детей с ВПР.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бокарева Т.В.* Пороки развития у новорожденных детей в зоне «пучковости» врожденных аномалий (клинико-статистическое и серологическое исследование): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Омск, 1973.
2. *Кулакова Т.А.* Врожденные пороки мочеполовой системы у детей (клинико-статистическое исследование). Генетика. 1982; 28 (3): 494–497.
3. Терапология человека: руководство для врачей. Под ред. Г.И. Лазюка. М.: Медицина, 1991.
4. *Антонов О.В.* Врожденные пороки развития у новорож-

денных в крупном промышленном центре Западной Сибири (аспекты эпидемиологии и профилактики): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Омск, 1999.

5. *Лукьянов А.В.* Диспансеризация детей с инфекциями мочевой системы: Метод. указания. Омск, 2005.

6. *Антонов О.В., Долгих Т.И., Антонова И.В.* Пути оптимизации программы профилактики врожденных пороков развития у детей. Омск: Изд-во ГОУ ВПО «ОмГМА» Росздрава, 2006.