

МАТЕРИАЛЫ  
ИТОГОВОЙ НАУЧНОЙ СЕССИИ,  
ПОСВЯЩЕННОЙ ПРОБЛЕМЕ  
«ФИЗИОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ  
РАННЕГО ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»

20—22 апреля 1964 г.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

**Малышева Р. А.** (отв. редактор), **Леенсон Р. Е.**, **Султанова Г. Ф.**  
(отв. секретарь), **Согрина К. А.**, **Смирнова В. С.**, **Галеева Л. С.**,  
**Вершинина В. В.**, **Силина Э. М.**, **Капралова Р. С.**, **Чтецова В. М.**,  
**Климова Л. Н.**

# ЧАСТОТЫ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ПО ВЕРХ-ИСЕТСКОМУ РАЙОНУ ГОРОДА СВЕРДЛОВСКА В 1956—1963 гг.

*Мл. научн. сотр. Н. В. ГЛОТОВ*

Из Свердловского научно-исследовательского института ОММ

При изучении пороков развития одним из главных является вопрос об изменении их частоты в определенной местности с течением времени. В Свердловском институте ОММ число пороков развития в последние годы имеет тенденцию к повышению. На это указывают данные Р. А. Малышевой за 1951—1959 гг., А. М. Лидской за 1960—1962 гг., а также наши за 1963 г.

В институт ежегодно госпитализируется для родоразрешения из различных районов гор. Свердловска, Свердловской и иных областей большое число женщин, беременность которых отягощена самой разнообразной экстрагенитальной и акушерской патологией, причем относительное число таких случаев с каждым годом увеличивается. Состояние матери не может не влиять на вероятность появления порока у ребенка. Известен, например, тератогенный эффект ряда инфекций, перенесенных женщиной во время беременности (Фламм, 1962); частота некоторых пороков зависит от возраста матери — болезнь Дауна, пороки центральной нервной системы (В. В. Русских, 1963; Виигтап и др., 1958); увеличивает частоту пороков фактор гипоксии (В. Бадмаева, Л. Болховитинова, 1962) и т. д.

## Материал и методика

Учитывая вышесказанное, мы рассматривали лишь пороки развития среди новорожденных Верх-Исетского района, так как женщины, проживающие в этом районе, обращаются в институт вне зависимости от состояния здоровья. Этой мерой достигается в какой-то степени и другая цель: рассматривается более-менее постоянная группа населения, что важно в связи с указаниями на резкие колебания частот пороков в различных географических районах (Кисега, 1963). Однако полностью влияние патологии матери мы не исключали, поскольку в Верх-Исетском районе за рассматриваемые годы ее уровень тоже, несомненно, менялся. Следует также отметить, что этот подход не делает данные института сравнимыми с данными районных роддомов, так как последние, естественно, наиболее выраженную патологию передают институту, тем самым снижая свой процент патологии.

Мы не рассматривали в качестве пороков крипторхизм, грыжи, наличие зубов при рождении, мелкие папилломы, искривление носовой перегородки, поскольку эту группу следует отнести скорее к аномалиям и вариациям. Не учитывались также поро-

ки, заведомо неточно диагностируемые и сильно варьирующие в своем проявлении (пороки желчных путей, микрогнатия).

Из рассмотрения исключались пороки, диагностика которых резко изменилась на протяжении данного промежутка времени в связи со специальной работой, начатой в институте (врожденные вывихи, косолапость, кривошея, дисплазия тазобедренного сустава); необходимость этого шага станет очевидной, если указать, что случаи диагностики этих разновидностей пороков очень участились с 1960 года, а в 1963 году эта патология по институту составляет более 5%!

При проведении статистического анализа необходимо однозначное определение условий включения каждого наблюдения в статистику. Мы регистрировали только те случаи пороков, когда диагноз выносился «с точкой» (не с вопросительным знаком) на лицевую сторону истории болезни, а при наличии патологоанатомического диагноза учитывался только последний. Например, если даже в эпикризе диагноз поставлен «с точкой», но вынесен с вопросительным знаком, такой случай не учитывался в качестве порока.

Не учитывались пороки, диагностированные после выписки ребенка из отделения новорожденных при поступлении в детскую клинику. Это необходимо, поскольку нет гарантий, что ребенок, родившийся в институте ОММ, поступит в случае болезни обязательно в институт, а не в какое-то иное медицинское учреждение.

Существующая функциональная связь отделений новорожденных приводит иногда к повторному учету одного случая: возможен перевод ребенка из 1 отделения новорожденных или из отделения недоношенных во 2-е отделение новорожденных с повторной регистрацией; при окончательной проверке картотеки дубли исключены из рассмотрения.

Указания на порок отмечались по журналам регистрации новорожденных и протоколам вскрытий. Затем анализировались соответствующие истории болезни. Количество родов подсчитывалось по журналу регистрации родов. Необходимо отметить техническую сложность работы и неизбежность единичных ошибок.

Несмотря на некоторые недочеты (отдельные неточности в журналах регистрации новорожденных, историях болезни), качество документации и сохранность архива можно считать удовлетворительными.

### **Результаты и их оценка**

Динамика пороков развития по Верх-Исетскому району гор. Свердловска за 1956—1963 гг. приведена в таблице 1.

В таблице 2 представлена классификация пороков развития, как это делала Малышева Р. А. В группу «Прочие» вошли транспозиции внутренних органов и грыжа пупочного канатика.

Таблица 1

Динамика пороков развития по Верх-Исетскому району гор. Свердловска в 1956—1963 гг.

Год	Число родов	Число детей с пороками развития	Процент пороков
1956	1597	30	1,88
1957	1613	33	2,05
1958	1909	41	2,15
1959	1878	31	1,65
1960	1721	32	1,86
1961	1744	23	1,32
1962	1687	26	1,54
1963	1486	40	2,69

Таблица 2

## Классификация пороков развития

№№ п.п.	Вид порока	Годы							
		1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963
1	Пороки центральной нервной системы . . . . .	5	3	4	4	—	2	1	4
2	Болезнь Дауна . . . . .	—	3	7	3	2	2	3	1
3	Сердечно-сосудистая система . . . . .	9	11	9	8	9	7	2	12
4	Пороки органов дыхания . . . . .	4	1	—	2	2	2	—	5
5	Диафрагмальные грыжи . . . . .	1	—	—	—	1	—	—	—
6	Эктопии внутренних органов . . . . .	—	—	—	—	—	—	—	—
7	Пороки желудочно-кишечного тракта . . . . .	1	3	3	1	1	1	—	3
8	Пороки почек . . . . .	—	—	1	1	1	—	1	1
9	Пороки опорно-двигательного аппарата . . . . .	3	2	5	3	2	2	8	3
10	Пороки челюстно-лицевого аппарата . . . . .	4	5	5	—	3	2	3	3
11	Пороки полового аппарата . . . . .	1	1	2	3	2	—	3	5
12	Опухоли . . . . .	1	—	2	3	2	3	3	—
13	Множественные пороки . . . . .	1	4	2	3	7	1	2	2
14	Прочие . . . . .	—	—	1	—	—	1	—	—
В с е г о . . . . .		30	33	41	31	32	23	26	40

На 13635 родов было зарегистрировано 256 случаев пороков, что составляет 1,88%. Систематического изменения частоты пороков во времени нет. Для выяснения различий между наблюдаемыми частотами применен критерий  $\chi^2$ , как это рекомендует Янко (1961). Для  $\chi^2=11,55$   $P>0,1$ , что означает отсутствие статистически достоверных различий между отдельными частотами.

Клинический диагноз порока развития внутренних органов

часто неточен; кроме того, не все пороки могут быть диагностированы при жизни в первые 10—20 дней. Патологоанатомическое исследование не только решает вопрос о диагностике окончательно, но может выявить и новые пороки. Если за какой-то год преобладало число мертворождений и смерти детей с пороками относительно числа детей с пороками, выписанных из клиники, то можно сказать, что точность диагностики была относительно выше. Мы проверили материал на однородность этого ежегодного соотношения. Для таблицы сопряженности признаков  $2 \times 8$  (таблица 3)  $\chi^2=10,3$   $P>0,1$ , т. е. различия статистически не достоверны (Янко, 1961).

Таблица 3

Соотношение числа детей, оставшихся в живых с числом мертворожденных и умерших

Число детей с пороками	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	Всего
Живые	18	21	28	22	22	21	21	32	185
Умершие и мертворожденные	12	12	13	9	10	2	5	8	71
Всего	30	33	41	31	32	23	26	40	256

Мы не учитывали в настоящей работе влияние на частоту пороков миграции населения, не анализировали особенностей диагностики различных видов пороков, не учитывали возрастной состав матерей. Поэтому окончательное заключение нужно формулировать аккуратно: проведенное по описанной методике исследование не дало данных, говорящих об изменении частоты пороков развития за последние восемь лет.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бадмаева В., Болховитинова Л. Пороки развития, БМЭ, изд. 2, М., 1962, т. 25, стр. 1070—1071.
2. Малышева Р. А. О динамике пороков развития у новорожденных (по материалам института ОММ за 1950—1958 гг.). Тезисы докл. научн. конференции по проблеме «Наследственность и вопросы патологии человека».
3. Малышева Р. А. Цит. по БМЭ, изд. 2, М., 1962, т. 25, стр. 1067.
4. Русских В. В. О патогенезе и основах современного лечения болезни Дауна, М., 1963, стр. 29—30.
5. Флам м Г. Пренатальные инфекции человека, М., 1962.
6. Янко Я. Математико-статистические таблицы, М., 1961, стр. 87.
7. Buurman G., Langendörfer G., Noack J., Witt H. J. Vorkommen und Verteilung von Mißbildungen in den letzten fünfundfünfzig Jahren. Zbl. Gynäk., 1958, 80, 36, 1432—1442.
8. Kucera J. Soucasný stav a vývoj problematiky vrozených vad ve svete a u nás. Cs. Pediat., 1963, XVII, 5, 400—411.