

УДК 614.8026.1:618.396

**РОЛЬ ФАКТОРОВ «РИСКА» РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Т.С. Буйлашев, А.Э. Самигуллина, Э.М. Жумашева

Представлены данные о влиянии основных факторов риска рождения детей с низкой массой тела.

Ключевые слова: низкая масса тела; беременность; гестозы; факторы риска.

THE ROLE OF «RISK» FACTORS OF LOW BIRTH WEIGHT (REVIEW)

T.S. Builashev, A.E. Samigullina, E.M. Gumasheva

It is presented data on the impact of the major risk factors for low birth weight.

Key words: low birth weight; pregnancy; gestosis; risk factors.

Актуальность. Многочисленными исследованиями установлено, что на частоту рождения детей с низкой массой тела (НМТ) (2500 г и менее) оказывает влияние целый ряд факторов: социально-биологических, экономических, медицинских, демографических и др. [1–6].

В современных условиях нестабильности и снижения социально-экономического уровня жизни населения в динамике увеличивается количество женщин, имеющих дефицит массы тела (ДМТ). Установлено отрицательное влияние ДМТ женщины на течение беременности, родов, внутриутробное развитие плода и новорожденного, что является одной из социально-биологических причин рождения маловесных детей (МВД). Н.Н. Володин с соавт. (2007 г.), указывает, что в патогенезе нарушения внутриутробного развития плода и рождения детей с низкой массой тела (НМТ) исходный дефицит питания у матери, имеющий место до наступления настоящей беременности и своевременно не компенсированный, влечет за собой неадекватность пищевого обеспечения и депонирования во время беременности. В связи с этим, в условиях неблагоприятной пищевой обеспеченности и начавшейся потери массы тела матери, организм ее во время беременности способен включать мощные механизмы самосохранения. С этого периода недостаточность питания в основном отражается на развитии плода. Далее автор указывает, что особенно важными значениями для ис-

хода беременности как для матери, так и для плода имеет весовая прибавка во II и III триместрах. Наиболее благоприятный исход беременности с меньшим риском для матери и плода, для здоровья детей в раннем неонатальном периоде, для последующего их физического и интеллектуального развития в тех случаях, когда весовая прибавка за весь период беременности, составляет 11–13 кг. В этом же направлении ряд авторов указывает, что при ДМТ у женщины во время беременности развивается максимальная компенсаторная реакция в плаценте, что способствует относительно благополучному течению беременности, родов и рождению детей с достаточной массой тела. Однако при выраженной недостаточности массы тела у матери плацентарная недостаточность носит субкомпенсаторный характер. В результате у этих женщин развивается угроза прерывания беременности (УПБ), преждевременное отхождение околоплодных вод, рождение маловесных детей (МВД) [4].

В некоторых исследованиях доказано, что у матери с массой тела во время беременности менее 54 кг риск преждевременных родов составляет 1,25; риск рождения плода с отставанием роста от срока гестации – 1,84 [7, 8].

Проведен ряд исследований по изучению повреждающего влияния на плод курения во время беременности. Установлено, что при курении у женщины во время беременности сокращается продолжительность срока гестации, уменьшается

средняя масса тела новорожденных детей как за счет недонашивания, так и отставания их в развитии. Установлено также, что с увеличением возраста матери усиливается отрицательное воздействие курения на рост и гестационный возраст плода. Так, по данным Н.Н. Володина и соавт. (2007 г.), курение сопровождается 5-кратным увеличением риска нарушения роста плода у женщин старше 35 лет и менее чем 2-кратным увеличением этого риска у женщин моложе 17 лет. Курение ведет к уменьшению массы тела плода на 134,0 г в среднем у юных и 301,0 г у женщин старше 35 лет.

Отрицательные последствия курения во время беременности объясняются влиянием никотина, монооксида углерода, повышенной потребностью в витаминах и микроэлементах, в то время как беременная не всегда может удовлетворить повышенную потребность в них.

В литературе имеются сведения об отрицательном влиянии на массу тела плода и новорожденного порядкового номера беременности и родов и интервала между родами. Наибольшая частота рождения детей с НМТ наблюдается после 4-й беременности и 3-х родов, наименьшая – при интервале между родами в 2 года. Если интервал между родами 6 лет и более, то риск рождения детей с НМТ увеличивается [9].

По данным многих исследований известно, что возраст родителей, особенно матери, имеет на внутриутробное развитие плода существенное влияние. Показано, что в юном возрасте матери (до 19 лет) и в позднем репродуктивном (старше 35 лет) отмечается тенденция к увеличению частоты рождения детей с НМТ. У матерей возрастной группы до 20 лет удельный вес родившихся детей с НМТ в среднем составляет 8,4 %, а среди матерей в возрасте 40 лет и старше – 9,5 %. В остальных возрастных группах этот показатель колеблется от 5,1 до 6,4 % [9].

Из физических факторов со стороны матери, способствующих рождению детей с НМТ, существенное значение имеют рост и масса тела. Установлено, что рост женщины менее 153 см и масса тела менее 50 кг являются предрасполагающими факторами в формировании задержки внутриутробного развития (ЗВУР) плода.

Формированию ЗВУР плода и рождению МВД способствуют экстрагенитальные заболевания (ЭГЗ) матери и осложнения беременности, развившейся на их фоне [9–11]. Доказано, что сочетание беременности с ЭГЗ ведет к нарушению обменных процессов в фетоплацентарном комплексе и развитию плацентарной недостаточности, основным проявлением которой являются внутриутробная гипоксия, гипотрофия плода и рождение МВД. За

последние годы заболеваемость хроническими неспецифическими болезнями (ХНЗ) легких неуклонно растет во всех странах мира. Основной причиной этого является воздействие неблагоприятных экологических факторов. В то же время заболевания органов дыхания являются одной из основных причин развития кислородной недостаточности в организме беременной женщины и всех вытекающих на этом фоне последствий для плода. По данным В.И. Кулакова и соавт. (2002 г.), удельный вес беременных, страдающих ЭГЗ, в различных регионах республики колеблется от 60,0 до 80,0 % без тенденции к снижению. Это связано со значительным изменением социально-экономической обстановки в сторону снижения прожиточного уровня населения, ухудшения медикаментозного обеспечения, снижения активности медицинских работников по диспансерному наблюдению беременных.

Многочисленными исследованиями установлено, что осложнения беременности, прежде всего поздние гестозы, оказывают неблагоприятное воздействие на внутриутробное развитие плода, на формирование ЗВУР плода и рождение МВД. Исследованиями А.К. Шаршенова с соавт. (2001 г.) установлено, что потери детей в перинатальном периоде, родившихся от матерей с тяжелой формой позднего гестоза, в среднем составляют 71,0 %. ОПГ-гестоз (острая почечная гипертензия), вследствие его высокой частоты в сочетании с другими осложнениями и заболеваниями, способствует ЗВУР плода и рождению маловесных детей (МВД). Авторы считают, что основными патофизиологическими факторами при гестозе, ведущими к рождению МВД, являются нарушения маточно-плацентарного кровообращения, что является причиной отставания физического и умственного развития: у каждого пятого ребенка, родившегося от матерей с ОПГ-гестозом, имеются нарушения физического и психоэмоционального развития.

В последнее десятилетие, в связи с более глубокими, современными методами обследования беременных женщин, установлено, что внутриутробное инфицирование (ВУИ) плода, его своевременное выявление и профилактика составляют одну из актуальных проблем. Частота ВУИ колеблется, по данным литературы, от 6,0 до 53,0 %, а среди недоношенных, в большинстве своем, маловесных детей – до 70,0 %. При ВУИ в ранние сроки гестации формируется плацентарная недостаточность, что зачастую заканчивается самопроизвольным выкидышем или ЗВУР плода или внутриутробной смертью плода. При инфицировании в более поздние сроки беременности формируется вторичная плацентарная недостаточность, ЗВУР плода и рождение детей с НМТ. Т.П. Мальцева

с соавт. (2005 г.) указывают, что только у 40–43 % беременных имеется нормальная флора влагалища. Изменилась и структура инфекционной заболеваемости беременных. Резко возросла роль возбудителей заболеваний, передаваемых половым путем (хламидия, микопlasма, цитомегаловирус и др.).

Причины невынашивания беременности очень разнообразны. В целом их делят на генетические – 5 %, эндокринные – 17 %, анатомические – 12 %, иммунные – 50 %, инфекционные – 6 % и другие – 10 % [12].

В исследованиях последних лет большое внимание уделяется роли токсоплазмоза в этиологии самопроизвольных выкидышей и рождении детей с НМТ. С этой целью проведен ряд эпидемиологических исследований, в результате которых у большинства женщин с самопроизвольными выкидышами при лабораторном исследовании наблюдалась положительная реакция на токсоплазмоз [9, 13].

Литература

1. Агафонова О.В. Оптимизация оказания медицинской помощи беременным с экстрагенитальными заболеваниями / О.В. Агафонова // Проблемы социальной гигиены здравоохранения и истории медицины. М., 2002. № 3. С. 44–46.
2. Алайдарова Ж.С. Модель перинатальной охраны плода при внутриутробном инфицировании: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01 / Ж.С. Алайдарова. Бишкек, 2002. 23 с.
3. Буштырев В.А. Балльная оценка состояния здоровья недоношенных новорожденных с перинатальными инфекциями / В.А. Буштырев, Н.Б. Лаура, Н.И. Захарова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. М.: Медиа Сфера, 2006. № 3. С. 11–14.
4. Володин Н.Н. Неонатология: национальное руководство / Н.Н. Володин. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 848 с.
5. Kaija Mikkola. Neurodevelopmental Outcome at 5 Years of Age of a National Cohort of Extremely Low Birth Weight Infants Who Were Born in 1996–1997 / Mikkola Kaija // Pediatrics. December 2005. V. 116. P. 1391–1400.
6. Bryan S.M. Normal and abnormal fetal growth / S.M. Bryan, P.C. Hindmarsh // Horm Res, 2006; 65(3): 19–27.
7. Принципы выхаживания детей с экстремально низкой массой тела / Н.Н. Володин, Д.Н. Дегтярев // Вопросы акушерства, гинекологии и перинатологии. М., 2003. № 2. С. 64–69.
8. Демьянова Т.Г. Наблюдение за глубоко недоношенными детьми на первом году жизни / Т.Г. Демьянова, Л.Я. Григорьянц, Т.Г. Авдеева. М.: Медпрактика, 2006. 148 с.
9. Кулаков В.И. Преждевременные роды / В.И. Кулаков, Л.Е. Мурашко. М.: Медицина, 2002. 176 с.
10. Токоева А.А. Иммунологические аспекты невынашивания беременности у женщин Кыргызстана / А.А. Токоева // Медицинские кадры XXI века. Бишкек, 2007. № 2. С. 168–171.
11. Фролова О.Г. Медико-социальные аспекты преждевременных родов / О.Г. Фролова, Н.А. Дурасова // Акушерство и гинекология. М., 2008. № 3. С. 36–38.
12. Микоплазменная инфекция в акушерской и перинатальной патологии / Л.И. Мальцева, Т.П. Зефирова, Л.А. Лобова и др. // Казанский медицинский журнал. Казань, 2005. Т. 2. № 86. С. 131–133.
13. Шаршенов А.К. Прогнозирование и пути профилактики перинатальных потерь в Кыргызской Республике / А.К. Шаршенов, М.С. Мусуралиев. Бишкек, 2001. 174 с.