



Экзогенные Факторы Риска Развития Врожденной Расщелины Верхней Губы И Неба И Ее Пренатальная Ультразвуковая Диагностика

1. Муртазаев Сайдало Муртазаевич
2. Шомуродов Элбек Турсунпулатович

Received 30th Oct 2021,
Accepted 26th Nov 2021,
Online 30th Dec 2021

¹ профессор кафедры детской челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института

²Ассистент кафедры детской челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института

Аннотация: В данной статье нами было изучены экзогенные факторы, вызывающих формирование врожденной расщелины губы и неба и пренатальная диагностика данной патологии у плодов. Было обследовано 69 женщин фертильного возраста, родивших детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в разные по счету беременности (результаты пренатального ультразвукового исследования.), и обратившихся в клинику детской хирургической стоматологии с новорожденными на лечение. На основании изучения анамнеза течения беременности у 69 женщин, родивших ребенка с врожденной расщелиной верхней губы и неба, 29% детей приходилось на первую, а 71% на последующие беременности. При ультразвуковом обследовании у 65% женщин отмечено помутнение околоплодных вод, из них в 11,5% случаев с многоводием, а 2,8% с маловодием. У 23% женщин до рождения ребенка с врожденной расщелиной верхней губы и неба предшествовали выкидыши и недоразвитие плода, причиной которых являлась TORCH инфекция. Установлена некачественная ультразвуковая диагностика в 13% случаев аномалий развития плода в пренатальном периоде.

Ключевые слова: врожденные пороки развития лица, ультразвуковая диагностика, экзогенные факторы.

Актуальность: Врожденные расщелины верхней губы и неба (ВРГН) являются одной из актуальных проблем детской стоматологии. Несмотря на большое количество работ, посвященных профилактике и лечению этих патологий, существует множество нерешенных проблем.

Врожденная расщелина верхней губы и неба сопровождается тяжелым комплексом анатомо-функциональных нарушений зубочелюстной и других систем, требующих длительного многоэтапного ортодонтического и хирургического лечения. Реабилитация детей с

ВРГН начинается с периода новорожденности и заканчивается к 16-17 годам жизни ребенка. Особенно при её сквозных формах.

В Российской Федерации региональные показатели частоты колеблются от 1:630 до 1:1290[5]. В Узбекистане, как и в других частях планеты, частота рождения детей ВРГН выше и составляет 1:745, а в зоне Аральского региона соотношение 1:540 живорожденных детей [1,4,10].

Высокая частота рождения детей с врожденными расщелинами губы и неба в зоне Аральского моря объясняется влиянием на эмбриогенез нарушенной экологией данного региона. Все причины развития врожденной расщелины верхней губы и неба можно условно разделить на экзогенные, эндогенные и наследственные. Из экзогенных факторов следует отметить ионизирующую радиацию, химические мутагены, включая лекарственные вещества, профессиональные вредности.

Общеизвестно, что воздействие неблагоприятных факторов в первой половине беременности, начиная со второй недели, может привести к развитию патологии плода, в том числе и формированию врожденной расщелины верхней губы и неба. Установлено, что 70% таких пороков развития обусловлены влиянием экзогенных факторов, 20% генными и 10% - хромосомными [11].

Из экзогенных факторов следует выделить болезни матери в первые два месяца беременности, хронические заболевания половых органов, вирусные респираторные и приобретенные инфекции[4].

Необходимо большое внимание уделить на экзогенные причины, особенно связанные с заболеваниями матери во время беременности.

Врожденные расщелины верхней губы и неба могут быть выявлены во время беременности. В связи с этим проводится пренатальная ультразвуковая диагностика ВРГН. Эти исследования принципиально не влияют на течение беременности, но позволяют в последующем заранее спланировать квалифицированную специализированную медицинскую помощь новорожденному с первых дней жизни.

Кроме того, УЗИ – диагностика ВРГН у плода в ранний период эмбриогенеза позволяет решить вопрос прерывания беременности, особенно в том случае, если уже были факты рождения ребенка с такой же патологией в этой семье. Немаловажное значение имеют социально-экономические вопросы реабилитации детей с этой патологией.

Целью нашей работы является изучение социально-экономических и экзогенных факторов, вызывающих формирование врожденной расщелины губы и неба и пренатальная ультразвуковая диагностика данной патологии у плодов.

Материал и методы исследования

Было изучено течение беременности у 69 женщин фертильного возраста, родивших детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба, и обратившихся в клинику детской хирургической стоматологии с новорожденными на лечение, а также результаты пренатального ультразвукового исследования.

Результаты исследования: В таблице 1 показаны распределения детей с ВРГН в зависимости от счёта беременности женщин, родивших детей с ВРГН.

Таблица 1: Распределение детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в зависимости от беременности

Какая беременность по счету	Число женщин (n=69)	% от общего числа
Первая	20	29 %
Вторая	20	29 %
Третья	17	24,6 %
Четвертая	7	10,1 %
Пятая	5	7,3 %

Из 69 опрошенных женщин (таблица №1) случаев рождения ребенка с врожденной расщелиной верхней губы и неба в первой беременности отмечено у 29% (n=20), во второй беременности у 29% (n = 20), в третьей у 24,6% (n = 17), в четвертой у 10,1% (n = 7) и в пятой 7,3 % (n = 5).

Таким образом, анализ полученных результатов показывает, что в 29% случаев рождение ребенка с врожденной патологией приходится на первую беременность, а в 71% патология наблюдалась в последующих беременностях.

Таблица №2

Беременность	Мутные воды	Многоводие	Маловодие	TORCH инфекция
I (n=20)	11	3	1	2
II (n=20)	14	4	1	7
III (n=17)	9	1	-	4
IV (n=7)	5	2	-	1
V (n=5)	2	-	-	2
69	41	10	2	16

При ультразвуковом исследовании у 55 % (n = 45) беременных женщин отмечено помутнение околоплодных вод, из них в 11,5% (n=8) случаев сопровождалось с многоводием, в 2,8% случаев (n = 2) наблюдалось маловодие.

У 23,1% (n = 16) женщин из 69 в анамнезе до рождения ребенка с врожденной расщелины верхней губы и неба, предшествующие беременности завершались выкидышами (n=5) и недоразвитием плода (n=11). У всех 16 женщин с патологическим течением беременности (выкидыши, недоразвитие плода) при лабораторных исследованиях была выявлена TORCH инфекция в различных сочетаниях.

В норме на ранних сроках гестации амниотическая жидкость имеет желтоватый оттенок, затем она становится более светлой и прозрачной, к концу беременности может быть мутной и опалесцирующей[12]. Изменение цвета околоплодной жидкости, отмеченная нами у 74% женщин уже во II триместре беременности расценивается как патология, поскольку состояние плода и состав околоплодных вод тесно взаимосвязаны [14].

Значение околоплодной среды в формировании, развитии и росте плода чрезвычайно важно, как при физиологически протекающей беременности, так и при неблагоприятных условиях внутриутробного развития плода, связанных с осложнениями беременности, родов, а также с заболеваниями матери[12].

Таблица 3: Показатели перенатальной ультразвуковой диагностики детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в зависимости от срока беременности

Сроки беременности в неделях	Число детей
12	1
16	4
28	2
30	1
32	1

В современных условиях рост частоты случаев многоводия связан с увеличением инфицирования женщин репродуктивного возраста, иммунодефицита и гормональных нарушений. Многоводие является специфическим признаком внутриутробной инфекции [7].

На основе изучения микробиоценоза амниотических вод выдвинута гипотеза, что ряд отклонений в течении беременности и преждевременные роды могут быть обусловлены вялотекущим микробным воспалением матки [7]. По данным Топольницкого О.З.(2017 г.) одной из причин врожденной патологии выделяют наличие внутриутробной инфекции. Кроме того, в возникновении врожденной патологии имеет большое значение доза тератогена. Малая доза может оказать незначительный эффект или не оказать эффекта. Средняя доза может вести к органоспецифическим повреждениям и уродству, а высокие дозы – к смерти. Подтверждением вышесказанному являются наблюдения у 16 (23%) беременных женщин. У наблюдаемых нами женщин до рождения ребенка с врожденной патологией в анамнезе наблюдались выкидыши или недоразвитие плода. В последующих лабораторных исследованиях у этих (n=16) женщин выявлены латентно – текущие хронические смешанные TORCH– инфекции. Проведенная прегестационная этиопатогенетическая терапия у больных женщин способствовало рождению здорового ребенка. В последующей беременности у тех же родителей родились дети с врожденной патологией, что по-видимому связано с реактивацией хронической TORCH–инфекции. Хронические TORCH – инфекции приводят к фетопланцетарной недостаточности, аутоиммунизации и проникновению инфекции к плоду [2].

По данным В.К. Чайка (2006 г.) инфицирование женщин репродуктивного возраста цетомегаловирусной инфекцией довольно широко распространено и составляет 60- 90 %. Почти 90% детей и подростков являются вирусоносителями. Хламидийная инфекция у молодых женщин по данным ВОЗ диагностируется в 1,5 раза чаще, чем гонорея и в 7,5 раз чаще, чем сифилис.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно заключить, что у 65% обследованных женщин основной причиной развития врожденной патологии является экзогенный фактор, а именно инфекция матери, тогда как наследственный фактор нами установлен лишь у 16% обследованных.

Немаловажную роль в поддержании структуры генома и эмбрионального деления клеток, а также в регуляции гемопоэза и предотвращения возникновения пороков развития плода играет фолиевая кислота[6].

Приём фолиевой кислоты в дозе 400 мг/сутки в период подготовки и во время беременности предупреждая развития дефекта нервной трубки способствует снижению частоты развития аномалий плода и формированию врожденной расщелины губы и нёба [15]. К большому сожалению проведенный опрос матерей, родивших детей с расщелиной верхней губы и неба, о приеме фолиевой кислоты в критический период беременности, 70% женщин не имели представления об этом препарате.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно заключить, что в женских консультативных кабинетах среди беременных женщин фертильного возраста не проводится на должном уровне осмотры, терапия осложнений беременности и профилактика врожденных пороков развития.

Расщелины губы и неба могут быть выявлены во время беременности. Точность пренатальной диагностики черепно – лицевых пороков развития принципиально не влияет на тактику ведения беременности и позволяет заранее планировать квалифицированную помощь новорожденному или решать вопрос о прерывании беременности. При диагностике расщелины лица до родов перед семьей стоит проблема сохранения или прерывания беременности, так как она является не столько медицинской, сколько социальной и финансовой проблемой, особенно при уже имеющемся в семье случае рождения ребенка с данной патологией.

Ультразвуковое исследование плода является высокоинформативным методом пренатального скрининга по выявлению черепно – лицевых пороков развития. Чувствительность этого метода в отношении данных патологий составляет более 77%. Наиболее информативной методикой пренатальной ультразвуковой диагностики черепно – пороков развития является мультиплоскостное сканирование структур лица плода во фронтальной, горизонтальной и сагиттальной плоскостях. Эффективность применения этой методики 100% [13].

У всех опрошенных нами женщин (таблица №3), родивших детей со сквозными расщелинами губы и неба, только у 9 (13%) в пренатальном периоде у плода была диагностирована врожденная патология, хотя ультразвуковое исследование проходили все беременные женщины, причем неоднократно во всех триместрах беременности. Как видно из таблицы 2, врожденная расщелина на 12 неделе беременности обнаружена у одного плода, 16 неделе - у четырех, 28-32 неделе 4 случаев.

Таким образом на основании полученных данных необходимо отметить о низком уровне профилактики врожденных пороков пренатальной ультразвуковой диагностики черепно – лицевых пороков развития в Республике.

Выводы: Полученные нами данные обследования и опроса 65% матерей в перинатальном периоде беременности указывают на ведущую роль инфекции урогенитальной системы в совокупности с другими факторами в формировании и развитии у детей врожденной расщелины губы и неба. Низкий уровень ультразвуковой диагностики в антенатальном периоде ставит перед скрининг центрами большие задачи по раннему выявлению патологии развития.

Микробиологические исследования женщин перед и во время беременности и проведение при необходимости этиопатогенетического лечения в сочетании с фолатотерапией поможет значительно снизить число рождения детей с врожденной расщелиной губы и неба.

Для этого в Республике необходимо наладить тесную связь работы стоматологов с врачами гинекологами и со скрининг центрами. Ежегодно проводить анализ и обсуждение частоты рождаемости детей с врожденной расщелиной губы и неба.

Литература

1. Амануллаев Р.А. Совершенствование медицинской реабилитации детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба в Республике Узбекистан: Автореф. дис....д-ра мед.наук. – Ташкент, 2005.
2. Бабаджанова Г.С. Патогенетические аспекты нарушений репродуктивной функции, их коррекция и прогнозирование здорового потомства у женщин с некоторыми видами хронических TORCH-инфекции: Автореф. дис....д-ра мед.наук.- Ташкент, 2002.

3. Гуньков В.О. Протеомный анализ околоплодных вод при физиологической и осложнённой беременности: Автореф.дис. ...канд. мед. наук. - Ростов, 2012.
4. Иноятон А.Ш. Экологические клиничко – иммунологические факторы риска развития врожденных пороков челюстно – лицевой области и их профилактика: Автореф. дис. ... д-ра мед.наук, 2017.
5. Исаков Л.О. Комплексная реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба и профилактика их развития в Республике Сохи: Автореф.дис. ...канд. мед.наук. – Иркутск, 2009.
6. Керешко Г.О. и соавт. Оптимизация терапии фолатами при осложнениях беременности // Акушерство и женские болезни. 2013. - том LXII, №6.- С. 25 – 36.
7. Кулавский Е.В. Особенности терапии беременности и родов при многоводии: Автореф. дис. ...канд. мед.наук. - Уфа, 2004.
8. Мачалова М.Н. и соавт. Роль состава околоплодных вод в структуре перинатальной патологии //Акушерство и женские болезни. – 2019.-Том 68, №2.
9. Макарова С.Г. Влияние различных факторов на ранние этапы формирования кишечной микробиоты // Педиатрическая фармакология. - Том 13, №3. – С. 270 – 282.
10. Муртазаев С.М. Ранняя комплексная предоперационная подготовка и лечение детей с врожденной сквозной расщелиной верхней губы и неба:Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. – Ташкент, 2010.
11. Притков А.Г. Этиологические факторы врожденных пороков развития черепно – лицевой области (обзор современных данных) // Актуальные проблемы комплексного лечения и реабилитации детей с врожденной краниофациальной и невропатологией: материалы 1 международного симпозиума 19 – 21 ноября. – Москва, 1996. – С. 53 – 55
12. Родзинский В.Е. Акушерство. - Москва, 2016.
13. Топольницкий О.З. Детская стоматология. – Москва, 2017.
14. Таласенко А.К., Грищенко О.В. Изучение физико-химических свойств околоплодных вод методом динамической тензометрии // Научное сообщество студентов XXI столетия. Естественные науки. - Новосибирск, 2015. - С 47 – 51.
15. Shomurodov, K., Khaidarov, N., & Kamalova, M. (2021). The formation and eruption of baby teeth in children. Збірник наукових праць scientia. вилучено із
16. SalrgnoP.et.al. Folicacid and congenital malformation scientific evidence and public health strategies //Ann.ig. - 2009. –Vol. 20, N6. – P.519 – 530.