

поражение соединительной ткани, поддерживает реактивные воспалительные процессы и дегенеративные изменения в хряще, обуславливает повреждение эндотелиоцитов сосудистой стенки посредством запуска липопероксидации мембран. В свою очередь, накопление продуктов ПОЛ способствует лабильности мембран лизосом и выходу лизосомальных ферментов с последующим участием их в формировании пораженных сосудов, нарушении процессов микроциркуляции, усугублении дегенерации хряща и синовиальной ткани.

При сравнительном анализе уровней активности лизосомальных ферментов (β -галактозидаза, кислая фосфатаза), являющихся маркерами проницаемости лизосомальных мембран и показателями повышения активности перекисного окисления липидов и снижения активности показателей антиоксидантной защиты установлено, что аутоантитела к синовиальному антигену (в сыворотке крови и синовиальной жидкости) чаще выявляются у больных с более высокой активнос-

тью лизосомальных ферментов, чем у пациентов, у которых уровень лизосомальных ферментов не выходит за пределы контрольных цифр.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Л. И. Перспективы хондропротекторной терапии остеоартроза / Л. И. Алексеева // Научно-практическая ревматология. — 2003. — № 5. — С. 20-24.

2. Лобенко А. А. Остеопения и остеоопороз у моряков / А. А. Лобенко, А. М. Игнатъев, Т. А. Ермоленко // Остеопороз: эпидемиология, клиника, диагностика, профилактика и лечение. — Х. : Золотые страницы, 2002. — С. 252-262.

3. Коваленко В. Н. Остеоартроз : практ. руководство / В. Н. Коваленко, О. П. Борткевич. — К. : Морион, 2005. — 592 с.

4. Лиля А. М. Терафлекс в комплексной терапии остеоартроза коленных суставов и остеоартроза позвоночника / А. М. Лиля, В. И. Мазуров, О. В. Шидловская // РМЖ. Ревматология. — 2005. — Т. 13, № 24. — С. 1618-1622.

5. Лучихина Л. В. Артроз. Ранняя диагностика и патогенетическая терапия / Л. В. Лучихина. — М., 2001. — 158 с.

6. Насонова В. А. Итоги многоцентрового клинического исследования препарата структум в России / В. А. Насонова, Л. И. Алексеева, Г. С. Архангельская // Терапевтический архив. — 2001. — № 11. — С. 81-87.

7. Поливода А. Н. Артроз. Консервативные и хирургические методы в лечении и этапной медицинской реабилитации / А. Н. Поливода, А. Г. Литвиненко, В. А. Вишневецкий. — Одесса : Астропринт, 2007. — 319 с.

8. Cox J. M. Low Back Pain: Mechanism, Diagnosis and Treatment / J. M. Cox. — 6th ed. — Baltimore : Williams Wilkins, 1999. — 435 p.

9. Heike A. Osteoarthritis — an in-treatable disease? / A. Heike, M. Wieland, J. Beruhard // Nature Publishing Group. — 2005. — Vol. 4. — P. 331-345.

10. Jordan K. M. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis / K. M. Jordan, N. K. Arden, M. Doherty // Ann. Rheum. Dis. — 2003. — Vol. 62. — P. 1145-1155.

11. Leeb B. F. A meta analysis of chondroitin sulphate in the treatment of osteoarthritis / B. F. Leeb // Arthritis Rheum. — 2000. — N 5. — P. 130-133.

12. Lequesne M. G. The algofunctional indices for and knee osteoarthritis / M. G. Lequesne // J. Rheumatol. — 1997. — Vol. 24, N 4. — P. 779-781.

13. Masieres B. Chondroitin sulphate in osteoarthritis of the knee: a prospective, double blind, placebo controlled multicenters clinical study / B. Masieres, B. Combe // J. Rheumatol. — 2001. — Vol. 28. — P. 173-181.

14. Wolfe F. Measurement of the quality of the in rheumatic disorder using the EuroQool / F. Wolfe, D. Hawley // Br. J. Rheumatol. — 1997. — Vol. 37, N 7. — P. 786-793.

УДК 616.89-008-053.8+615.851

М. М. Пустовойт

ПАТОГНОМОНІЧНІ ОЗНАКИ ОСОБИСТОСТІ ЖІНОК З ІНВОЛЮЦІЙНИМ ПСИХОЗОМ

Одеський державний медичний університет

Вступ

Упродовж багатьох років і до теперішнього часу психічні розлади пізнього віку прийнято поділяти на інволюційні функціональні (зворотні) психози, що не ведуть до розвитку слабоумства, та органічні, що виникають на ґрунті дегенеративного процесу в головному мозку і супроводжуються розвит-

ком грубих порушень у сфері пам'яті й інтелекту [1]. До інволюційних психозів належать інволюційна депресія та інволюційний параноїд. Проблеми діагностики і лікування інволюційних психозів сьогодні є актуальними з декількох причин. Це, насамперед, постаріння населення, що спостерігається як тенденція останніх десятиліть і призводить до зростання кіль-

кості осіб з психічною патологією, яка розвивається в інволюційному періоді життя [2]. По-друге, у науковій медичній літературі багато уваги приділяється хворобливим проявам клімаксу та посткліматеричного періоду, зокрема і в психічній сфері життя [3]. Огляд літератури [4] показав, що у патогенезі інволюційних психозів особистісний фактор розглядався пе-



реважно дуже схематично і зводився до окремих преморбідних рис (вразливість, ригідність) без яких-небудь спроб систематизації чи концептуалізації. Тому ми вирішили сконцентрувати свою роботу на з'ясуванні питання: яку роль відіграє особистісний фактор у патогенезі інволюційного психозу?

У попередніх публікаціях, на окремо взятих прикладах, було продемонстровано, як преморбідна структура особистості хворого стає провідною ланкою у процесі розвитку та психопатологічного оформлення інволюційного психозу [5]. Також були опубліковані феноменологічні закономірності проявів і провідні психопатологічні ознаки «узагальненої» особистості пацієнток з інволюційним психозом [6]. Проте необхідно було провести порівняльну перевірку наявності (чи відсутності) отриманих психопатологічних ознак у контрольній групі жінок аналогічного віку. Власне, така перевірка і була **метою** даної роботи.

Для реалізації означеної мети дослідження були поставлені такі завдання:

1. Розробити процедуру перевірки наявності (чи відсутності) отриманих на попередніх етапах дослідження психопатологічних ознак особистості жінок з інволюційним психозом у контрольній групі.

2. Провести перевірку наявності (чи відсутності) отриманих психопатологічних ознак в контрольній групі.

3. Провести статистичну обробку отриманих результатів.

4. Встановити, які психопатологічні ознаки мають найбільшу дискримінаційну (диференційно-діагностичну) здатність.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі клінічних відділень кафедри психіатрії Одеського медичного університету (зав. кафедри, чл.-кор. АМН України д. мед. н., проф. В. С. Бітенський)

Одеської обласної психіатричної лікарні № 1 та в психоневрологічному відділенні Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ (зав. відділення д. мед. н., проф. О. С. Чабан).

Усього за період з січня 2003 року по грудень 2007 року сформовано вибірку з 234 пацієнтів. У вибірку включалися усі хворі інволюційного віку (45–60 років), які надійшли у психіатричний стаціонар вперше або повторно (за умови, якщо психоз маніфестував після 45 років) з попереднім діагнозом «інволюційний психоз». Формуючи загальну вибірку хворих, кожен сьомий пацієнт обстежувався більш ретельно, таким чином, що у нас утворилася підгрупа основної вибірки, яка налічувала 31 випадок. У цій підгрупі було проведено детальне анамнестичне і психоаналітичне інтерв'ю (у середньому по 7–9 анамнестичних розмов, кожна тривалістю близько години) з кожним пацієнтом. Дана стаття побудована на ретельному аналізі цієї підгрупи (31 спостереження).

Контрольну групу утворили результати анонімного обстеження 47 жінок аналогічного віку, які у 2008 р. зверталися у Дорожню клінічну лікарню № 1 ст. Київ з приводу соматичної симптоматики.

Провідними методами дослідження, на яких у даній статті будуються висновки, були: клініко-психопатологічний, метод психоаналітичного первинного інтерв'ю і метод психопатологічного аналізу отриманих спостережень. Дані, отримані в результаті детального анамнестичного і психоаналітичного інтерв'ю (31 спостереження), оприлюднювалися на спеціальних консилиумах за участі завідувачів відділень і керівника клініки (в Одесі — чл.-кор. АМН України, д. мед. н., проф. В. С. Бітенського, у Києві — д. мед. н., проф. О. С. Чабана). На консилиумах зверталась увага на закономірності проявів особистості, які можна було виділити з матеріалів інтерв'ювання як

дискретний критерій, що досить чітко характеризує обстежену хвору.

Статистичний аналіз отриманих даних здійснювався у вигляді обчислення відношення шансів (ВШ) та його 95 % довірчих інтервалів (ДІ). Відмінності за ознакою, що вивчається, вважалися статистично значущими при розташуванні ДІ справа від одиниці. Також з метою перевірки значущості зв'язку між двома змінними здійснювався розрахунок критерію χ^2 з обчисленням рівня значущості p (з поправкою Йетса).

Результати дослідження та їх обговорення

У результаті порівняння між собою списків виділених на консилиумах закономірностей прояву особистості кожної обстеженої хворої було відмічено, що окремі закономірності повторюються від випадку до випадку з регулярною частотою. Внутрішня спорідненість представниць цієї підгрупи особливо рельєфно простежувалась у сферах: (А) афектів і мотивацій, (Б) схильності до формування типових «клішеподібних» стосунків з людьми, а також (В) поведінкових реакцій на індивідуально значущі переживання. Тому наведені результати дослідження будуть центровані навколо названих сфер психічного. У межах кожної з виділених закономірностей було визначено психопатологічну ознаку, яка формує центральну ланку закономірності. Феноменологічні описи закономірностей були опубліковані у попередній статті [6], тому у даній роботі наводитимуться лише виділені психопатологічні ознаки. (Задля уникнення подвійної демонстрації одних і тих самих даних, виділені психопатологічні ознаки особистості жінок з інволюційним психозом будуть наведені нижче — разом із результатами вивчення частоти зустрічальності цих ознак у контрольній групі.)

Ця робота не могла б претендувати на статус повноцін-



ного наукового дослідження, якби не було проведено порівняльної перевірки наявності (чи відсутності) отриманих психопатологічних ознак у контрольній групі жінок аналогічного віку. Для цього необхідно було виробити досить чітку процедуру контрольного дослідження, таку, що дозволяла б перевірити наявність (чи відсутність) зазначених психопатологічних ознак у жінок контрольної групи. Крім того, було необхідно забезпечити схожість методології дослідження. Тому ми вчинили так: перша розмова з обстежуваною жінкою проводилась у формі довільної бесіди, з максимальним збереженням усіх принципів психоаналітичного первинного інтерв'ю. Друга, а у разі потреби і третя, розмова проводилась у формі напівструктурованого інтерв'ю. Таке інтерв'ю складалося з прицільних запитань (серії запитань), спрямованих на виявлення наявності (чи відсутності) виділених в основній групі хворих психопатологічних ознак, що характеризували особистість жінок з інволюційним психозом.

Наприклад, під ознаку А3 (*Відсутність сталих інтересів. Бажання опанувати тут явно заміняє потребу глибокого розуміння*) було сформульовано такі кілька запитань: «Чи подобається Вам Ваша робота? Чи прагнете Ви вдосконалювати Ваші професійні навички? Чи маєте Ви які-небудь зацікавлення (хобі), крім роботи? Чи присвячуєте Ви свій вільний час своїм захопленням?» (питання ставили по черзі, у разі недостатньої інформації з відповіді на попереднє запитання). Якщо обстежувана на перше запитання відповідала, наприклад, «...що не знає, про яку саме роботу хоче почути дослідник, адже вона кілька разів роботу змінювала, при цьому усюди досягала професійного успіху і полишала це місце лише тому, що не відчувала для себе особистого прогресу на зай-

маній посаді, втрачала інтерес до неї...», тоді вважалось, що у даному випадку шукана ознака має місце, і наступні питання, сформульовані під цю ознаку, опускалися.

Однак існувала низка ознак, під які неможливо було сформулювати конкретні запитання: наприклад, це ознака А8 (*Загальний дефіцит пластичності емоційного реагування*), тому висновок про наявність (чи відсутність) цієї ознаки у жінки з контрольної групи можна було зробити лише на основі клінічного (клініко-психопатологічного) спостереження за поведінковими реакціями під час бесід. У таких випадках рішення про позитивний (або негативний) результат дослідження виносив дослідник, спираючись на свій клінічний досвід.

*Результати
перевірки наявності
(чи відсутності) отриманих
психопатологічних ознак
у контрольній групі жінок
аналогічного віку*

Послідовність наведення психопатологічних ознак відображає не дескриптивну логіку, згідно з якою вони наводилися у попередній роботі (нумерація такої послідовності зазначена у дужках), а логіку статистичну — ознаки розміщені в ієрархічній послідовності від найбільш до найменш статистично значущих. Статистична величина ВШ відображає ВШ події в одній групі до шансів цієї ж події в іншій групі. Фактично ВШ виражає n -кратну імовірність події в досліджуваній групі. Довірчий інтервал для ВШ виражає статистично значущу різницю у групах за ознакою, що вивчається.

1. Якщо ДІ для ВШ включає одиницю, то відмінності між групами за ознакою, що вивчається, статистично незначущі.

2. Якщо ДІ для ВШ розташований в області справа від одиниці (усі значення ДІ більше одиниці), то відмінності статистично значущі.

А. Афекти та мотивації

1. (А6). Надто великі амбіції, які вони намагаються задовольнити будь-якою ціною. ВШ = 53,7; ДІ = [9,51; 392,98]. $\chi^2 = 36,19$; $P = 0,0005$.

2. (А8). Загальний дефіцит пластичності емоційного реагування. ВШ = 34,4; ДІ = [7,66; 180,78]. $\chi^2 = 32,93$; $P = 0,0005$.

3. (А9.) Надто хитка, вразлива самооцінка. ВШ = 27,3; ДІ = [6,21; 138,03]. $\chi^2 = 28,85$; $P = 0,0005$.

4. (А5). Потужна орієнтованість на соціальні досягнення, на зовнішню атрибутику успішності. ВШ = 19,7; ДІ = [4,67; 98,18]. $\chi^2 = 23,45$; $P = 0,0005$.

5. (А1). Виховання у досить несприятливій сімейній атмосфері; відсутність щирих, сповнених емоціями стосунків з матерями. ВШ = 15,1; ДІ = [3,49; 45,9]. $\chi^2 = 19,76$; $P = 0,0005$.

6. (А2). Пошуки визнання за межами своєї домівки. ВШ = 11,6; ДІ = [2,77; 55,58]. $\chi^2 = 14,76$; $P = 0,0007$.

7. (А7). Надзвичайно гостра потреба в незалежності, що лежить в основі життєвої позиції. ВШ = 9,1; ДІ = [2,67; 33,55]. $\chi^2 = 15,31$; $P = 0,0007$.

8. (А4). Поєднання доброї життєвої хватки із неспроможністю розвинути вдалу стратегію життя у довготривалій перспективі. ВШ = 4,2; ДІ = [1,38; 13,45]. $\chi^2 = 6,91$; $P = 0,0094$.

9. (А3). Відсутність сталих інтересів. Бажання опанувати тут явно заміняє потребу глибокого розуміння. ВШ = 3,2; ДІ = [1,1; 9,93]. $\chi^2 = 4,67$; $P = 0,03$.

Б. Міжособистісні стосунки

1. (Б2). Схильність мати біля себе «людей-сателітів». ВШ = 42,6; ДІ = [7,87; 302,43]. $\chi^2 = 31,98$; $P = 0,0005$.

2. (Б2.1). Ідеалізація «людей-сателітів» рано чи пізно закінчується неминучим розчаруванням з афектом сорому або гніву на саму себе. ВШ = 14,3; ДІ = [3,82; 59,52]. $\chi^2 = 20,72$; $P = 0,0005$.

3. (Б5). Не беруться до уваги мотиви та почуття людей. ВШ = 11,8; ДІ = [3,2; 48,53]. $\chi^2 = 17,69$; $P = 0,0006$.



4. (B1). Відсутність глибокого емоційного співпереживання, прив'язаності до людей за добре розвинутих формальних комунікативних навичок. $ВШ = 6,8$; $ДІ = [2,2; 21,57]$. $\chi^2 = 13,05$; $P = 0,001$.

5. (B3). Підтримання лише тих стосунків, які піддаються цілковитому контролю. $ВШ = 5$; $ДІ = [1,64; 16,12]$. $\chi^2 = 8,89$; $P = 0,0038$.

6. (B4). Неприйняття реальних або можливих успіхів «відступників», сприйняття цих успіхів з почуттям заздрості. $ВШ = 3,9$; $ДІ = [1,35; 11,79]$. $\chi^2 = 6,73$; $P = 0,01$.

7. (B2.2) Можливе делегування іншим своїх соціальних амбіцій із залишенням собі не менш претензійних ролей ідеальних дружин, матерів, «муз», дітей-вундеркіндів. Крах ідеального світу переживається з образою на весь світ. $ВШ = 1,5$; $ДІ = [0,54; 4,39]$. $\chi^2 = 0,44$; $P = 0,5$.

В. Поведінкові реакції

1. (B2). Вперті спроби відновлення втраченої самоповаги звичним способом. $ВШ = 42,6$; $ДІ = [7,87; 302,43]$. $\chi^2 = 31,98$; $P = 0,0005$.

2. (B5). Типовою реакцією на фрустрації є вилучення з площини переживань «джерела» незадоволення. $ВШ = 21,9$; $ДІ = [5,12; 109,39]$. $\chi^2 = 25,16$; $P = 0,0005$.

3. (B7). Нездатність інтегрувати пережите у суб'єктивно зрозумілу і значущу життєву історію, і як наслідок — знаходити новий зміст у новому періоді життя. $ВШ = 9,9$; $ДІ = [2,69; 40,19]$. $\chi^2 = 14,94$; $P = 0,0007$.

4. (B4). Залишаються майже незмінними впродовж життя. $ВШ = 8,4$; $ДІ = [2,67; 27,43]$. $\chi^2 = 15,97$; $P = 0,0006$.

5. (B3). Перехід від афектів до дій з мінімізацією або повною відсутністю етапу рефлексивного осмислення пережитих ситуацій. $ВШ = 7,3$; $ДІ = [2,32; 23,96]$. $\chi^2 = 13,7$; $P = 0,0009$.

6. (B6). Добре функціонуючі пристосувальницькі зразки по-

ведінки. $ВШ = 5$; $ДІ = [1,47; 17,86]$. $\chi^2 = 7,37$; $P = 0,0075$.

7. (B1). Неготовність до нових життєвих ситуацій і неприйняття їх. $ВШ = 4,6$; $ДІ = [1,5; 14,72]$. $\chi^2 = 7,87$; $P = 0,0059$.

Отже, якщо б тепер розмістити усі ознаки в ієрархічній послідовності (від найбільш до найменш статистично значущих) незалежно від сфер психічного, то ми отримали б досить чітку закономірність, яка формує демаркаційний вектор щодо диференційно-діагностичної вагомості виділених психопатологічних ознак особистості жінок з інволюційним психозом — від «шизоїдності» [7] переживань (з ознаками аутизму) до їх спрямованості на зовнішню реальність:

— найбільш статистично значущі шість ознак (A6; B2; B2; A8; A9; B5) де-факто є рисами шизоїдності: аутизму особистості, поєднаної з вираженою емоційною вразливістю; у цих ознаках практично відсутня значущість зовнішньої реальності — вони володіють найбільшою дискримінаційною (роздільною) здатністю;

— найменш статистично значущі дев'ять ознак (B3; B1; B3; B6; B1; A4; A3; B4; B2.2) передбачають чітку імплікацію сприйняття зовнішньої реальності — вони володіють найменшою дискримінаційною (роздільною) здатністю;

— вісім ознак середньої статистичної значущості (A5; A1; B2.1; B5; A2; B7; A7; B4) характеризуються перехідними властивостями — у них сприйняття зовнішньої реальності присутнє лише як абстрактна категорія, що походить від суб'єктивного світу уявлень — вони володіють проміжною дискримінаційною (роздільною) здатністю.

З вищесказаного можна зробити висновок, що «статистична логіка» проведеного дослідження розкриває досить чітку «диференційно-діагностичну логіку» — психопатологічні ознаки шизоїдності (аутизму осо-

бистості в поєднанні з емоційною вразливістю) найбільше вирізняють жінок з інволюційним психозом з-поміж умовно здорових жінок аналогічного віку. Таке твердження пов'язує виділені у процесі дослідження психопатологічні ознаки з описами дефіцитарних проявів «дисгармонійності особистості» [8], з явищами так званої психестетичної пропорції [7]. Однак у попередніх публікаціях було показано, що зразки поведінкового реагування жінок з інволюційним психозом відповідають критеріям нарцистичного розладу особистості, згідно з сучасними класифікаціями МКХ-10 і DSM-IV-TR. Тому на наступних етапах дослідження необхідно з'ясувати взаємозв'язок феномена нарцисизму з проявами психічної дефіцитарності особистості.

Висновки

1. Виділені у процесі дослідження психопатологічні ознаки є патогномонічними для особистості жінок з інволюційним психозом.

2. Психопатологічні ознаки, що описують риси шизоїдності (аутизм особистості у поєднанні з емоційною вразливістю), володіють найбільшою дискримінаційною (диференційно-діагностичною) здатністю.

3. Взаємозв'язок феномена нарцисизму з проявами психічної дефіцитарності особистості потребує більш глибокого психопатологічного осмислення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Тиганов А. С. Руководство по психиатрии / А. С. Тиганов — М. : Медицина, 1999. — Т. 1. — С. 667-686.

2. Калын Я. Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое исследование) : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Я. Б. Калын. — М., 2001.

3. Gyllstrom M. E. Perimenopause and depression: strength of association, causal mechanisms and treatment recommendations / M. E. Gyllstrom, P. J. Schreiner, B. L. Harlow // Best Practice



& Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. — 2007. — Vol. 21, N 2. — P. 275-292.

4. Пустовойт М. М. Клініко-патогенетичні особливості інволюційних депресій (критичний огляд літератури) / М. М. Пустовойт // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2007. — № 2 (12). — С. 172-177.

5. Пустовойт М. М. Роль особистісного фактора в генезі інволюційних психозів / М. М. Пустовойт // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2008. — № 1 (13). — С. 45-59.

6. Пустовойт М. М. Описова феноменологія та психопатологічні ознаки особистості жінок з інволюційним психозом / М. М. Пустовойт // Вісник

психіатрії та психофармакотерапії. — 2008. — № 2 (14). — С. 39-46.

7. Кречмер Э. Медицинская психология / Э. Кречмер. — М. : Союз, 1998. — С. 464.

8. Овсянников М. В. Аддиктивные расстройства у больных шизофренией / М. В. Овсянников, В. В. Чирко, С. Г. Морозов. — М. : Книжкин дом, 2008. — 224 с.

УДК 616-007-053.1-039.4-07(477.74)

І. В. Руденко

АНАЛІЗ ЧАСТОТИ НАРОДЖЕННЯ ДІТЕЙ З ПРИРОДЖЕНИМИ ВАДАМИ РОЗВИТКУ У НАСЕЛЕННЯ ОДЕЩИНИ

Одеський державний медичний університет

Актуальною проблемою сучасності є погіршення стану здоров'я переважної більшості людей, починаючи з дитячого та підліткового віку.

За даними провідних фахівців світу [1], підвищення захворюваності пов'язане з ятрогенним забрудненням довкілля.

Інтенсивне зростання потужностей транспорту, порушення гігієнічних норм безпеки підприємствами супроводжуються забрудненням атмосферного повітря, ґрунту, води важкими металами, формуванням стійких біогеохімічних аномалій [2], зміною «екологічного портрета» людини [3]. Розвиток екологічно-залежних станів і захворювань позначається на стані здоров'я наступних поколінь [4].

Вплив ксенобіотичних металів на людину зростає внаслідок еволюційної зміни природного спектра макро-, мікроелементів у тканинах організму [5].

Проблема ембріон- і фетотоксичного ефекту макро-, мікроелементів має науково доведене значення [6]. Ембріон і плід на всіх стадіях свого індивідуального розвитку залишаються незахищеними від тератогенного впливу деяких хімічних речовин, що є однією з причин природжених вад розвитку [7].

З позицій епігенетики, антропогенні фактори довкілля є зовнішніми епігенетичними чинниками природжених вад розвитку [8].

Вивчення частоти природжених вад розвитку та їх нозологічної структури створює підґрунтя для удосконалення існуючих і пошуку нових ефективних медичних та соціальних заходів їх профілактики.

Мета дослідження — вивчення нозологічних форм і частоти природжених вад розвитку серед новонароджених Одещини за 2007 р.

Завдання дослідження полягало у проведенні аналізу даних медичної статистики з вивчення питомої ваги, нозологічних форм, розповсюдження природжених вад розвитку серед новонароджених.

Результати дослідження та їх обговорення

За даними статистичного аналізу, показник частоти природжених вад розвитку у новонароджених Одещини за 2007 р. дорівнював 18,6 ‰, або 1,9 ‰. Середній показник частоти природжених вад розвитку за останні 10 років (1999–2007) в Одесі й Одеській області становив 19,6 ‰.

За останні роки намітилася тенденція до зниження частоти народження дітей з природженими вадами розвитку, проте зростає частота виявлення вад розвитку за допомогою ультразвукового дослідження і переривання вагітності у ранні терміни з цього приводу. Простежується значне покращання якості інвазивних і неінвазивних методів пренатальної діагностики. Не завжди вірогідно залишається діагностика малих форм вад розвитку серця, дисплазій стегнових суглобів.

За окремими групами нозологій відповідно до МКХ-10 визначено, що найвищі показники природжених вад розвитку у дітей масою тіла 1000 г і більше із загальної кількості вад (504 за 2007 р.) зафіксовано в Одесі — 286 (56,7 ‰), Б.-Дністровському — 22 (4,4 ‰), Ізмаїльському — 19 (3,8 ‰), Балтському — 16 (3,2 ‰), Котовському — 13 (2,6 ‰), Тарутинському — 12 (2,4 ‰), Роздільнянському — 11 (2,2 ‰), Болградському — 9 (1,8 ‰) — районах (рис. 1). Діти з масою тіла 500–999 г у 3 (0,6 ‰) випадках народилися в Одесі.

Щодо структури природжених вад розвитку, то найбільша питома вага припадає на патологію опорно-рухового апа-

