

WADY ROZWOJOWE U DZIECI W WOJEWÓDZTWIE OLSZTYŃSKIM

Z Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego w Olsztynie
Kierownik naukowy: doc. dr hab. C. ZYCHOWICZ

W ostatnim okresie ukazuje się coraz więcej prac poświęconych zagadnieniu wad rozwojowych. W statystykach umieralności niemowląt wady rozwojowe zaczynają wysuwać się na plan pierwszy, odpowiednio do zmniejszającego się odsetka zgonów z powodu zapaleń płuc i zakażeń przewodu pokarmowego. Badania częstości wad rozwojowych w populacji polskiej przeprowadzono dotychczas w kilku ośrodkach.

MATERIAŁ

Podstawą analizy wad rozwojowych na terenie województwa olsztyńskiego były księgi oddziałowe oddziałów noworodkowych wszystkich czynnych szpitali w województwie. Uzyskane liczby uzupełniano danymi z księgi oddziałowej jedyne w województwie oddziału chirurgii dziecięcej w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie. Zwiększyło to dokładność analizy, uzyskano bowiem dane o wszystkich w zasadzie przypadkach wad rozwojowych, wymagających interwencji chirurgicznej, niezależnie od czasu rozpoznania wady — w okresie niemowlęcym lub wczesnego dzieciństwa, a także bez względu na miejsce urodzenia dziecka — w izbie porodowej czy też w domu. W przedstawionej pracy brano pod uwagę dzieci urodzone w latach 1968—1973. Odsetek występowania wad rozwojowych w kolejnych latach i w poszczególnych powiatach przedstawiono w tabeli 1.

Narządowa lokalizacja najczęściej stwierdzanych wad przedstawiała się następująco:

układ kostno-stawowy	— 275 przypadków	— 24 ⁰ / ₀
przewód pokarmowy	— 206 „	— 18 ⁰ / ₀
układ nerwowy	— 195 „	— 17 ⁰ / ₀
układ krążenia	— 151 „	— 13 ⁰ / ₀
choroba Downa	— 99 „	— 9 ⁰ / ₀
układ moczowo-płciowy	— 74 przypadki	— 7 ⁰ / ₀
układ oddechowy	— 29 przypadków	— 3 ⁰ / ₀
wady mnogie	— 31 „	— 3 ⁰ / ₀
inne	— 66 „	— 6 ⁰ / ₀

TABELA 1 Wady rozwojowe u dzieci województwa olsztyńskiego w latach 1968—1973 według powiatów (w odsetkach)

Powiaty	1968	1969	1970	1971	1972	1973
Bartoszycki	0,9	0,8	0,4	0,4	0,6	0,9
Biskupiecki	0,4	0,3	0,4	0,6	0,5	1,3
Braniewski	0,7	0,4	0,4	0,6	0,2	1,0
Działdowski	0,3	0,7	0,5	0,6	0,6	0,7
Giżycki	0,9	0,7	0,6	0,4	1,0	1,5
Ĺawski	0,4	0,6	1,1	1,0	0,9	1,7
Kętrzyński	0,8	1,0	1,4	0,9	1,2	1,0
Lidzbarski	0,6	0,6	0,5	0,6	0,8	1,0
Morański	0,5	—	0,5	0,6	0,9	1,0
Mraowski	1,6	1,2	0,7	0,5	0,8	1,0
Nidzicki	0,7	0,6	0,5	0,8	1,1	0,7
Nowomiejski	0,1	0,1	0,6	0,7	0,5	0,8
Olsztyn-miasto	1,0	1,5	0,9	1,0	2,1	0,8
Olsztyński	0,4	1,0	0,8	1,0	2,0	0,8
Ostródzki	1,2	2,2	1,3	0,7	1,6	1,5
Pasieński	0,5	0,8	0,6	0,8	1,2	2,5
Piski	0,6	0,4	0,3	0,3	0,9	0,9
Szczycieński	1,6	1,8	1,7	1,6	2,9	2,6
Węgorzewski	0,7	1,0	0,8	1,0	2,0	0,8
Województwo ogółem	0,7	0,8	0,7	0,8	1,0	1,3

Po przeanalizowaniu wieku matek, rodzących dzieci z wadami rozwojowymi uzyskano następujące wyniki:

wiek do 20 lat	— 176 przypadków	— 16%
21—25 lat	— 385 „	— 35%
26—30 lat	— 214 „	— 19%
31—35 lat	— 160 „	— 14%
36—40 lat	— 106 „	— 9%
ponad 40 lat	— 85 „	— 7%

Z chorób przebytych przez matki w czasie ciąży najczęściej notowano w wywiadzie grype (31 przypadków) oraz zakażenia układu moczowego (15 przypadków), lecz nie sposób sprawdzić, czy wywiady były pod tym względem dokładne i czy matki podawały schorzenia przebyte stosunkowo dawno, w pierwszych miesiącach ciąży.

W analizowanej grupie dzieci było 566 dziewczynek i 560 chłopców. Urodziły się one z następujących kolejnych ciąż:

I ciąża	— 423 dzieci	— 38%
II „	— 246 „	— 22%
III „	— 117 „	— 10%
IV „	— 107 „	— 9%
V „ i następne	— 231 „	— 21%

665 rodziców dzieci pochodziło ze wsi, 461 — z miasta.

OMÓWIENIE

Wadą rozwojową według Mayera (cyt. wg 2) jest „wrodzona deformacja, anomalia lub zaburzenie, które obecne jest w chwili urodzenia nawet wtedy, gdy nie jest ewidentnie wykrywalne”. Ustalenie rzeczywistego odsetka wad u dzieci oraz ich wykrywalność przedstawia się różnie zależnie od rodzaju przyjętych założeń i metod badawczych. Nie wszystkie wady można rozpoznać już w wieku noworodkowym. Istnieją wady bardzo ciężkie, doprowadzające do poronienia, przedwczesnego porodu czy też zgonu noworodka wkrótce po urodzeniu, ale są i takie, które nie powodują żadnych zaburzeń i nie zostają rozpoznane przez całe życie, nawet przy dokładnym i wszechstronnym badaniu. Jaworska i Rochowiecka (5) wyróżniają trzy zasadnicze grupy prac, zajmujących się wadami rozwojowymi. Są to prace oparte na danych urzędowych (świadectwa urodzeń i zgonów), wykazujące najmniejszy odsetek wad (średnio 1,15%), ponieważ ujmują one jedynie wady wymagające natychmiastowej interwencji lekarskiej lub będące przyczyną zgonów. Druga grupa prac to prace oparte na dokumentacji klinicznej lub szpitalnej — tu częstość wad jest większa, wynosi średnio 1,6% — wreszcie prace indywidualne, z rozszerzonymi badaniami diagnostycznymi, oparte na małej liczbie bardzo dokładnie i wszechstronnie przebadanych dzieci, wykraczające poza okres noworodkowy lub takie, które uwzględniają tzw. małe wady. Te prace wykazują najwyższy, bo sięgający 4,8%, a nawet 8,7% wad.

W populacji polskiej według danych opublikowanych w 1960 roku (8) częstość wad równa jest 2—3%. Zwykle ocenę częstości występowania wad rozwojowych przeprowadza się na podstawie badań noworodków jak w niniejszej pracy. Badania noworodków w poszczególnych ośrodkach w Polsce ujawniły występowanie wad rozwojowych w różnych wielkościach: w Lublinie — 3,32% (12), w Warszawie — 1,94% (4, 10) w Poznaniu 1,86% (1), w Krakowie (1,2%) (9), a w materiale oddziałów dziecięcych szpitali województwa wrocławskiego — 1,65% (7) i wśród pacjentów Kliniki Chorób Dzieci w Zabrze 2,8% (2). Cyfry te, prócz danych z Wrocławia, pochodzą jednak z lat wcześniejszych niż okres objęty

przedstawianą analizą. Biorąc pod uwagę obserwowane tendencje wzrostowe, jeśli nie wywołane działaniem czynników chemicznych, rozwojem przemysłu, to związane choćby z lepszą i wcześniejszą diagnostyką, można przypuszczać, iż badania przeprowadzone obecnie mogłyby wykazać w wymienionych ośrodkach wyższy procent wad. Tym znacniejsza jest więc różnica w porównywaniu z danymi z województwa olsztyńskiego, wykazującymi o wiele niższe odsetki występowania wad rozwojowych — od 0,7% w 1968 roku do 1,3% w 1973. I one mają jednak tendencje wzrostowe, zwłaszcza w powiatach szczycieńskim, pasłęckim, węgorzewskim, giżyckim, biskupieckim. Województwo olsztyńskie ma charakter rolniczy, co przypuszczalnie rzutuje na mniejszą w porównaniu z wyżej wymienionymi województwami częstość występowania wad rozwojowych. Nawrocka i współpracownicy (7) wykazali istotnie wyższy odsetek wad rozwojowych na terenach charakteryzujących się dynamicznym rozwojem przemysłu. Nie jest to zgodne z doniesieniami innych autorów. Hager — Małecka i współpracownicy (2) nie stwierdzili wyższego odsetka wad rozwojowych na terenie tak uprzemysłowionym, jak województwo katowickie. Prawdopodobnie decydujące znaczenie ma rodzaj przemysłu. Być może kopalnictwo węglowe i przemysł hutniczy nie wpływają na narastanie liczby wad (7).

Narządowa lokalizacja wad w analizowanym materiale odbiega znacznie od danych przedstawionych przez różnych autorów z innych województw Polski, wymieniających układ krążenia na pierwszym miejscu co do częstości, układ nerwowy na drugim, na dalszych natomiast wady mnogie i układ kostno-stawowy (2, 6, 7). W przedstawionym materiale najczęściej stwierdzanymi były wady układu kostno-stawowego, głównie wady stóp. Na drugim miejscu znalazły się wady przewodu pokarmowego, przede wszystkim rozszczepy wargi i podniebienia. Wady układu nerwowego reprezentowane były głównie przez przepukliny oponowo-mózgowe i wodogłowia. Wady układu krążenia znalazły się dopiero na czwartej pozycji. Na następnej — choroba Downa, którą wyodrębniono niezależnie od występowania w jej przebiegu jednej czy wielu wad narządowych.

Smithells (11) wymienia okoliczności, które zwiększają prawdopodobieństwo urodzenia dziecka z wadą rozwojową. Są to: występowanie chorób dziedzicznych, poronień, zaburzenia ilości wód płodowych, nieprawidłowe położenie i ustawienie płodu, przyjmowanie przez matkę leków oraz schorzenia przebyte w pierwszym trymestrze ciąży, zaawansowany wiek matki idący zwykle w parze z kolejnością ciąż. W przedstawionej analizie najczęstszym zakażeniem przebyłym w czasie ciąży przez matkę była grypa. Ogólnie wiadomo, iż zakażenia wirusowe, szczególnie w pierwszym i drugim miesiącu ciąży, mogą być powodem wad rozwojowych. Są dane stwierdzające szkodliwość wirusów grypy i polio, jednak jedynym

dotychczas, potwierdzonym i bezspornym przykładem związku zakażenia i wady rozwojowej, jest różyczka (11). Przypadki wad rozwojowych zdarzają się najczęściej w pierwszej ciąży oraz od piątej wzwyż (11). Przedstawiona analiza potwierdza ten pogląd. Zwraca uwagę szczególnie wysoki w omawianym materiale odsetek (21%) dzieci z wadami rozwojowymi urodzonych z ciąży piątej i następnych. Jest on wyższym niż procent wad wśród niemowląt urodzonych z ciąży trzeciej i czwartej i prawie równy odsetkowi wad wśród dzieci urodzonych z ciąży drugiej.

Jednakowe liczby niemowląt płci męskiej i żeńskiej urodzonych z wadami potwierdzają pogląd, iż płeć nie gra tu żadnej roli (2). Prawdopodobnie nie ma także znaczenia wiek matek, podane cyfry odpowiadają bowiem wahaniom rozrodczości w poszczególnych grupach wieku. Matki w wieku ponad 40 lat (stanowiące 7% ogólnej ich liczby) to głównie matki dzieci z zespołem Downa. Jest to zgodne z poglądami iż starszy wiek matki, poza przypadkami zespołu Downa, nie powinien nasuwać innych podejrzeń co do urodzenia dziecka z wadą rozwojową (3, 6, 11). Niektórzy autorzy podkreślają jednak zależność między wiekiem rodziców a powstaniem wady rozwojowej (12).

WNIOSKI

1. Częstość występowania wad rozwojowych w województwie olsztyńskim, oceniana na materiale noworodków oraz pacjentów oddziału chirurgii dziecięcej urodzonych w latach 1968—1973, wynosiła w 1968 roku 0,7% i wzrosła do 1,3% w roku 1973.
2. Najczęściej występowały wady układu kostno-stawowego (24%).
3. Wady rozwojowe występowały niezależnie od wieku matki (wyłączając przypadki zespołu Downa).
4. Nie stwierdzono różnic w występowaniu wad rozwojowych w zależności od płci dzieci.
5. Stosunkowo dużo dzieci (21%) pochodziło z ciąży piątej i dalszych.

PISMIENNICTWO

1. Baran J., Kuczyński I., Pydzik T.: *Gin. Pol.*, 1966, 37, 1083.
2. Hager — Małecka B., B., Karczewska K., Lukas W., Kalaciński W.: *Ped. Pol.*, 1971, 46, 35.
3. Jaworska M.: Wady rozwojowe u dzieci. PZWL, Warszawa, 1968.
4. Jaworska M., Rocho-wiecka H.: *Ped. Pol.*, 1972, 47, 1411.
5. Nawrocka E., Prusek W., Konińska T., Kemonna Z., Kreciński J., Szołtysik M., Kamiński A., Cierieszko B.: *Pol. Tyg. Lek.*, 1973, 28, 1105.
6. Nawrocka E., Prusek W., Muszka A., Winiewicz Z.: *Ped. Pol.*, 1974, 49, 1005.
7. Ostrowska — Skóra J.: *Ped. Pol.*, 1960, 35, 537.
8. Piotrowski J.: *Pat. Pol.*, 1966, 17, 387.
9. Roszkowski I., Kietlińska — Kmiotek Z., Obrębski T.: *Ginek. Pol.*, 1966, 27, 1077.
10. Smithells R. W.: Wczesna diagnostyka wrodzonych wad rozwojowych. PZWL, Warszawa, 1967.
11. Zytikiewicz A., Bokiniec M., Czarkowska D., Papierkowski A.: *Pol. Tyg. Lek.*, 1965, 20, 1420.