

**ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И КРУПНЫХ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ ЗА 5 ЛЕТ (2011-2015 ГГ.) ПО ДАННЫМ КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ И ОРИТ ОМДКБ (ОТДЕЛЕНИЕ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ОШСКОЙ МЕЖОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ)**

**ООАКБОНЫН ЖАНДАНДЫРУУ ЖАНА ТЫКЫР ДАРЫЛОО (ЖЖТДБ) ЖАНА КАРДИОРЕМАТОЛОГИЯ БӨЛҮМДӨРҮНҮН ТУБАСА ЖҮРӨК ЖАНА ИРИ КАН ТАМЫРЛАР МАЙЫПТЫГЫНЫН 5 ЖЫЛДЫК (2011-2015 Ж.) ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ**

**EPIDEMIOLOGY OF CONGENITAL HEART DISEASES AND LARGE VASCULAR DISEASES CHILDREN FOR 5 YEARS (2011-2015) BY DATA OF CARDIOVEUMATOLOGICAL DEPARTMENT AND ICUITH CIVDL OIRCH (INTENSIVE CARE UNIT AND INTENSIVE THERAPY OF OSH INTER-REGIONAL CLINICAL HOSPITAL)**

**Аннотация:** Макалада ООАКБОНын «Жандандыруу жана тыкыр дарылоо бөлүмү» (ЖЖТДБ) жана «Кардиорематология» бөлүмдөрүндө жатып, «Тубаса жүрөк жана ири кан - тамырлар майыптыгы» боюнча дарыланган балдардын ооруларынын 5 жылдык (2011-2015 ж.) эпидемиологиясын тастыктоо жыйынтыктары берилген.

**Аннотация:** Представлены результаты анализа эпидемиологии врожденных пороков сердца и крупных сосудов у детей, прошедших стационарное лечение в кардиоревматологическом отделении ОМДКБ по данным клинического материала за 5 лет (2011-2015 гг.).

**Abstract:** The results of the analysis of the epidemiology of congenital malformations of the heart and large vessels of children treated at cardiorheumatological department oirch (Osh Inter-Regional Clinical Hospital) according to clinical materials for 5 years (2011-2015).

**Түйүндүү сөздөр:** Жүрөктүн тубаса майыптыгы, балдар, орулуулук, өлүмү, структурасы.

**Ключевые слова:** ВПС, дети, заболеваемость, смертность, структура.

**Key words:** CHD, children, morbidity, mortality, structure.

Врожденные пороки сердца (ВПС) на протяжении многих лет остаются постоянной патологией, влияющей на здоровье, раннюю детскую смертность и инвалидизацию детей. Согласно зарубежным данным частота встречаемости ВПС в популяции варьирует в широких пределах – от 2,4 до 14 на 1 тыс. новорожденных [1;3]. Колебания этих параметров связаны с различиями в отборе материала для анализа. В некоторых исследованиях учитывают только оперированных пациентов, в других – всех детей, прошедших консультативный прием, в-третьих – секционные данные за определенный временной период и т.п. Также варьирует и возраст больных, подвергающихся анализу. Отечественные сведения на данную тему немногочисленны. Известно, что ВПС составляют в среднем около 35% всех врожденных пороков развития и первое место (45–46%) среди причин младенческой смертности среди них [1]. Несмотря на тенденцию к более ранней диагностике ВПС, уровень их выявления в нашей стране остается все еще недостаточным: среди детей до 14 лет общая (накопленная) заболеваемость составляет около 1,1%, а впервые выявленная – только 0,3%. [2] Таким образом, значительная часть детей с поражениями сердца врожденной этиологии остается без внимания врачей, и судьба их неясна. Для того, чтобы изменить ситуацию, необходимо повышение образовательного уровня врачей широкого профиля, освоение ими принципов работы с детьми, страдающими врожденными пороками сердца [4].

Радикальное лечение ВПС - это хирургическая коррекция порока, а стоимость оперативного лечения очень высокая, в связи с чем многие дети погибают в периоде адаптации, а также в последующем периоде декомпенсации. Поэтому проблема ВПС на сегодняшний день является очень актуальной, т.к. влияет на детскую заболеваемость и смертность[5;6].

Проведен ретроспективный анализ историй болезни выписанных и умерших детей кардиоревматологического отделения и ОРИТ ОМДКБ за период с 2011-2015 гг. За 5 лет через кардиоревматологическое отделение прошло 978 детей с ВПС, что составила - **28,5%**, из числа всех детей, поступивших в ОМДКБ за 5 лет. Как представлено в таблице №1, детей с ВПС было госпитализировано: в 2011 г.- 121 (20,3%), в 2012 г. - 138 (23,2%), 2013 г. - 190 (33,7%), в 2014 г.-230 (33,6%), в 2015 г.- 299 (43,0%). За 5 лет количество больных детей с ВПС выросло от 20,3% до 43,0%, почти в 2 раза (Таблица № 1).

Нозологическая структура заболеваемости ВПС также представлена в Таблица № 1. Первое место занимает - ДМЖП, выявленных у детей: 42 (34,7%) – 2011 г., 46 (33,3%) - 2012 г., 56 (29,3%) – 2013 г., 67 (29,1%) – 2014 г., 76 (25,4%) - 2015 г., тенденцией к снижению. Второе место - ДМПП, составив 17,3-17,3-16,3-16,5-15,7 %, соответственно по годам, с 2011 по 2015 гг., тенденцией к уменьшению, а на третьем месте – болезнь Фалло, что составило 11,5-11,5-11,5-10,4-11,0%, соответственно по годам, примерно на одинаковом уровне с незначительными колебаниями. Четвертое место занял ОАП, с 2,9-10,1-9,4-8,6-8,3%, соответственно по годам, с тенденцией к уменьшению.

Таблица № 1.

#### Структура заболеваемости ВПС по нозологии

№	Наименование	2011г		2012г.		2013г.		2014г.		2015г.		Всего
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
1	Всего выписано больных в КРО	<b>595</b>		<b>593</b>		<b>563</b>		<b>683</b>		<b>993</b>		<b>3427</b>
2	<b>Всего ВПС</b>	<b>121</b>	<b>20,3</b>	<b>138</b>	<b>23,2</b>	<b>190</b>	<b>33,7</b>	<b>230</b>	<b>33,6</b>	<b>299</b>	<b>43,0</b>	<b>978</b> <b>(28,5%)</b>
3	ДМЖП	42	34,7	46	33,3	56	29,4	67	29,1	76	25,4	<b>287</b>
4	ДМПП	21	17,3	24	17,3	31	16,3	38	16,5	47	15,7	<b>161</b>
5	Полная АВК	7	5,7	10	7,2	17	8,9	26	11,3	33	11,0	<b>93</b>
6	Неполная АВК	11	9,0	13	9,4	22	11,5	23	10,0	36	12,0	<b>105</b>
7	ОАП	12	9,9	14	10,1	18	9,4	20	8,6	25	8,3	<b>89</b>
8	Изол.стеноз ЛА	5	4,1	6	4,3	10	5,2	11	4,7	13	4,3	<b>45</b>
9	Болезнь Фалло	14	11,5	16	11,5	22	11,5	24	10,4	33	11,0	<b>109</b>
10	Стеноз устья аорты	2	1,6	3	2,1	3	1,5	6	2,6	8	2,6	<b>19</b>
11	Коарктация аорты	1	0,8	2	1,4	3	1,0	4	1,7	7	2,3	<b>17</b>
12	Болезнь Эбштейна	1	0,8	7	1,4	2	1,0	3	1,3	5	1,6	<b>18</b>
13	Синдром Лютембаше	1	0,8			1	0,5	2	0,8	4	1,3	<b>8</b>
14	ВПС разл. комбинации	4	3,3	2	1,4	5	4,6	6	2,6	12	4,0	<b>29</b>

В структуре заболеваемости по возрастной категории ВПС часто встречался у детей с рождения до 1 года, обнаружившийся у- 613 детей (62,7%), а в группе детей с 1

года до 3 лет – у 230 детей (32,5%). С возрастом заболеваемость с ВПС снижается (3-7 лет-9,4%, 7-14 лет-4,3%) (Таблица № 2).

Таблица № 2.

**Структура заболеваемости по возрастным группам**

№	Возраст детей	2011г.		2012г.		2013г.		2014г.		2015г.		Всего
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
1	До 1 го года	72	59,6	89	64,4	117	61,6	144	62,6	191	63,7	<b>613 (62,7%)</b>
2	1 г-3-х лет	24	19,8	34	24,6	45	23,6	57	24,7	70	23,4	<b>230 (23,5%)</b>
3	3-7 лет	18	14,8	10	7,3	20	10,6	20	8,6	24	8,2	<b>92 (9,4%)</b>
4	7-14 лет	7	5,8	5	3,7	8	4,3	9	3,1	14	4,7	<b>43 (4,3%)</b>
	<b>Итого</b>	<b>121</b>	<b>100</b>	<b>138</b>	<b>100</b>	<b>190</b>	<b>100</b>	<b>230</b>	<b>100</b>	<b>299</b>	<b>100</b>	<b>978</b>

За 5 лет от ВПС умерла 51 ребенок, основная часть детей умерла в ОРИТ- 44 (86,3%), в кардиоревматологическом отделении 7(13,7%) детей, 12-2-11-11-15 детей соответственно по годам (таблица №3), с тенденцией к росту. Досуточно умерло 1-0-4-3-0 детей соответственно по годам (таблица №3) примерно на одинаковом уровне. Детей из сельской местности умерло больше (30), чем городских (21) (таблица №4), девочек умерло больше (28(55%)), чем мальчиков (23(45%)) (таблица № 5).

Таблица № 3.

**Структура смертности ВПС по отделениям ОМДКБ в течении 2011-2015гг.**

Таблица № 4.

№		2011г.		2012г.		2013г.		2014г.		2015г.		Всего
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
1	В кардиорев. отд.	2	16,6	-		3	27,3	1	9,1	1	6,6	<b>7 (13,7%)</b>
2	ОРИТ	10	83,3	2	100	8	72,7	10	90,9	14	93,4	<b>44 (86,3%)</b>
3	Досуточно	1	8,3		0	4	36,4	3	27,3	-	0	<b>8 (15,7%)</b>
4	<b>Всего умерло</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>51</b>

**Структура смертности по месту проживания**

Таблица № 5.

№	Местность	2011г.		2012г.		2013г.		2014г.		2015г.		Всего
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
1	сельских	-		1	50	10	90	8	72	11	73	<b>30</b>
2	городских	12	100	1	50	1	10	3	28	4	27	<b>21</b>
	<b>Итого</b>	<b>12</b>		<b>2</b>		<b>11</b>		<b>11</b>		<b>15</b>		<b>51</b>

**Структура смертности ВПС по половому признаку**

№	Половая принадлежность	2011г.		2012г.		2013г.		2014г.		2015г.		Всего
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
1	мальчики	8	67	-	0	5	45	6	55	4	73	<b>23(45%)</b>

2	девочки	4	33	2	100	6	55	5	45	11	27	<b>28(55%)</b>
	<b>Итого</b>	<b>12</b>		<b>2</b>		<b>11</b>		<b>11</b>		<b>15</b>		<b>51</b>

Из числа умерших детей с ВПС у 40 выявлен ДМЖП, которые осложнились: застойной бронхопневмонией, легочной гипертензией в 1-ом случае в сочетании с тромбозом ЛА, еще в 1-ом случае в сочетании с болезнью Дауна, а 11 детей умерла от болезни Фалло, (таблица №5), осложненной одышечно-цианотическим приступом, гипоксическим кризом и сердечной декомпенсацией

Таблица № 5.

#### Структура смертности ВПС по нозологии в течение 2011-2015гг.

№	Диагноз	2011г.		2012г.		2013г.		2014г.		2015г.		Всего
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
1	ВПС, ДМЖП, заст. бронхов	10		1		9		9		11		<b>40</b>
2	Боль. Фалло, одыш. цианоз.	2		1		2		2		4		<b>11</b>
	<b>Итого</b>	<b>12</b>		<b>2</b>		<b>11</b>		<b>11</b>		<b>15</b>		<b>51</b>

Если взять структуру смертности ВПС по районам и городу Ош, то на первом месте стоит Карасуйский район, где смертность составила 19 детей, на втором месте г.Ош-9, на третьем месте – Узгенский и Алайские районы, составив число умерших по 7 детей (таблица №6)

Таблица № 6.

#### Структура смертности ВПС по регионам в течение 2011-2015гг.

№		2011г.		2012г.		2013г.		2014г.		2015г.		Всего
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
1	Карасуу	6	50	-		7	63,6	3	30	3	18,7	<b>19</b>
2	Араван	1	8,5			1	9,1	-		1	6,3	<b>3</b>
3	Ноокат	-		-		-		-		1	6,3	<b>1</b>
4	Узген	-		-		2	18,2	2	20	3	18,7	<b>7</b>
5	Алай	4	33					1	10	2	12,4	<b>7</b>
6	Каракулжа			1	50							<b>1</b>
7	Сузак (Жалалабад)	1	8,5							1	6,3	<b>2</b>
8	Базаркоргон							1	10			<b>1</b>
9	Чаткал									1	6,3	<b>1</b>
10	г.Ош	-		1	50	1	9,1	3	30	4	25	<b>9</b>
	<b>Итого</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>16</b>	<b>100</b>	<b>51</b>

А в возрастной категории смертности ВПС, также занимают первое место дети до 1 года, составив 37 детей (72,6%), из 51 умершего ребенка. На втором месте дети с 1 года до 3 лет-11 детей (21,6%). Как видно из этих данных, заболеваемость и смертность детей с ВПС возрастает с годами.

Таблица № 7.

№	Возраст детей	2011г.		2012г.		2013г.		2014г.		2015г.		Всего
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	

1	До 1 го года	8	66,7	2	100	9	81,8	10	90,9	8	53,4	37 (72,6%)
2	1-3г	3	25	-		2	18,2	1	9,1	5	33,4	11 (21,6%)
3	4-7 л	1	8,3							1	6,6	2 (3,9%)
4	7-14л									1	6,6	1
	<b>Итого</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>51</b>

### Структура смертности ВПС по возрастной категории в течение 2011-2015гг

В обследовании проводилась электрокардиографическая, ультразвуковая диагностика, ЭХОКГ, рентген сердца в прямой и боковой проекциях, обследование на ВУИ и у большинства определен титр антител на ВУИ-цитомегаловирус, герпесвирус и вирус краснухи. Тщательно собрали генеалогический анамнез, обращали внимание на перенесших ОРВИ (гриппа) на первом триместре беременности, прием некоторых лекарственных средств, контакт с вредными веществами (ремонт в квартирах, краской, химией). Проводили УЗИ обследования плода в трех месячном сроке беременности, выявлялись вредные привычки.

В лечении применялись диуретики, кардиотоники, кардиотропные препараты, ингибиторы АПФ, гипотензивные средства и антибиотики по показанию, то есть проводилось лечение ССН и застойной пневмонии.

**Таким образом,** с годами заболеваемость и смертность ВПС имели тенденцию к росту, от 20,3%-2011 г. до 43,0%-2015 году, почти в 2 раза, причем заболеваемость и смертность ВПС преобладает у детей до 1 года (заболеваемость 613 (62,7%) и смертность 37 (72,6%)), и преобладание девочек. В нозологической структуре заболеваемости и смертности удельный вес преобладал: ДМЖП, ДМПП и Болезни Фалло. Ввиду дороговизны и недоступности оперативных методов лечения ВПС, дети не доживают до старшего возраста, и эта проблема остается открытой и требует пристального внимания органов государственного надзора здравоохранения.

#### Рекомендации по снижению заболеваемости ВПС:

1. Чтобы снизить количество рождения детей с ВПС, необходимо охранять здоровье женщин фертильного возраста от вредных факторов внешней среды.
2. Медикогенетическое консультирование сделать обязательным для всех семейных пар.
3. Ранняя (до 1 года, №3) хирургическая коррекция ВПС (бесплатно или на льготных условиях).
4. Поднять профессиональный уровень врачей ГСВ, кардиоревматологических отделений и отделений ОРИТ по диагностике, лечению осложнений и диспансерному наблюдению больных детей с ВПС.

#### Литература:

1. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно -сосудистая хирургия -2007. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. М.: НЦССХ им. А. Н. Бакулева РАМН, - 2008.
2. Студеникин А.К. с соавторами. Руководство. Сердечная недостаточность у детей.
3. Шарькин А.С. Врожденные пороки сердца: проблемы плода и новорожденного ребенка. // ПЕДИАТРИЯ. ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ CONSILIUM MEDICUM Издательство: Медицинское маркетинговое агентство "МедиаМедика" Москва. -2012. -С.54-58.
4. Fyler D.C. Report of New England Regional Infant Cardiac Programm. Pediatrics. 1980; 65 (2). Part 2 (Suppl.)
5. Samanek M, Voriskova M. Infants with critical heart disease in a territory with centralized care. Internat J Cardiol -1986; 11:-С. 63-74.

6. Samanek M, Voriskova M. Congenital Heart disease among 815.569 children born between 1980 and 1990 and their 15-year survival: A prospective Bohemia survival study. *Pediatr Cardiol* - 1999; 20: -C.411-7.