

Кожомкулова А. Т.

РИСК ВОЗНИКНОВЕНИЯ ВПС У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ И ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОГРАММ КОНСЕРВАТИВНОГО ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ

А. Т. Kojomkulova

RISK OF OCCURRENCE CHD AT CHILDREN IN KYRGYZSTAN AND OPTIMISATION OF PROGRAMS OF CONSERVATIVE CONDUCTING PATIENTS

УДК: 612.171.7-053.2 :614.254.3

Материалы статьи основаны на результатах клинического, электрокардиографических, эхокардиографических исследованиях сердечно-сосудистой системы у детей с ВПС, проживающих в высокогорных и среднегорных районах республики, прошедших стационарное лечение в отделении кардиоревматологии НЦОМД.

Materials of this research are based on results of clinical observations, electrocardiographic and echocardiographic examinations of cardiovascular system among children with congenital heart diseases, whose live in low-altitude and mid-altitude mountain regions and have been hospitalized in cardiologic department of NCMCW.

ВПС относятся к распространенным врожденным аномалиям, они занимают третье место после патологии опорно-двигательного аппарата и центральной нервной системы, однако в структуре летальности, связанной с пороком развития, они находятся на первом месте.

ВПС считаются важной медико-социальной проблемой еще и потому, что они затрагивают прежде всего молодые семьи. Ежегодно на 1000 родившихся приходится 7-17 детей с ВПС. Около 50% детей с ВПС без оказания квалифицированной медицинской помощи погибают в периоде новорожденное™, еще 25% - в первый год жизни.

Вопросы, связанные с проблемой ВПС, особую значимость имеют для Кыргызстана, где последние десятилетия комплексных исследований не проводилось. В то же время по данным РМИЦ их число неуклонно увеличивается. Возрастает также и число тяжелых форм ВПС. В связи с изложенным •определена цель исследования.

Цель исследования. Изучить факторы риска возникновения ВПС у детей для определения необходимых объемов специализированной службы и разработки рациональных программ диспансеризации больных детей.

Объем и методы исследования. Проведено проспективное комплексное клинико-функциональное обследование 120 детей с ВПС, госпитализированных в отделение кардиологии НЦ охраны матери и ребенка с 2000 по 2006 годы. Материалом данного исследования послужили результаты клинического, электрокардио- и эхокардиографического исследования сердечно-сосудистой системы у детей с ВПС, проживающих в условиях среднегорья, высокогорья и низкогорья. Исследование включало: изучение частоты, структуры ВПС у детей из различных климатогеографических регионов Кыргызстана; изучение факторов риска, предрасполагающих развитию ВПС у детей (путем анкетирования родителей больных ВПС); изучение характера клинических и гемодинамических нарушений при ВПС в зависимости от высоты проживания ребенка.

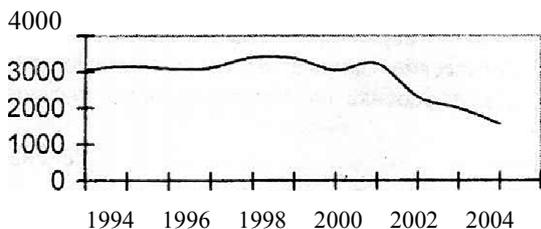
Результаты исследования.

1. Изучена распространенность ВПС среди детского населения республики. Проведен анализ данных медико-информационного центра МЗ КР о распространенности, смертности и инвалидности детского населения в связи с ВПС за последние 12 лет.

В Кыргызстане с 1994 по 1998 годы отмечался ежегодный рост регистрации ВПС. С 2000 года наметилась тенденция снижения регистрации ВПС (- 49%). В 2001 году в Кыргызстане было зарегистрировано 3231 детей с ВПС, а в 2006 году всего 1741 ребенок (рисунок 1). Низкая регистрация детей с ВПС в последние годы объясняется отсутствием специалистов, недоступностью специализированной медицинской помощи для детского населения республики.

Рисунок 1.

Динамика регистрации врожденных пороков сердца среди детского населения Кыргызстана (по данным РМИЦ)



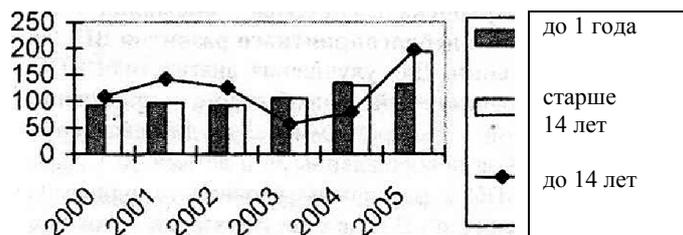
Относительно высокий уровень регистрации ВПС в детском возрасте отмечается в Иссык Кульской (173,9) и Чуйской (165,7) областях, городе Бишкек (166,0 на 100 тыс.). Низкая регистрация ВПС наблюдается в Таласской (34,4), Баткенской (52,2) и Нарынской (61,2 на 100 тыс) областях.

За последние 5 лет увеличилась частота госпитализации в специализированное отделение больных с ВПС (+123,6%) проявлениями недостаточности рефрактерной к терапии. Среди дети первого года жизни (53,7%).

Показатели младенческой врожденных пороков развития, пороков сердца. В структуре причин смертности в последние годы имеют тенденцию к повышению. В последние годы на 36% увеличилось количество умерших детей до 1 года. В последние годы отмечается рост смертности от ВПС в возрасте до 14 лет (+80,7%) и старше (+94%) (рисунок 2).

Рисунок 2.

Количество умерших детей от врожденных пороков сердца в Кыргызстане (по данным РМИЦ)



Особую тревогу вызывает тот факт, что от 14% до 22% детей с ВПС умирают в первую неделю жизни, от 19% до 27% - в течение первого месяца, а 30-50% не доживают до 1 года. То есть почти половина (50%) младенцев с ВПС не доживают до годовалого возраста, а остальные становятся инвалидами.

Показатели первичной инвалидности по ВПС за 8 лет увеличились в 5 раз (+535%).

Результаты исследований показали, что в 48% случаев диагноз ВПС выставляется поздно. Главной причиной данного положения является не столько отсутствие технических возможностей, сколько отсутствие систематического анализа Клинических и параклинических данных, профессионального умения врача.

2. Изучена нозологическая структура ВПС у детей из разных климатогеографических регионов Кыргызстана по результатам проспективного комплексного клинко-функционального обследования 189 детей с ВПС.

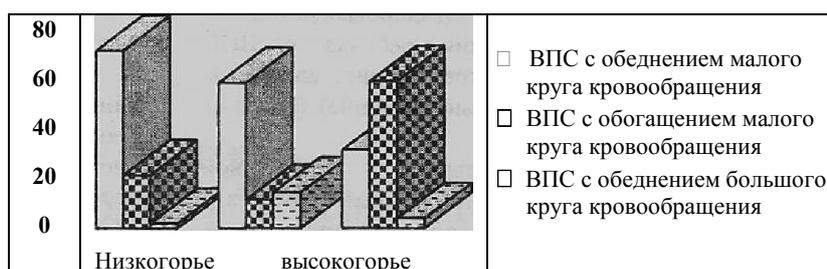
В ЛПУ II и III уровней обращались преимущественно дети с ВПС из Чуйской (32,5%) и Иссыккульской областей (23,6%), реже - города Бишкека (19,1%). Из Иссыккульской области госпитализировались преимущественно дети проживающий в высокогорной местности (66,6%), с тяжелыми проявлениями недостаточности кровообращения. Из числа обратившихся за лечебной помощью дети высокогорья составили 24,7%, низкогорья - 16,8%. Однако именно категория детей, проживающих в высокогорной местности имела наиболее выраженные проявления сердечной недостаточности (86%).

Среди госпитализированных детей с ВПС проживающих в низкогорье и среднегорье, доминировали пороки с обеднением малого круга кровообращения (75% и 61,4% соответственно). Среди детей, проживающих в условиях высокогорья, доминировали пороки с обогащением малого круга кровообращения (62,4%). Пороки с обеднением большого круга кровообращения отмечались чаще у детей среднегорья (15,2%), чем высокогорья (4,1%).

У детей из низкогорных и средне-горных регионов Чуйской и Нарынской областей преобладали цианотические врожденные пороки сердца с нормальным или сниженным легочным кровотоком (67% и 83% соответственно), в высокогорных регионах Иссыккульской, Таласской и южных областей - пороки с обогащением малого круга кровообращения (71,4% и 75%). Пороки с обеднением большого круга кровообращения чаще регистрировались у детей среднегорья Баткенской области (50%) и города Бишкека.

Рисунок 4.

Структура врожденных пороков сердца в зависимости от типа гемодинамических нарушений у детей проживающих на различных высотах по обращаемости в ЛПУ третичного уровня



3. Факторы риска рождения ребенка с ВПС

Для изучения факторов риска использовалась специально разработанная анкета. Обследовано 219 семей. Первую группу составили 119 семей, дети которых страдали каким либо ВПС. В контрольную группу вошло 100 семей, дети которых были здоровы. Средний возраст женщин, родивших детей с ВПС (1 группа), составил 24,8±4,7 лет, а в группе сравнения 25,8±4,6 лет. Средний возраст отцов также не отличался и составил соответственно 26,3±5,0 и 27,4±4,0 лет в 1 и 2 группах. Нам не удалось выявить зависимость вероятности рождения ребенка с ВПС от возраста матери.

Использование доказательных приемов статистической обработки материала с вычисление величин относительного риска (ОР) и отношения шансов (ОШ) позволило выделить наиболее значимые факторы риска рождения детей с ВПС.

Выявлен высокий риск рождения ребенка с ВПС в семьях, где женщины во время беременности на сроках до 10-12 недель испытывали психологический стресс (ОР=1,35 0111=3,3). 53% женщин, родивших детей с ВПС имели множественные ОРВИ (ОР=1,23 0111=2,04) и 3% перенесли краснуху во время беременности, тогда как в контрольной группе таких женщин не было.

На 31,6% увеличилась вероятность рождения детей с ВПС в семьях, где женщины были охвачены активной иммунизацией против кори и краснухи в период зачатия данным ребенком и в первые недели беременности.

Высокий риск рождения ребенка с ВПС отмечался в семье курящих (ОР=1,22 0111=1,86) и при условии применения женщиной токсических лекарственных препаратов (ОР=1,04 ОШ=1,14). Среди профессиональных вредностей отмечен высокий риск у отцов водителей (21,7% против 13% в контрольной группе), профессиональных пользователей компьютерной техникой (18% против 5% в контрольной группе) (ОР=1,15 ОШ=1,66). Негативное значение имеет и работа с профессиональными вредностями в период зачатия и беременности, что отмечено у 7,2% родителей 1 группы и лишь у 2,5% родителей здоровых детей.

Высокий риск рождения ребенка с ВПС отмечался в семьях, злоупотребляющих алкоголем (50% против 25% в контрольной группе) (ОР=0,87 0111=0,4).

Соматические заболевания беременной женщины и отца также имели важное значение в развитии ВПС. Так, среди обследованных лишь 15,9% семей были здоровы. В контрольной группе этот процент был значительно выше (40%). Чаще всего регистрировалась патология сердечнососудистой системы (в том числе ГБ, ВПС, ревматизм, аритмии, нейро-циркуляторная дистония), реже отмечалась патология желудочно-кишечного тракта (42%) и органов дыхания (14%) (ОР=0,95 ОШ=0,84).

Отмечены высокая частота гинекологической патологии среди матерей и частое возникновение гестозов второй половины беременности (ОР=0,81 0111=0,49). Большинство матерей 1 группы имели до рождения ребенка 2 и более факторов риска.

Следует отметить, что все женщины исследуемой группы вовремя встали на учет и прошли УЗИ (53% неоднократное), при котором ни в одном случае не диагностирован ВПС в пренатальном периоде.

Клинические проявления ВПС в родильном доме и на 1-м месяце жизни отсутствовали у 73,3% новорожденных, что способствовало поздней диагностике.

Дети с ВПС достоверно чаще имели стигмы дизэмбриогенеза: искривление носовой перегородки (23,7%), короткая уздечка языка (30,5%), варикозное расширение вен (14,5%), аномалии расположения и формы ушей (27,1%), плоскостопие и деформация грудной клетки. В 25% случаев ВПС сочетались с малыми аномалиями развития сердца (пролапс митрального клапана, открытое овальное окно, дополнительные хорды левого желудочка).

4. Разработка системы профилактики, диагностики и неблагоприятного развития ВПС и его осложнений. Для улучшения диагностики ВПС и их осложнений необходимо внедрение рациональной программы диспансерного наблюдения за новорожденными и детьми до 1 года, детьми с ВПС с различным уровнем гемодинамических нарушений. Важна стандартизация основных приемов оздоровления детей с ВПС.

Разработан алгоритм распознавания наиболее часто встречающихся ВПС в рамках возможностей общепрактикующего врача. Структура данного алгоритма включает в себя следующие последовательные этапы:

- выявление факторов диагностического внимания относительно возможности ВПС;
- собственно дифференциальная диагностика; выявление обстоятельств, требующих коррекции выработанного плана реабилитации.

Факторы диагностического внимания: 1) цианоз или выраженная бледность; 2) гипотрофия; 3) частые простудные заболевания, в том числе протекающие с бронхитом (более 3-4 раз в год); 4) плохая переносимость адекватных возрасту физических нагрузок (быстро устает при кормлении грудью, быстрая утомляемость при подвижной игре, появлении одышки при подъеме даже на один пролет лестницы в доме и др.);

5) увеличение размеров сердца, установленное либо перкуторно, либо электрокардиографически, либо рентгенографически; 6) изменение тонов сердца; 7) выслушивание шумов сердца; 8) изменение характера пульса на руках, слабый пульс или его отсутствие на бедренной артерии; 9) измененное артериальное кровяное давление; 10) деформация грудной клетки; 11) аритмия сердца; 12) любые электрокардиографические патологические находки; 13) необычные находки на рентгеновском снимке грудной клетки 14) превышение порога стигматизации.

Факторы, определяющие дифференциальную диагностику ВПС:

1. Наличие цианоза и время возникновения

2. Состояние легочного кровотока
 3. Гипертрофии различных отделов сердца
- Обстоятельства, требующие пересмотра ранее выбранного плана реабилитации

1. Присоединение инфекционного эндокардита
2. Трансформация дефекта межжелудочковой перегородки во вторичную тетраду Фалло.

На основе результатов настоящего исследования разработаны принципы системы этапной лечебно-профилактической помощи, оптимизированы программы диспансерного наблюдения за детьми с ВПС; стандартизированы основные приемы оздоровления детей с ВПС, раннего выявления и лечения осложнений, связанных с ВПС.

Выводы:

Рост частоты тяжелых форм ВПС, и связанных с ними младенческой смертности и инвалидности в Кыргызстане обосновывает необходимость совершенствования системы кардиологической помощи, внедрения более совершенных систем управления этой патологией.

2. К ведущим факторам риска рождения детей с ВПС следует отнести психологический стресс во время беременности, острые респираторные и вирусные заболевания во время беременности, курение, прием лекарственных средств, производственные вредности матери и отца, соматические и гинекологические заболевания матери, гестозы, употребление алкоголя, нарушение условий выполнения профилактических прививок.

3. Частота ВПС преобладает у детей высокогорных и среднегорных районов Иссык-Кульской (63,6% и 46,6%), Таласской (33,3%) и Нарынской (26,6%) областей, низкогорных районов Чуйской области и города Бишкек. У детей из южных регионов Кыргызстана ВПС чаще наблюдается у жителей высокогорных районов Ошской, Жалалабадской и Баткенской областей и среднегорных районов Жалалабадской области.

4. У детей из низкогорных и среднегорных регионов Чуйской и Нарынской областей преобладают цианотические врожденные пороки сердца с нормальным или сниженным легочным кровотоком (67% и 83%), в высокогорных регионах Иссык-Кульской, Таласской и южных областей - пороки с обогащением малого круга кровообращения (71,4% и 75%). Пороки с обеднением большого круга кровообращения чаще регистрировались у детей среднегорья Баткенской области (50%) и городе Бишкек.

5. Для детей с ВПС, проживающих в условиях высокогорья, характерны клинико-функциональные признаки развития перегрузки малого круга кровообращения и легочной гипертензии на ранних этапах развития болезни, что является следствием сочетанного воздействия патологии и гипоксической среды обитания.

Рецензент: к. мед. н., доцент кафедры госпитальной педиатрии КГМА, Мусуркулова Б.А.