

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА В ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Плеханов В.Г., Воробьев В.П., Харламов И.С., Самсонов В.А., Рокотянский А.Н., Карпук Н.В., Харламова Н.В.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

В общей структуре сердечно-сосудистой патологии у детей врожденными пороками сердца (ВПС) по данным НЦССХ им. А.Н. Бакулева составляют 91,5% (ревматизм — 6,2%, другие болезни — 3,3%).

По данным МЗ РФ частота ВПС на 100 тыс. детского населения (дети до 14 лет) составляет 637,2 из них впервые выявлено 124,2.

В последние годы зафиксирован рост распространенности аномалий системы кровообращения, в общей сложности на 5,7%, впервые диагностированных — на 7,7%. По данным Минздрава России, в стране проживают 265 тыс. людей с ВПС.

В структуре младенческой смертности в России — ВПС стали причиной смерти у 11% детей в возрасте до 1 года.

На первый план в проблеме хирургического лечения врожденных пороков сердца в России выходят вопросы раннего выявления порока, включая период внутриутробного развития, установления точного диагноза. Следует подчеркнуть, что в настоящее время квалифицированным ультразвуковым исследованием плода можно диагностировать около 95% различных форм пороков сердца, включая аномалии, требующие вмешательства в первые часы и дни жизни ребенка или некорректируемые пороки.

Детская кардиологическая служба, ответственная за своевременное (до развития осложнений) определение вида ВПС, показаний к операции, обеспечение соответствующей дооперационной терапии и направление в кардиохирургическое отделение, во многих территориях недостаточно развита или отсутствует.

Цель работы: проанализировать систему оказания помощи детям Ивановской области с врожденными пороками сердца, начиная с периода новорожденности.

Ежегодно в области рождается в среднем 80 детей (от 66 до 103) с врожденными пороками сердца, из них 18% погибают на первом году жизни, в том числе в течение первого месяца жизни — 59%. Основными причинами смерти являются сложные ВПС — транспозиция магистральных сосудов, тетрада Фалло, атрезия трикуспидального клапана, атриовентрикулярная коммуникация, гипоплазия левых отделов сердца и др.

Помощь детям с ВПС в регионе осуществляется поэтапно:

- На антенатальном этапе развития ребенка с участием врача ультразвуковой диагностики женской консультации. Следует отметить тенденцию к росту числа прерываний беременно-

стей по поводу ВПС (за 3 года — 15, из них в 2004 — 2, в 2005 — 7, в 2006 — 6).

- Выявление новорожденных с подозрением на ВПС в родильных домах города и области, своевременное их направление в отделения 2 этапа выхаживания новорожденных для уточнения диагноза и выбора тактики лечения.
- Уточнение топического диагноза ВПС и оказание квалифицированной помощи новорожденным в перинатальном центре врачом неонатологом с участием кардиолога-неонатолога и врача функциональной диагностики.
- Тактика дальнейшего ведения детей с ВПС осуществляется в областной консультативной поликлинике детским кардиологом и кардиохирургом.

В настоящее время на диспансерном учете в Ивановской областной клинической больнице состоит 847 детей и 135 подростков с ВПС.

В России по жизненным показаниям в неотложной операции на первом году жизни нуждаются примерно 25% детей родившихся с ВПС, но только 40% нуждающихся в хирургической помощи ее получают, причем существуют значительные различия по масштабу и качеству между отдельными регионами.

Очевидна существенная разница в объемах хирургической помощи при ВПС, оказываемой в отдельных регионах и учреждениях: 6% всех клиник обеспечивают 48% всего объема хирургического лечения ВПС в стране.

Следует отметить, что хотя вмешательства пациентам в младенческом возрасте выполняются в 29 учреждениях, в основном они были единичными. 85% всего объема помощи этому контингенту обеспечивают 4 клиники: НЦССХ им А.Н. Бакулева, НИИПК им Е.Н. Мешалкина, ДГКБ №1 Санкт-Петербурга, детская РКБ Татарстан.

Хирургическая коррекция ВПС у детей проводится в кардиохирургическом отделении Ивановской областной клинической больницы. В настоящее время для оперативной коррекции ВПС с искусственным кровообращением в отделении имеется: аппарат искусственного кровообращения фирмы SHTOKERT, наркозно-дыхательный аппарат DREGER, мониторинговая система TEMED и дыхательный аппарат «Фаза 9».

Для проведения ИК используются оксигенаторы TERUMO, с объемом заполнения 150 мл, позволяющие оперировать больных с массой более 16 кг.

Соотношение вмешательств при различных формах ВПС составило: по поводу ДМПП — 38%, ОАП — 34%, ДМЖП — 9,5%, КА — 6,8%, ИСЛА — 4%, АВК — 3,91%, ЧАДЛВ — 3,91%.

Необходимо отметить, что имеющиеся технические возможности не позволяют в кардиохирургическом отделении областной клинической больницы оперировать новорожденных детей, а также детей с массой тела менее 16 кг, что требует направления их в НЦССХ им. А.Н. Бакулева по региональным квотам. За период с 2004 по 2006 гг. 46 детей раннего возраста с ВПС, требующие неотложного оперативного лечения, в том числе 7 новорожденных, находящихся в критическом состоянии, были направлены в НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева для оперативного лечения.

Наряду с традиционными операциями на открытом сердце с использованием аппарата искусственного кровообращения в Ивановской области широко применяются малоинвазивные методы лечения: баллонная ангиопластика при изолированных стенозах лёгочной артерии, неполной формы коарктации аорты.

Особо следует отметить метод транскатетерного закрытия дефектов межпредсердной перегородки Amplatzer окклюдерами, который впервые был

использован в 1995 г. и находит всё более широкое применение в мире. В нашей клинике первая операция была выполнена в марте 2007 г. и на настоящий момент накоплен опыт 13 вмешательств.

Отбор больных для эндоваскулярных вмешательств осуществляется на догоспитальном этапе. Двухмерная ЭхоКГ с цветовым доплером играет решающую роль в диагностике морфологических особенностей вторичного ДМПП и направлении больных для транскатетерного метода коррекции порока. Окончательное решение о характере и виде оперативного вмешательства принимается коллегиально кардиохирургами и рентгенохирургами.

Несмотря на высокую стоимость Amplatzer окклюдеров (до 180 тысяч рублей) операции для пациентов бесплатны. Все расходы на лечение оплачиваются благотворительными фондами и местным бюджетом.

Внедрение новых технологий в лечении детей с ВПС позволило уменьшить количество выполняемых операций в условиях искусственного кровообращения, что способствовало сокращению количества детей, направляемых в федеральный центр на лечение.

МОНИТОРИНГ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗОБА У ДЕТЕЙ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Прусова К.М., Агапова Л.В., Волков И.Е., Вотякова О.И.

ОГУЗ «Ивановская областная клиническая больница»

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрав»

Одной из приоритетных задач здравоохранения, особенно муниципального, является профилактика йоддефицитных заболеваний. Природный дефицит йода на территории Ивановской области обнаружен в 20—30-е гг. прошлого столетия. Его сохранение в наши дни подтверждено результатами исследования 2001 г., проведенного с использованием современных эпидемиологических критериев оценки степени тяжести йодного дефицита (ВОЗ, 1994), одним из которых является частота встречаемости зоба у детей. Данные, полученные в ходе этого исследования, способствовали активизации профилактических мероприятий по преодолению дефицита йода в области. Требования к профилактике йодного дефицита, существующие в настоящее время, предусматривают безостановочность мероприятий и постоянный мониторинг их эффективности.

С целью контроля проводимой в области йодной профилактики, в детском санаторно-оздоровительном лагере круглогодичного действия «Березовая роща» организован осмотр детским эндокринологом всех поступающих в данное учреждение детей на наличие зоба. С 2002 по 2006 гг. осмотрено 14995 детей в возрасте от 7 до 15 лет из 22 районов области.

Анализ полученных данных показал нарастание в динамике распространенности зоба у детей Ивановской области. Так, в 2002 г. зоб был выявлен у

23,7%, в 2003 г. — у 27,8%, в 2004 г. — у 29,1% обследованных, а в 2005 г. и 2006 г. число детей с зобом среди осмотренных превысило 30% (35,4 и 35,5% соответственно). На долю районов, где распространенность зоба у школьников превышала эту цифру в 2002 г. приходилось 26,7%, в 2003 г. — 50%, с 2004 г. указанные значения имели место более чем в 80% районов области, что свидетельствует о прогрессировании зобной эндемии в большинстве регионов области. Наиболее значительный рост больных с зобом отмечен среди детей Шуйского, Вичугского, Гаврилово-Посадского, Южского, Пучежского, Родниковского, Савинского и Приволжского районов. Частота зоба среди осмотренных из этих районов в 2006 г. превысила 40%. Лишь в трех районах, Комсомольском, Пестяковском и Ландеховском, процент детей с зобом достиг значений, не превышающих 20%, что характерно для регионов с легким недостатком йода.

При анализе динамики изменений других показателей, предложенных ВОЗ в качестве индикаторов йодного дефицита, таких как число новорожденных с уровнем тиреотропного гормона более 5 мЕД/л и медиана экскреции йода с мочой у детей, выявлено их улучшение. Вместе с тем, было отмечено, что только 29% семей в области, а не 90%, как того требуют критерии эффективности программ профилактики йоддефицитных состояний (ВОЗ, ЮНИСЕФ, 2001), постоянно ис-