

# КАРДІОЛОГІЯ

## МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ІНВАЛІДНОСТІ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ВНАСЛІДОК ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ

*Беляєва Н.М.<sup>1</sup>, Яворовенко О.Б.<sup>1</sup>, Куриленко І.В.<sup>1</sup>, Забур'янова В.Ю.<sup>1</sup>, Гришан А.О.<sup>1</sup>, Павліченко Г.В.<sup>2</sup>, Проскуріна О.Ф.<sup>1</sup>*

**НДІ реабілітації інвалідів ВНМУ ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця<sup>1</sup>**

**Обласний центр медико-соціальної експертизи, м. Вінниця<sup>2</sup>**

*Резюме.* У статті представлені дані про контингент інвалідів внаслідок вроджених вад серця дорослого віку, статева, вікова структура, причини інвалідності, вид обмеження життєдіяльності, група інвалідності.

*Ключові слова:* вроджені вади серця, соціальна недостатність, інвалідність.

### **ВСТУП**

За даними ВООЗ, вадами розвитку обумовлено 20% дитячої інвалідності і захворюваності [1]. Генетичні, спадкові захворювання, вади розвитку нерідко сприяють формуванню хронічної патології. Вроджені вади серця (ВВС) – одна із найбільш розповсюджених патологій у дітей, що призводять до соціальної недостатності. В світі у зв'язку з покращанням післяопераційної виживаності та більш якісної реабілітації кількість дорослих пацієнтів з ВВС неухильно збільшується [2].

Серед неоперованих хворих трапляються пацієнти з вадами, за яких можливе і наступне тривале виживання без хірургічної інтервенції. В таких випадках з часом на перший план виходять вже не самі вади, а супутні проблеми: бактеріальний ендокардит, тромбоемболії, порушення ритму, імунітету, прогресування недостатності скорочувальної функції міокарда, легенева гіпертензія тощо, що потребує допомоги інших спеціалістів, викликає потребу в соціальному захисті та допомозі [2, 3, 4].

Соціальна недостатність може бути обумовлена, в першу чергу, недостатністю, викликану обмеженням фізичної незалежності, обмеженням в отриманні освіти і здатності до інтеграції в суспільство, до трудової діяльності, та привести до інвалідності. Соціальне функціонування та медичне обслуговування дорослих осіб з ВВС в наш час стало привертати увагу вчених в багатьох країнах [5, 6, 7].

В той же час медико-соціальні аспекти інвалідності внаслідок ВВС залишаються невивченими.

## **КАРДІОЛОГІЯ**

**Метою** даного дослідження було вивчення медико-соціальних особливостей контингенту інвалідів внаслідок ВВС у дорослих.

### **МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ**

Для дослідження була використана медико-експертна документація інвалідів дорослого віку на ВВС, які проходили освідчення на кардіоМСЕК в 2010 році. Проаналізовані акти освідчення на МСЕК, посильна медична документація (форма 088о), виписки з історій хвороби, амбулаторні карти, які містили дані: паспортні, соціально-побутові, експертні, клінічні, результати діагностики, лікування, тимчасову непрацездатність, професію, групу та причини інвалідності, перелік реабілітаційних заходів, який пропонувався інвалідам. Базою для дослідження послужили Вінницька, Житомирська, Хмельницька області. Проведена статистична обробка матеріалу на персональному комп'ютері з використанням прикладних програм.

### **РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ**

Проведений аналіз медичної та медико-експертної документації на 393 інвалідів з ВВС.

Згідно отриманих даних причиною інвалідності були дефект МПП (34,9%), дефект МШП (20,4%), тетрада Фалло (10,9%), двостулковий аортальний клапан (8,9%), коарктація аорти (6,9%), відкрита артеріальна протока (5,3%), аортальний стеноз (5,1%), стеноз легеневої артерії (4,6%), аневризма висхідного відділу аорти (0,5%), аномальне відходження судин (0,5%).

За статтю переважали чоловіки (52,2%) над жінками (47,8%). З урахуванням особливостей розвитку вродженої вади серця такий розподіл спостерігався не при всіх вадах серця: чоловіки переважали при ДМШП, коарктації аорти, двостулковому АТ, аортальному стенозі, тетраді Фалло, аневризми висхідного відділу аорти, жінки – при ДМПП, аномалії Ебштейна, відкритій артеріальній протоці, аномальному відходженні судин.

Всі хворі були особами працездатного віку (18-60 років). У віковій структурі переважали інваліди у віці 21-29, 30-39 років (38,9 та 21,4% відповідно). При всіх ВВС більшість хворих відповідала віковій групі 21-29 років; у віці 30-39 років значна питома вага інвалідів спостерігалась при ДМШП, стенозі ЛА, аномалії Ебштейна. В 40-49 р. (19,6%) при ДМШП, коарктації аорти, двостулковому АК, в 18-20 р. (12,5%) – при коарктації аорти, аортальному стенозі, відкритій аортальній протоці, у віці 50-60 років частка інвалідів була невеликою (1,8%) та зустрічалась при всіх ВВС крім коарктації аорти, аневризми висхідного відділу аорти,

## КАРДІОЛОГІЯ

аномальному відходженні судин. Середній вік хворих на ВВС склав  $32 \pm 11,4$  роки.

Тривалість захворювання до встановлення інвалідності була різною: 1-2 роки у 3,6%, 2-5 – у 8,7%, 5-10 – у 8,4%, понад 10 років – у 77,6% інвалідів, у 1,8% не визначено. Слід відмітити, що у більшості хворих при всіх ВВС тривалість захворювання переважала 10 років.

На період освідчення на МСЕК основні скарги, які пред'являли хворі на ВВС були: кардіалгії (26,4%), задишка (25,8%), серцебиття (14,2%), головний біль (10,3%), перебої в роботі серця (9,8%), набряки на кінцівках (6,4%), втрата свідомості (6,2%), напади серцевої астми (0,7%). В залежності від вади серця питома вага суб'єктивних відчуттів була різною.

Аналіз медичної та медико-експертної документації свідчить про наявність пізніх ускладнень: розвиток вторинного інфекційного ендокардиту в 1,0%, легеневої гіпертензії різного ступеню в 20,8%, порушень ритму та провідності різного ступеню важкості в 30,2%, аневризматичне розширення аорти в 1,8%, легеневої артерії в 0,8%, рецидивуючої патології бронхолегеневої системи з розвитком функціональної недостатності в 0,5%, рецидивування після оперативного втручання при ДМПП – в 0,3%, наявність синкопальних станів, обумовлених ВВС в 1,5%.

Мала місце супутня патологія. Серед них слід відмітити поєднання ВВС з хронічною ревматичною хворобою серця в 5,9% з формуванням мітральної вади серця, в т.ч. в 0,8% мітрального стенозу та в 5,1% мітральної недостатності різного ступеню важкості; зміни в нервово-психічному стані були зафіксовані у 19,6% хворих у вигляді астеничних розладів різного ступеню важкості (20,1%) когнітивних (0,8%), емоційно-лабільних (0,3%), інтелектуально-мнестичного зниження (1,1%), гострого порушення мозкового кровообігу в 0,8%. Недостатність кровообігу була притаманна майже всім хворим з ВВС (90,8%) в т.ч. СН I ст. 27,0%, СН I-II A – 16,5%, СН II A – 43,5%, СН II A-Б – 3,0%, СН II Б – 1,32%, СН III – 0,3%.

Хірургічне лікування було проведено 214 хворим, що складає 54,5% від обстеженого контингенту інвалідів, в т.ч. до 18 років 67,8%, після 18 р. – в 29,0%, в 3,3% термін проведення оперативного втручання не уточнений. Одне оперативне втручання з числа оперованих перенесли 86,4%, два – 9,3%, три та більше 0,9%, в 3,3% уточнених даних немає. За давністю проведення хірургічного лікування хворі розподілились наступним чином: протягом року до освідчення на МСЕК оперувалось 1,9%, до 2-х років – 8,4%, до 3-5 – 10,7%, до 10 – 22,4%, більше 10 років –

56,5%.

Спостереження та лікування хворих на ВВС перед останнім освідченням на МСЕК у більшості було проведено за місцем проживання (61,1%) в міській, центральній, районній, дільничній лікарні, в частині випадків (20,7%) хворим надавалась висококваліфікована допомога в обласній лікарні (20,7%), в НДІ серцевої хірургії (12,9%), відсутні дані про характер лікування в 2,5% випадків.

В контингенті інвалідів, що вивчався, 18,3% являлись учнями або студентами, які набували освіти, 44,0% - робітниками, 33,3% - службовцями, у 4,3% соціальний стан не уточнено.

Відношення до праці у інвалідів внаслідок ВВС розподілилась наступним чином: працюють 24,7%, не працюють 57,3%, навчаються в різних навчальних закладах 18,0%, дані відсутні в 2,0% випадках.

Оцінка характеру працевлаштування відповідно стану здоров'я показує, що раціонально працевлаштовано 20,4% інвалідів з ВВС, нераціонально – 4,8%, не працюють – 31,0%, не зазначено в 21,9%. Найбільший відсоток нераціонально працевлаштованих має місце при коарктації аорти (11,1%), аномалії Ебштейна (12,5%), аортальному стенозі (10,0%). Потребують придбання професії, 21,9% інвалідів шляхом навчання або перенавчання, найбільше при ДМПП, ДМШП.

Трудова спрямованість інвалідів розподілилась наступним чином: бажають працювати в своїй професії 40,9%, в т.ч. з обмеженням навантаження 14,2%, перейти на іншу роботу – 4,3%, не працювати – 31,8%, дані відсутні в 22,9%.

Для оцінки соціальної недостатності визначались вид та ступінь обмежень життєдіяльності. Так, за даними медико-експертної документації при ВВС мало місце обмеження життєдіяльності до пересування, до самообслуговування, до трудової діяльності, до навчання, до орієнтації, до спілкування різного ступеню. У інвалідів з ВВС найбільший відсоток обмежень життєдіяльності спостерігався до трудової діяльності (91,6%), пересування (70,0%), самообслуговування (58,8%), до інших обмежень – в одиничних випадках (8,4-4,8%).

Всі хворі були визнані інвалідами, в т.ч. інвалідами I групи – в 0,5%, II – 28,2%, III – 71,3%. Перша група інвалідності визначалась в одиничних випадках, а саме хворим з ДМШП, тетрадою Фалло, друга – переважала при аортальному стенозі, третя – при всіх основних ВВС.

За категоріями інвалідності найбільшу питому вагу мали інваліди з дитинства (74,6%), 24,7% – від загального захворювання, 0,5% від професійного захворювання, 0,3% – пов'язана з військовою службою.

## **КАРДІОЛОГІЯ**

Представлений розподіл соціальних категорій інвалідності при ВВС обумовлений не досконалою методичною визначеністю, що стосується категорій «загальне захворювання» та «інвалідність з дитинства». Черговість переогляду групи інвалідності визначалась в 97,8%, без строку переогляду група інвалідності встановлена в 2,3%, а саме – при ДМПП, ДМШП, відкритої артеріальної протоки, тетраді Фалло в поодиноких випадках у зв'язку з перед пенсійним віком, а також вираженими змінами та безперспективністю реабілітаційних заходів.

Тривалість перебування на інвалідності до 1 року спостерігалась у 26,0% інвалідів (переважно при аномалії Ебштейна, аневризмі висхідного відділу аорти, коарктації аорти, двостулковому артеріальному клапані), до 5 – у 25,5%, до 10 – у 27,5%, до 15 – у 12,5%, більше 15 – у 5,3% при всіх ВВС, в 2,3% дані були відсутні. Найбільший термін перебування на інвалідності (більше 10 років) спостерігався при ДМПП, ДМШП, тетраді Фалло.

Простежена ретроспективно динаміка інвалідності в контингенті інвалідів з ВВС, яка свідчить про відносно стабільну важкість інвалідності з поступовим обтяженням та збільшенням долі другої групи.

### **ВИСНОВКИ**

1. Контингент інвалідів з ВВС формують особи обох статей, працездатного віку, переважно тривалим анамнезом захворювання, з корегованими та не корегованими вадами серця, в числі яких перші рангові місця займають ДМПП, ДМШП, тетрада Фалло.

2. Соціальна недостатність хворих з ВВС обумовлена пізніми ускладненнями основного захворювання, супутньою патологією, а також соціальними факторами, а саме – необхідністю придбання професії у осіб молодого віку та раціонального працевлаштування.

3. Обмеження життєдіяльності в даному контингенті інвалідів обумовлено порушенням здатності до трудової діяльності, до пересування, до самообслуговування, до навчання (що призводить переважно до інвалідності III групи), менше – до спілкування, до орієнтації.

### **Література**

1. **Зубов Л.А.** Подходы к установлению инвалидности у детей с кардиологической патологией // Матер. обл. конф. Педиатров Архангельской области, 6-9 апреля 2004 г. «Вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации в педиатрии». – 2004.

2. **Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. и др.** Клинико-социологическая характеристика взрослых пациентов с врожденными

## КАРДІОЛОГІЯ

пороками сердца по данным эпидемиологического исследования // Грудная и серд.-сосуд. хир. – 2008. – № 5. – С. 4-7.

**3. Самородская И.В., Абдулкасумова С.К.** Врожденные пороки сердца у взрослых: эпидемиология и организация медицинской помощи // Здоровоохранение. – 2009. – №6. – С. 12-16.

**4. Сосновская Е.А., Легконогов А.В.** Особенности врожденных пороков сердца у взрослых // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. – 2011, том 1, № 1 (1). – С. 129-131.

**5. Opatowsky A.R., Siddiqi O.K., Webb G.D.** Trends in hospitalizations for adults with congenital heart disease in the U.S. // J. Am. Coll. Cardiol. – 2009. – Vol. 54, № 5. – P. 460-467.

**6. ESC Guidelines** for the management of grown-up congenital heart disease (new version 2010): The Task Force on the Management of Grown-up Congenital Heart Disease of the European Society of Cardiology (ESC) // Eur. Heart J. – 2010. – Vol. 31. – P. 2915-2957.

**7. Marelli A.J., Mackie A.S., Ittu R.I. et al.** Congenital Heart Disease in the General Population: Changing Prevalence and Age Distribution // Circulation. – 2007, Jan 8. – Vol. 115. – P. 163-172.

### **Медико-социальные аспекты инвалидности взрослого населения вследствие врожденных пороков сердца**

**Беляева Н.Н., Яворовенко О.Б., Куриленко И.В., Забурьянова В.Ю., Гришан А.А., Павличенко Г.В., Проскурина О.Ф.**

*Резюме.* В статье представлены данные о контингенте инвалидов вследствие врожденных пороков сердца взрослого возраста, половая, возрастная структура, причины инвалидности, вид ограничения жизнедеятельности, группа инвалидности.

*Ключевые слова:* врожденные пороки сердца, социальная недостаточность, инвалидность

### **Medical and social aspects of disability of adults due to congenital heart diseases**

**Belyaeva N.M., Yavorovenko O.B., Kurylenko I.V., Zabor'yanova V.Yu., Grishan A.O., Pavlichenko G.V., Proskurina O.F.**

*Summary:* The article presents data on the contingent with disabilities due to congenital heart diseases of adult age, sex, age structure, the causes of disability, type of activity limitation, disability group

*Key words:* congenital heart disease, social deficiency, disability