

Міністерство охорони здоров'я України
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

**ІНВАЛІДНІСТЬ ДОРΟΣЛОГО
НАСЕЛЕННЯ ВНАСЛІДОК
ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ
(сучасний стан та тенденції)
Аналітико-інформаційне видання**

Вінниця 2011

УДК 616.12-007-053.1-036.86-053.8

Рекомендовано до друку рішенням Вченої ради НДІ реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова

Автори: Беляєва Н.М., Яворовенко О.Б., Шевчук С.В., Забур'янова В.Ю.,
Куриленко І.В., Бойко В.В., Семенюк Н.А.

Рецензент: академік НАМН України, професор Коваленко В.М.

Інвалідність дорослого населення внаслідок вроджених вад серця (сучасний
стан та тенденції). Аналітико-інформаційне видання. – Вінниця, 2011. – 59 с.

В аналітико-інформаційному виданні на основі даних з 21 адміністративної території України за 2005-2009 рр. представлені аналітичні дані по загальному контингенту інвалідів, контингенту інвалідів з вродженими вадами серця, яким група інвалідності встановлена при первинному освідченні та при повторному переосвідченні. Розраховані інтенсивні та екстенсивні показники, проаналізована їх динаміка за п'ятирічний період.

Поданий аналіз літератури, який відображає сучасний стан проблеми в світі та на Україні.

Робота розрахована на організаторів охорони здоров'я, фахівців Центрів та бюро медико-соціальної експертизи, ЛКК лікувально-профілактичних установ.

УДК 616.12-007-053.1-036.86-053.8

ISBN

© Н.М.Беляєва, О.Б. Яворовенко, Шевчук С.В.

ЗМІСТ

	Стор.
Перелік умовних скорочень.....	4
Вступ.....	5
I. Статистика захворюваності, смертності, інвалідності при вроджених вадах серця (огляд літератури)	7
Захворюваність при ВВС.....	7
Смертність від ВВС	14
Інвалідність хворих з ВВС.....	20
II. Інвалідність дорослого населення внаслідок вроджених вад серця.....	24
Загальний контингент інвалідів внаслідок вроджених вад серця (ВВС).....	24
Контингент інвалідів з ВВС, яким група інвалідності встановлена повторно.....	29
Контингент інвалідів з ВВС, яким група інвалідності встановлена вперше.....	33
Список використаних джерел.....	54

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АЕ – аномалія Ебштейна
АК – аортальний клапан
АКШ – аорто-коронарне шунтування
ВАП – відкрита артеріальна протока
ВВР – вроджені вади розвитку
ВВС – вроджені вади серця
ДМПШ – дефект міжпередсердної перетинки
ДМШП – дефект міжшлуночкової перетинки
ЕКС – електрокардіостимулятор
КоА – коарктація аорти
ЛА – легенева артерія
ЛШ – лівий шлуночок
н/д – немає даних
НАК – недостатність аортального клапана
НКЛА – недостатність клапана легеневої артерії
НМК – недостатність мітрального клапана
ПШ – правий шлуночок
ПШП – передсердно-шлуночкова перетинка (АВ-канал)
РФ – Російська Федерація
РЧА – радіочастотна абляція
СГА – стеноз гирла аорти
СН – серцева недостатність
ССС – серцево-судинна система
ТМС – транспозиція магістральних судин
ТФ – тетрада Фалло
ХСК – хвороби системи кровообігу
ЦНС – центральна нервова система
ШКТ – шлунково-кишковий тракт

ВСТУП

Проблема оптимізації медико-соціальної реабілітації інвалідів із серцево-судинними захворюваннями, в т.ч. з вродженими вадами серця (ВВС) є однією із основних в організації охорони здоров'я, зважаючи на фінансові витрати на лікування цієї категорії осіб, збитки, які несе держава при втраті працездатного населення в умовах сучасної демографічної кризи, витрати на пенсійне забезпечення інвалідів.

ВВС мають свою специфіку порушень гемодинаміки, соціальної адаптації пацієнтів, особливості медикаментозного або хірургічного лікування. Багато розвинених країн стурбовані ростом числа подібних пацієнтів, тому що не існує стрункої системи допомоги для них. Відсутність точної статистики в Україні не дозволяє оцінити масштаби цієї проблеми.

Досить часто зберігаються залишкові явища, пов'язані із природою ВВС, які не залежать від схеми або техніки виконання операції. До основних відносяться електрофізіологічні, клапанні, шлуночкові, судинні, а також позасерцеві порушення.

Очікується, що у зв'язку з поліпшенням післяопераційної виживаності й більш якісною реабілітацією, число цих пацієнтів буде й далі неухильно зростати. Зміни вікової структури ВВС призводять до формування дорослої популяції, в якій паралельно існують пацієнти з неоперованими ВВС, повністю коригованими вадами й хірургічно модифікованою патологією. Охоплення цих людей повноцінною кардіологічною й хірургічною допомогою все більше привертає увагу лікарів у багатьох країнах світу. Дослідження соціального функціонування таких пацієнтів важливо з точки зору визначення соціальної недостатності та інвалідності.

Існуючий на сьогоднішній день облік інвалідів ВВС не відповідає сучасним вимогам, вони в статистичній звітності (форма 14) рахуються в інших захворюваннях, тому нагальною потребою, з урахуванням соціальної значущості проблеми, є необхідність визначення рівня, структури інвалідизуючої патології, важкості інвалідності, причин, що її формують, для

розробки науково обґрунтованих заходів профілактики інвалідності, запобігання її важкості при ВВС.

Метою нашої роботи стало визначення рівня інвалідності населення з вродженою патологією серцево-судинної системи, важкості, причин, структури інвалідності, її регіональних особливостей у дорослого населення, а також вивчення світової статистики в цій галузі.

Колектив авторів щиро вдячний центрам та бюро медико-соціальної експертизи АР Крим, 19 областей України та м.Севастополя, які надали статистичні дані про інвалідність внаслідок вродженої патології серцево-судинної системи.

СТАТИСТИКА ЗАХВОРЮВАНOSTI, СМЕРТНОСТI, IНВАЛIДНОСТI ПРИ ВРОДЖЕНИХ ВАДАХ СЕРЦЯ (ОГЛЯД ЛIТЕРАТУРИ)

Захворюванiсть при ВВС

За численними статистичними даними, вродженi вади серця (ВВС) i серцево-судинної системи зустрічаються приблизно в 7-10 випадках (0,7-1,0%) на 1000 народжених живими [20, 35], народжуванiсть варіює від 0,7 до 1,7% [4, 23, 24]. Серед уражених немовлят переважають хлопчики. Протягом останнiх 10 рокiв відзначається рiст частоти народження дiтей з ВВС iз 8 до 11% [17].

Частота ВВС у популяції коливається в широких межах – від 2,4 до 14,15 на 1000 немовлят [42]. У країнах Європейського континенту частота ВВС серед немовлят складає 0,8%-1% [7]. В Російській Федерації (РФ) серед народжених живими дiтей частота ВВС коливається в широких межах – від 0,45 до 4,15% [27], у Карелії середня частота ВВС у плода за 1981-1990 р. склала 0,39% (428 випадкiв) [9]. Дані по рiзних країнах свiдчать про розходження в частоті цих вад, як у немовлят, так i в старших вiкових групах [49]. В зв'язку з тим, що смертність дiтей з такими аномаліями в неонатальний перiод i в ранньому дитинстві дуже висока, частота ВВС у десятирiчних дiтей становить вже лише 1 на 1000 [49]. У дорослих ВВС зустрічаються значно рiдше – приблизно в 0,2%, i на їхню частку доводиться не бiльше 1% захворювань серця. Це обумовлено смертю багатьох хворих у дитячому вiці, з одного боку, i успішною хiрургічною корекцією – з iншого. Лише 10-15% хворих, в основному з найбільш легкими вадами без виражених порушень гемодинаміки, досягають юнацького вiку без хiрургічної корекції.

ВВС займають одне з перших мiсць у структурі вроджених аномалій плода (друге – після вад опорно-рухової системи). За рiзними даними, ВВС становлять від 10% [19, 45, 59] до 14-16% [18] усiх вроджених аномалій. У РФ ВВС складають не менш 30% усiх ВВР [4, 42, 60]; по Карелії – 19,9% [9], по

Липецькій області – 19,5% [29]. Їхня питома вага зростає із часом [42].

Більшість структурних вад ССС є ізольованими, 21-33% – сполучаються з аномаліями розвитку інших систем (аномалії ШКТ, сечостатевої й кісткової систем, ЦНС) [34, 39]. Близько 10% ВВС асоційовані з іншими різними синдромами й генетичними захворюваннями [34].

Спостерігається ускладнення анатомічної структури ВВС, збільшення серед батьків хворих дітей службовців з вищою освітою, а також непрацюючої частини населення; омолодження віку батьків, почастищення формування ВВС плода при першій вагітності й пологах; скоротилися строки й покращилася якість постнатальної діагностики й лікування ВВС у дітей [17].

У РФ щороку в середньому народжується від 40 до 45 тис. дітей із ВВС (один із 125 новонароджених) [7, 10], при цьому кількість ВВС збільшується на 3-4% [19, 21]. За останні 5 років зареєстрований загальний ріст даної патології у дітей раннього віку майже в 1,6 рази [27].

Загалом по країні *загальна й первинна захворюваність* на ВВС з 1997 по 2006 р. збільшилися відповідно на 25,8% і 40% (у Краснодарському краї – на 50,0% і 51,5%). Частка дорослих пацієнтів із ВВС у структурі ХСК склала 3,1% (48,8% чоловіків і 51,2% жінок). Середній вік пацієнтів – $30,8 \pm 0,9$ років [6]. У Липецькій області залежно від класу хвороб ВВР серця й судин займають перше рангове місце (від 32,5% – в 2000 р. до 26,8% – в 2001 р.) [29], в Алтайському краї вони також переважають і складають 25,5-31,5% в структурі всіх ВВР [31].

Динаміка *загальної захворюваності ВВС* серед дорослого й дитячого населення РФ за період 1992-2006 р. виявляє тенденцію росту захворюваності ВВС серед дітей і відсутність динаміки серед дорослого населення [2,4]. Так, якщо в 1992 р. загальна захворюваність на вроджені аномалії системи кровообігу серед дитячого населення була вище в 6,9 разів загальної захворюваності дорослого населення, то в 2006 р. ця різниця збільшилася до 14,5 разів. Загальна захворюваність на ВВС серед дітей в 1992 р. склала 380, серед дорослих – 55,1 на 100000 населення, а в 2006 р. цей показник серед дитячого населення збільшився до 1006,5, а серед дорослих до 69,3 на 100000

населення відповідного віку.

Первинна захворюваність на ВВС має аналогічні тенденції. Збільшення первинної захворюваності на ВВС серед дітей і відсутність аналогічної тенденції в дорослого населення, ймовірно, варто розцінювати позитивно, оскільки можна думати, що це обумовлено своєчасною діагностикою, тобто – ще в дитячому віці. У той же час, зовсім очевидно, що за більш ніж 10-річний період частина дитячого населення перейшла в статус дорослого населення, але в зв'язку з тим, що це не відбилося на динаміці показників загальної захворюваності на ВВС серед дорослих, є підстави думати, що це обумовлено наступними причинами: а) відсутністю належного обліку ВВС серед дорослого населення й гіпердіагностикою ВВС у дітей; б) повним видужанням від даного захворювання в міру дорослішання (за умови, що всі діти одержують адекватне хірургічне лікування, у результаті якого видужують); в) діти із ВВС не доживають до дорослого віку, а, отже, зростання показників захворюваності ВВС серед дітей ніяк не відбивається на динаміці показників захворюваності ВВС у дорослих. У цей час офіційні структури не мають достовірної фактичної інформації про причини даної тенденції. Частка вперше виявлених хворих ВВС серед дітей становила в 1992 р. 15,6%, в 2006 р. – 23%; серед дорослого населення питома вага хворих з ВВС залишалася стабільною (близько 6%). Показники загальної захворюваності ВВС у дітей в регіонах РФ різняться майже в 26 разів, у дорослих в 40 разів. Це свідчить не тільки про різний рівень захворюваності на ВВС, але й про різний рівень і різні підходи до діагностики хворих. Хворі, що звернулися за поліклінічною допомогою в неспеціалізовані установи, мають супутні ВВС захворювання, що значно впливають на перебіг і прогноз, виявлені в 54,32% пацієнтів (артеріальна гіпертензія – в 19,78%, цереброваскулярна патологія – в 19,75%). Найбільш часто реєструвалися такі ускладнення, як СН (70,37%) і постійна форма мерехтіння передсердь (20,9%) [26].

Частка виявлених дітей з патологією серця лише в м. Москві й С.-Петербурзі відповідає середньоєвропейській – близько 1,3%. Можна припустити, що значна частина пацієнтів з ураженнями серця вродженої

етіології залишається без уваги й доля їх неясна [42].

В Україні щорічно народжується, за різними даними, від 3,5-4 тис. [18, 19] до 4,5-6 тис. дітей із ВВС [3, 58]. Це складає 8-10 випадків на 1000 новонароджених. Щорічно в Україні вперше виявляється 5,5 тис. хворих [23, 24]. *Поширеність ВВС* (усього хворих, що перебувають на обліку із ВВС), складає, за різними даними [20, 23, 24, 58] від 40 тис. до 47 тис. дітей у віці до 14 років.

Захворюваність на ВВС зростає щорічно: від 0,5 на 1 тис. дітей (у 1994 р.) до 0,86 на 1 тис. (у 2007 р.). ВВС залишаються лідерами серед хвороб системи кровообігу в м. Києві, складаючи 30% від числа дітей, народжених з вродженими аномаліями. У 1999 р. з наявністю ВВС у м. Києві під наглядом знаходилось 2027 дітей, у 2000 р. – 2200, у 2001 р. – 2274 дитини [58].

За даними великомасштабного дослідження, проведеного в провінції *Квебек (Канада)*, поширеність ВВС становила 4,09 на 1000 дорослих; з них важких ВВС 0,38 на 1000 дорослих [44]. Результати дослідження показали також, що за період 1985-2000 р. у Канаді число дорослих пацієнтів з важкими формами ВВС зросло на 85%. Серед дорослих з усіма формами ВВС середній вік в 2000 р. склав 40 років (діапазон 27-60 років). У США із всіх пацієнтів із ВВС в 1960 р. було 30% дорослих, а в 2002 р. – 60% [44]. На думку W. Reinhard надалі частка дорослих пацієнтів із ВВС буде збільшуватися [52].

Згідно з останньою світовою класифікацією, існує 160 *видів ВВС* [3], із них найчастіше зустрічається близько десяти. Найпоширеніші вади т.зв. «*великої шістки*»: дефект міжшлуночкової перетинки (ДМШП); відкрита артеріальна протока (ВАП); транспозиція магістральних артерій (ТМС); дефект міжпередсердної перетинки (ДМПП); тетрада Фалло (ТФ); коарктація аорти (КоА). Сюди можна додати зведену групу стенозу й атрезії легеневої артерії (ЛА). Разом вони становлять більше 66% всіх ВВС.

Питома вага окремих ВВС у дорослих і дітей різна, що в значній мірі обумовлено особливостями їхнього природного перебігу. Частота ВВС ССС на 1000 чол. у різних вікових групах коливається в широких межах і залежно від регіону: діти 0-17 років (Канада) – 11,89, дорослі (18 років і більше) – 4,09

[34]. У новонароджених – від 3,5 до 14,5 на 1000 чол. Залежно від віку змінюється не тільки поширеність ВВС, але і їхня структура – у старших вікових групах частіше зустрічаються ізольовані вади й аномалії, що потенційно коректуються: ДМПП, ДМШП, ВАП.

У дітей найбільш поширені складні вади, при яких відзначається висока летальність. Структура ВВС у новонароджених дітей така: 1) ДМШП (25-30%); 2) ВАП (12%); 3) ДМПП (10%); 4) стеноз клапана ЛА (10%); 5) ТФ (5-10%); 6) стеноз аортального клапана (5%); 7) КоА (5%); 8) ТМС (5%); 9) загальний артеріальний стовбур (5%) [7].

У дорослих ВВС та серцево-судинної системи є найчастішими серед вроджених захворювань і становлять приблизно 30% від їхньої загальної кількості. Основну частину (80%) ВВС становлять наступні: 1) вроджені вади серця без ціанозу: а) ДМШП (35%); б) ДМПП (9%); в) ВАП (персистування артеріальної протоки) (8%); г) стеноз ЛА (8%); д) аортальний стеноз (6%); є) КоА (6%); ж) дефект атріовентрикулярної перегородки (3%); 2) вроджені вади серця з ціанозом: з) ТФ (5%); і) ТМС (4%) [8, 45]. У Краснодарському краї РФ частка пацієнтів із ДМПП склала 20,5%; із ДМШП – 17,3%; з ВАП – 12,6%; ТФ – 2,4%. У жінок найбільш часто реєструвався ДМШП (20,0%), у чоловіків – ДМПП (25,8%) [6].

Дефект міжшлуночкової перетинки (ДМШП) є однією з найпоширеніших ВВС й зустрічається в середньому від 20 до 40% серед всіх ВВС [55]. У дорослих він зустрічається значно рідше, ніж у дітей [8].

Дефект міжпередсердної перетинки (ДМПП) спостерігається в 7-18% випадків усіх ВВС. Це найпоширеніша ВВС у неоперованих дорослих [8], її виявляють майже в 25% дорослих людей з нормально розвинутим серцем [55]. Хворіють на ДМПП частіше жінки, у них він зустрічається в 203 рази частіше, ніж у чоловіків [1, 8]. ДМПП становить 7,8% всіх ВВС, що виявляються в грудному віці, і 30% – у дорослих; ДМПП типу ostium secundum – 70%, ostium primum – 15%, sinus venosus – 15%; синдром Лютембаше становить 0,4% всіх випадків ДМПП, сполучення ДМПП із пролапсом мітрального клапана – 10-20%; переважна стать – жіноча (2:1-3:1). Середня тривалість життя без

лікування – 40 років. 5-15% хворих помирають до 30 років. 10-річна виживаність – 90%, 20-річна – 88%, 30-річна – 67%; 40-річна – 44%, 50-річна – 25%, 60-річна – 13%, 70-річна – 7%. Більш ніж 75% пацієнтів з великими дефектами вмирають від інших причин [57]. ДМПП в ізольованій формі – одна з найбільш поширених ВВС у дітей і найпоширеніша вада у дорослих. Частота дефекту як сполученої аномалії при комплексних вадах представляється набагато більш високою [43]. ДМПП становить приблизно 1/3 всіх випадків ВВС, виявлених у дорослих. ДМПП, що найбільш часто зустрічається у дорослих, звичайно має відносно доброякісний плин.

Вроджений стеноз гирла аорти (СГА) серед ВВС зустрічається в 5-6% випадків. Найпоширенішою патологічною знахідкою в дорослих пацієнтів з аортальним стенозом, молодших 65 років, є двостулковий АК, що виявляється в 2-3% населення. У дорослих пацієнтів із двостулковим клапаном в 20% випадків виявляють такі супутні ВВС, як *відкрита артеріальна протока* або *коарктація аорти* [1].

Відкрита артеріальна протока (ВАП) – найбільш поширена вроджена вада ССС. За даними різних авторів, частота її коливається від 11 до 25% всіх ВВС [55]. У дівчаток зустрічається в 3 рази частіше, ніж у хлопчиків. Може сполучатися із ДМПП, ДМШП, КоА та іншими ВВС. У порівнянні з іншими ВВС віддалені результати хірургічного лікування при ВАП найкращі [8].

Коарктацією аорти (КоА) називають вроджене звуження в області перешийка аорти нижче відходження від неї лівої підключичної артерії. *КоА* в чоловіків зустрічається в 2 рази частіше, ніж у жінок [8].

Стеноз легеневої артерії (СЛА) складає 5-8% вродженої серцевої патології. Стеноз гирла ЛА в чоловіків зустрічається вдвічі частіше, ніж у жінок [20]. Ізольований стеноз клапану ЛА зустрічається досить часто й становить від 9,9% до 12% всіх хворих із ВВС [55]. У 10-15% дорослих пацієнтів із клапанним стенозом ЛА зустрічається дисплазія стулок [1].

Тетрада Фалло (ТФ) – тяжка вроджена вада, яка складає від 10 до 15% від усіх аномалій серця. Вона є однією з найбільш розповсюджених (близько 50%) ціанотичних ВВС (зі збідненим легневим кровотоком) [8, 55]. ТФ є суто

хірургічною хворобою. Її природній перебіг такий, що без операції тільки 66% пацієнтів доживають до 1 року, 40% – до 3-х років, 11% хворих переходять 20-річний рубіж, 6% – доживають до 30-річного віку і лише 3% – до 40 років [40]. Вона складає 25-40% від всієї патології серцево-судинної системи й представляє собою одну з найбільш актуальних проблем сучасної кардіохірургії. За даними Європейського епідеміологічного журналу (1993), частота виникнення ТФ складає 2,2 випадки на 10 тис. новонароджених при співвідношенні статей 2,5 з перевагою у бік чоловічої статі. Операція – єдиний можливий ефективний метод лікування хворих з ТФ. Хворих із ТФ в основному оперують у дитячому віці, однак приблизно 17-20% з них в силу різних причин звертаються за хірургічною допомогою пізно [41].

Триада Фалло – це поєднання стенозу ЛА з ДМПП. *Пентада Фалло* відрізняється від тетради лише тим, що має ще й ДМПП.

При *транспозиції магістральних судин (ТМС)* 10-тирічна виживаність після корекцій варіює від 70 до 96%, а у віддалені терміни операції 14-56% пацієнтів потребують повторних втручань (в основному для імплантації ЕКС) [55]. Дорослі хворі, що вижили, як правило, є інвалідами, з вираженою артеріальною гіпоксемією, серцевою недостатністю.

Аномалія Ебштейна (АЕ) – дуже рідкісна, недостатньо вивчена аномалія серця, яка має різноманітні анатомічні форми і часто поєднується з іншими видами супутньої патології. До останнього часу вважалося, що частота поширеності вади становить близько 0,3% серед усіх ВВС, але як виявилось, вона набагато вища і складає близько 1%. АЕ – найчастіша із складних вад, які діагностуються внутрішньоутробно – в 8,5%. Недостатньо вивчене і виживання хворих з АЕ, а дані про природній перебіг досить суперечливі. За одними даними, смертність серед немовлят з АЕ складає 80%, а за іншими – 50% пацієнтів, які пережили перший рік життя, доживають до 40-річного віку. Єдиним методом лікування пацієнтів з аномалією Ебштейна є оперативний [40]. Частіше, ніж багато інших ВВС, зустрічається в дорослих. Чоловіки й жінки хворіють однаково часто [8].

Смертність від ВВС

ВВС та магістральних судин – серйозні аномалії розвитку ССС із високим ступенем летальності на першому році життя й одна з головних причин дитячої смертності в цілому [34]. Показник дитячої смертності від аномалій кровообігу високий і на даний час становить 15,1 на 10 тис. народжених живими [27, 60].

Велика кількість дітей з ВВС помирає на першому році життя, після чого смертність від ВВС різко знижується, і у віці від 1 до 15 років гине не більше 5% дітей; підвищення смертності спостерігається в період початку статевого дозрівання [4]. За даними Knowles R. [50] до 18-річного віку в 1940 р. доживали 30% пацієнтів із ВВС; в 1960 – 65%; в 1970 – 75% і в 1990 – 85% [51]. Дані представлені в статистичному звіті *Великобританії* [51]: понад 80% дітей, що народилися із ВВС, доживають до 16 років.

У *РФ* близько 35% дітей із цим діагнозом помирають у перші півроку життя, приблизно стільки ж – у другому півріччі [60].

У *Киргизстані* на частку вроджених аномалій в структурі дитячої смертності припадає 9% випадків, при цьому основною причиною загибелі немовлят є ВВС. Щорічно від ВВС вмирає 300 немовлят [32].

40% народжених дітей з ВВС знаходяться в критичному стані з перших днів і місяців життя. При природному розвитку ВВС (за відсутності екстреного хірургічного втручання або інтенсивної терапевтичної допомоги) протягом першого року гине до 50% новонароджених і дітей з ВВС [27, 32, 58], за іншими даними – 40-70% [3], причому половина з них загинуть на першому місяці життя. У дітей, які переживуть критичний період впродовж першого року життя, прогресуюча СН та інші ускладнення призводять до смерті в більш пізньому дитячому віці [27]. Незважаючи на успіхи світової й вітчизняної кардіохірургії, смертність через ВВС все-таки залишається на високому рівні [21].

В *Україні* на сьогодні ВВС залишаються однією з домінуючих причин дитячої смертності. Серед померлих від ВВР дітей понад 40% помирають від

ВВС і судин [11]. Троє із народжених в Україні немовлят з ВВС помирають щодня. ВВС є головною причиною смертності від ХСК серед дітей [58].

Кардіохірургічна допомога при ВВС

У галузі кардіохірургії ВВС мають найбільшу соціальну значимість у зв'язку з їхньою великою кількістю й високою смертністю без адекватної хірургічної допомоги в перші дні або місяці після народження або в підлітковому віці, коли відбуваються гормональні зміни в організмі. Без хірургічного втручання 42% пацієнтів помирає у дитячому віці (до 18 років), причому близько 90% з них – у віці до 1 року [58].

Більшість із дітей із ВВС потребує кардіохірургічної допомоги, найчастіше – вже на першому році життя. Поширеність ВВС на 1000 немовлят, що народилися живими, за даними J.I. Hoffman, S. Kaplan [47] становить: 3 випадки – ВВС, що вимагають надання хірургічної допомоги відразу після народження; 3 випадки – ВВС, при яких терміни надання хірургічної допомоги залежать від ступеня виразності вади; до 40 випадків – ВВС, хірургічна допомога при яких може не знадобитися протягом всього життя.

За даними епідеміологічного дослідження [26], потреба в окремих видах хірургічної допомоги пацієнтам із ВВС склала 33,3% від всіх обстежених, причому, не тільки в корекції ВВС, але й ряді інших втручань (операціях на периферичних артеріях, АКШ, імплантації ЕКС, РЧА). За даними іншого дослідження, у Краснодарському краї РФ потреба в оперативному лікуванні у хворих ВВС склала 40,1%: корекції самої вади серця потребували 33,9% пацієнтів, ЕКС – 3,9%, операції на периферичних артеріях – 3,9%, реваскуляризації міокарда – 1,6% [6]. Середній вік хворих ВВС, що потребували кардіохірургічного лікування, склав $28,9 \pm 1,5$ років (питома вага чоловіків і жінок приблизно однакова).

Як відзначають Л.А. Бокерія й Р.Г. Гудкова [4], сучасна кардіохірургія в змозі забезпечити допомогу при будь-яких видах ВВС у хворих всіх вікових

груп. Згідно з останньою світовою класифікацією, операцій при ВВС існує більше 200 різновидів [3].

Якщо в деяких розвинених країнах число операцій дітям до року доходить сьогодні вже до 90%, то в Росії в 2000 р. ця цифра склала всього 8% [60], кількість операцій тут не перевищувала 4,5-5 тис. у рік (не більше 22% від необхідної кількості) [16]. Проте, у 2007 р. у РФ виконано вже 10 423 операції при ВВС. За даними Бокерія Л.А. зі співавторами [4, 5] операції при ВВС виконують переважно у дітей, але 14,8% випадків від всіх оперованих із приводу ВВС становлять дорослі. Летальність при хірургічній корекції ВВС по країні склала 4,8% [27, 30]. У НЦ ССХ ім. А.Н. Бакулева щорічно оперують більше 360 дітей із ВПС [27]. Число хворих, яким була проведена хірургічна корекція ВВС, збільшується щорічно на 7-12% [4], в т.ч. операцій зі штучним кровообігом – на 15,3% [39]. За даними епідеміологічного дослідження [26], оперативна корекція ВВС на момент обстеження виконана в 50,6% пацієнтів.

В Україні дитячі кардіохірурги оперують новонароджених дітей з 1992 р. й роблять будь-які операції, крім пересадки серця й операцій при синдромі гіпоплазії лівих відділів серця [3]. Крім двох відділів хірургії ВВС, при Інституті серцево-судинної хірургії ім. Н.М. Амосова існує *Центр дитячої кардіології й кардіохірургії МОЗ України*, на який покладені функції профільної установи системи охорони здоров'я по наданню лікувальним закладам організаційно-методичної допомоги з питань дитячої кардіохірургії, консультативно-діагностичної, кардіохірургічної, реабілітаційної допомоги дітям із ВВС і судин, по впровадженню сучасних наукових досягнень у лікувальну практику, а також по координації діяльності при створенні мережі кардіохірургічної допомоги дітям раннього віку. Щорічно тут проводиться до 500 операцій і більше 2000 кардіологічних обстежень [20]. За ініціативи адміністрації Центру в Україні розпочато програму запобігання ВВС [58]. Ще 8 кардіохірургічних центрів оперують дітей у Львові, Донецьку, Дніпропетровську, Запоріжжі, Одесі, Харкові, Луцьку й Херсоні [3]. В 2001 р. в Одесі на базі Обласної дитячої клінічної лікарні було відкрите відділення серцево-судинної хірургії [23, 24].

Із щорічно народжених в Україні дітей з ВВС невідкладні оперативні втручання проводяться третині [18, 19].

Досягнення сучасної дитячої кардіохірургії, за умови своєчасно проведених хірургічних корекцій, дозволяють врятувати 95% прооперованих. Вони можуть жити повноцінним життям, служити в армії, мати родину, тобто бути абсолютно здоровими людьми. В 97% випадків прооперовані діти ведуть нормальний спосіб життя [58, 60].

Досвід світової й вітчизняної кардіохірургії свідчить про те, що на сьогоднішній день найскладніші ВВС у дітей можуть бути успішно прооперовані навіть у перші дні життя [33]. В умовах зростаючих можливостей кардіохірургії очікується, що група пацієнтів, що перенесли операції із приводу ВВС, буде збільшуватися приблизно на 5% у рік. По суті, формується особлива когорта пацієнтів, що потребує довгострокового професійного спостереження дитячих кардіологів і адекватної реабілітації з метою максимально більше повного відновлення здоров'я [22].

Можна очікувати, що у зв'язку з поліпшенням післяопераційної виживаності й більш якісною реабілітацією число цих пацієнтів буде й далі неухильно рости. Зміни вікової структури ВВС приводять до формування дорослої популяції, у якій існують паралельно пацієнти з неоперованими ВВС, хірургічно модифікованою патологією й повністю коригованими вадами [42].

В економічно розвинених країнах світу частка дорослих серед всіх пацієнтів із ВВС щорічно збільшується: якщо в 1940 р. до 18-річного віку доживали 30% пацієнтів із ВВС, то на даний час – 85%. Надалі у зв'язку із кращою організацією допомоги дітям із ВВС число дорослих пацієнтів із ВВС буде збільшуватися. Сьогодні ми не маємо у своєму розпорядженні повноцінних даних про поширеність ВВС серед дорослого населення в нашій країні. За даними офіційної статистики у РФ число дорослих із ВВС, що звернулися протягом року в поліклініку, становить 0,63 на 1000 дорослого населення. За даними великомасштабного дослідження, проведеного в провінції Квебек (Канада), поширеність ВВС склала 4,09 на 1000 дорослих. В 2003-2004 р. спеціалізоване дослідження із проблеми ВВС у дорослих

проведено на базі 26 країн Європи (Швеція, Норвегія, Нідерланди, Великобританія, Бельгія, Франція, Іспанія, Швейцарія, Португалія, Італія, Греція, Македонія, Єгипет, Ізраїль, Туреччина, Вірменія, Словаччина, Словенія, Чехія, Німеччина, Польща, Австрія, Угорщина, Румунія, Литва, Естонія) – обстежено 4168 пацієнтів із ВВС старше 17 років. З 79 клінік (центрів), що надають допомогу дорослим із ВВС і погодилися на участь у дослідженні, 67,6% були спеціалізовані. Спеціалізованим вважався центр, у штаті якого працювали дитячий кардіолог, дорослий кардіолог і серцево-судинний хірург, і під постійним патронажем якого перебували як мінімум 200 дорослих пацієнтів із ВВС. Спеціалізовані центри госпіталізували в середньому 50 (5-450) пацієнтів і виконували 42 (2-250) операції в рік. Найбільше часто в дорослих зареєстровані ДМПП – 22%, ДМШП – 15%, ТФ – 20%, КоА – 13%, ТМА – 9%, синдром Марфана – 7%, вади після виконання операції Фонтена – 5% і ціанотична вада – 9%. Середній вік пацієнтів склав 27,9 років і 79% були у віці, молодшому 50 років. Частота постійного прийому кардіологічних лікарських препаратів варіювала від 30% до 90% залежно від виду ВВС. Протягом 6 років (час проведення дослідження) операції виконані 19% пацієнтам; 70,7% оперованих були пацієнти із ДМПП (з них в 38% виконане ендоваскулярне закриття); імплантація ЕКС виконана 6%. Потреба в повторних операціях варіювала в залежності від виду вади і становила від 16% при КоА до 33% при ТМС, ТФ, ДМШП і 80% при єдиному шлуночку серця. Серед тих, хто потребував хірургічної корекції, за час проведення дослідження не були прооперовані 5% пацієнтів. У другій половині ХХ ст. оптимізація хірургічних методів лікування й послідууючої реабілітації привела до помітного збільшення тривалості життя пацієнтів із ВВС. У цей час летальність при хірургічній корекції ВВС становить менш 5% [30]. Отже, можна очікувати, що в наступному десятиріччі поширеність ВВС складе 1 на 150 дорослих молодого віку. Сьогодні не рідкість, що молоді люди, що народилися з такими важкими ВВС, як єдиний шлуночок, системний правий шлуночок, вступають у доросле життя й обзаводяться родинами. У той же час молоді люди зустрічаються з великою кількістю психологічних, соціальних, і

фінансових проблем [30].

Охоплення цих людей повноцінною кардіологічною й хірургічною допомогою – непросте завдання, що все більше приковує увагу лікарів у багатьох країнах світу [42].

Велика кількість хворих з вилікуваними ВВС зараз доживають до зрілого віку. В ідеалі цих пацієнтів потрібно регулярно обстежувати кардіологові, однак у дорослого контингенту таке диспансерне спостереження організувати досить важко внаслідок міграції людей, а також внаслідок неухважного ставлення хворих до свого здоров'я. Кардіоваскулярні порушення у цих хворих у більшості випадків бувають пов'язані відразу з декількома патологічними процесами, що виникають на ґрунті анатомічних аномалій. У більшості випадків це аритмії, гіпоксемія, захворювання легенів і порушення скорочувальної функції міокарда.

Зростає кількість жінок, оперованих із приводу ВВС, усе більше з них досягають репродуктивного віку. Функціональна недостатність кровообігу при «синіх» ВВС зустрічається під час вагітності у 50% жінок, а при вадах, що протікають без ціанозу – тільки у 15% вагітних. Відповідно, їм потрібна анестезіологічна допомога у пологах. В ідеалі, за вагітною потрібно пильно спостерігати із самого початку вагітності, зіставляючи гемодинаміку до вагітності й під час її [45].

Відповідно до ваги проблем, з якими пацієнти досягають дорослого віку, формуються 3 природні групи: 1) пацієнти зі складними патологіями, що вимагають довічного спостереження висококваліфікованими фахівцями (20-25%); 2) пацієнти з патологіями, при яких потреба в експертній оцінці й лікуванні може виникати періодично (35-40%); 3) пацієнти із простими або практично повністю коригованими патологіями, які не вимагають експертного спостереження (40%) [46].

Хоча багато дітей і дорослих після корекції дефекту ведуть нормальне життя, вади серця можуть викликати такі *відстрочені ризики*: затримка розвитку, проблеми з поведінкою; певні фізичні недоліки (ріст і вага нижче середнього, барабанні палички або ціаноз), що може створювати проблеми для

самооцінки людини і її впевненості в собі; менша тривалість життя (при важкій ваді або розвитку ускладнень). Тільки невелика кількість дорослих із ВВС дійсно можуть вважатися інвалідизованими. Але вони повинні вирішувати такі питання: вагітність (генетичне консультування, необхідність спостережень вагітних у фахівця, попередження вагітності); рід занять (врахування фізичних можливостей); медична страховка (людям із ВВС часто може бути важко одержати іншу медичну страховку або поміняти її на нову, з більшим покриттям); використання антибіотиків (підвищений ризик розвитку ендокардиту, необхідність ретельного догляду за зубами, уникання інфекції, прийом антибіотиків перед проведенням певних стоматологічних і хірургічних процедур); фізичні вправи (за узгодженням зі своїм лікарем, контроль ЕКГ) [56].

Незважаючи на те, що точні потреби невідомі, передбачається, що до початку XXI століття в США було близько 500 тис. дорослих – «носіїв» ВВС і щорічно додавалося ще по 20 тис. У північних регіонах Англії при середній частоті ВВС серед немовлят 0,6% щорічний приріст числа таких пацієнтів становить 2,5 тис. За 10 останніх років у цій країні кількість клінік, що займаються проблемами дорослих із ВВС, збільшилося в 4 рази, у Канаді – в 2,7 рази. Шляхом екстраполяції в РФ можна припустити появу не менш 10 тис. подібних пацієнтів щорічно. Серед оперованих пацієнтів спостереження й лікування потрібно зазвичай при наявності залишкових проблем або несприятливих наслідків операцій [42].

Інвалідність хворих з ВВС

За даними ВООЗ, вадами розвитку обумовлено близько 20% дитячої інвалідності. ВВС – одне з найпоширеніших захворювань у дітей, що призводить до соціальної недостатності [25, 54]. У дітей з ВВС, які переживають критичний період впродовж першого року життя, прогресуюча СН та інші ускладнення призводять до важкої інвалідизації [27]. Близько 27 тис. дітей з патологією кровообігу мають інвалідність, що складає 5% від

загального числа всіх дітей-інвалідів [60]. Незважаючи на успіхи світової й вітчизняної кардіохірургії інвалідність через ВВС все-таки залишається на високому рівні [21].

У структурі ВВР, що призводять до дитячої інвалідності в Російській Федерації, аномалії ССС займають провідне місце – 27,7% [14], а за іншими даними [34] – 34,3% від загальної кількості усіх ВВР (у 34,4% хлопчиків та у 33,9% дівчаток). Питома вага інвалідів за віком: до 3 років – 36,2%, 4-7 років – 30,7%, 8-14 років – 32,9%, 15-17 років – 38,5%. Питома вага інвалідів збільшується до 37,7% – у хлопчиків і 40% – у дівчаток у віці 15-17 років. Найбільше інвалідів у віці до 3-х років – 34,6%, і багато у віці 8-14 років – 32,8% від загальної кількості. Серед хлопчиків у контингенті інвалідів з аномаліями системи кровообігу багато інвалідів у віці 8-14 років – 34,8% від загальної кількості. У дівчаток при патології системи кровообігу найбільше інвалідів до 3-х років – 31,9% [14]. У Липецькій області РФ дітям із ВВС та судин у ранньому віці інвалідність встановлена в 59% випадків [29]. У Північно-Західному регіоні Росії за 2000-2006 р. відбувся ріст інтенсивного показника первинної інвалідності дітей внаслідок ВВС на 23,3% (у той час, як за ХСК – знизився на 53,4%). Питома вага аномалій системи кровообігу в структурі хвороб, що обумовили виникнення інвалідності у загальної кількості дітей-інвалідів, склала 3,7% [36].

Провідною патологією у дітей-інвалідів в структурі інвалідності внаслідок ВВР системи кровообігу є дефекти МШП та МПП: ДМШП діагностується у 20,8% осіб (без розбіжностей за статтю), ДМПП – у 15,3% осіб (у 15,4% хлопчиків, 14,5% дівчаток) [15]. Інваліди з ВАП становлять 10,5%, з відкритим овальним отвором – 4,4%, з ТФ – 5,5%, з недостатністю ТК – 11,3%, з НАК – 3%, з НМК – 12,3%, з НКЛА – 9,7%, зі стенозом вихідного відділу ЛШ – 1,2%, зі стенозом вихідного відділу ПШ – 1%, із клапанним стенозом аорти – 2,4%, з відкритим аортоventрикулярним клапаном – 0,2%, з підклапанним стенозом – 0,6%, з відкритим атріоventрикулярним каналом – 1%, з декстрапозицією аорти – 0,8%.

В Алтайському краї передбачається ріст первинної інвалідності в дітей

внаслідок ВВР системи кровообігу до 1,45 на 10 тис. дитячого населення (в 2006 р. цей показник склав 1,3) [31].

У *Киргизстані* щорічно стають інвалідами в зв'язку з ВВС близько 300 дітей [32].

В *Україні* в цілому за останні 10 років рівень дитячої інвалідності зріс на третину, а через ВВР – удвічі [11].

Заслугове на увагу проблема дітей, які народжуються з вадами, що коригуються, але навіть після серії складних операцій діти залишаються інвалідами.

Основним джерелом доходу в 65,4% пацієнтів є соціальна допомога (пенсія, допомога з інвалідності, безробіття). Висока питома вага таких пацієнтів свідчить про те, що бюджетні джерела фінансування й надалі будуть відігравати найістотнішу роль в оплаті високотехнологічної медичної допомоги [26].

Профілактика інвалідності. Завдяки чітко визначеним підходам до пренатальної діагностики в I триместрі вагітності можливо визначити великий спектр вроджених аномалій (в т.ч. ВВС). Фахівці УЗД, які не володіють методом ехокардіографії плода в повному обсязі, виявляють тільки до 15% ВВС серед плодів з ВВС, яким вони проводили сканування [11].

Із вродженими й набутими вадами серця пов'язана інвалідність внаслідок захворювань органів кровообігу у більшості осіб молодого працездатного віку [38]. У дослідженні, виконаному в *США*, виявлене обмеження працездатності, трудової зайнятості і якості життя дорослих із ВВС [53]. Аналогічні дані отримані в *Британському дослідженні* – пацієнти, як ті, що перенесли хірургічну корекцію ВВС, так і не оперовані, мали більш низькі показники якості життя у порівнянні із загальнопопуляційною вибіркою. У той же час дослідження, проведене в *Голландії*, розбіжностей у трудовій зайнятості між пацієнтами із ВВС і загальною дорослою популяцією не виявило. Однак 51% пацієнтів з комплексними ВВС мали проблеми з вибором роботи [48].

Таким чином, представлені дані свідчать про соціальну та медичну

актуальність ВВС; повна визначеність проблеми потребує статистичних даних, які на сьогоднішній час відсутні в Україні, в т.ч. статистика інвалідності дорослого населення. Нами проведено дослідження інвалідності дорослого населення внаслідок ВВС в Україні, яке представлено в наступному розділі.

ІНВАЛІДНІСТЬ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ ВНАСЛІДОК ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ

Загальний контингент інвалідів внаслідок вроджених вад серця (ВВС)

Загальний контингент інвалідів з ВВС вивчався за річними звітами МСЕК за 2005, 2007, 2009 рр. Він складається з контингенту інвалідів, яким вперше встановлена група інвалідності та контингенту інвалідів, яким група інвалідності встановлена при переосвідченні.

Рівень загальної інвалідності з ВВС по роках склав: в 2005 р. – 1,70, в 2007 р. – 1,67, в 2009 р. – 1,73 на 10 000 працездатного населення (рис. 1).

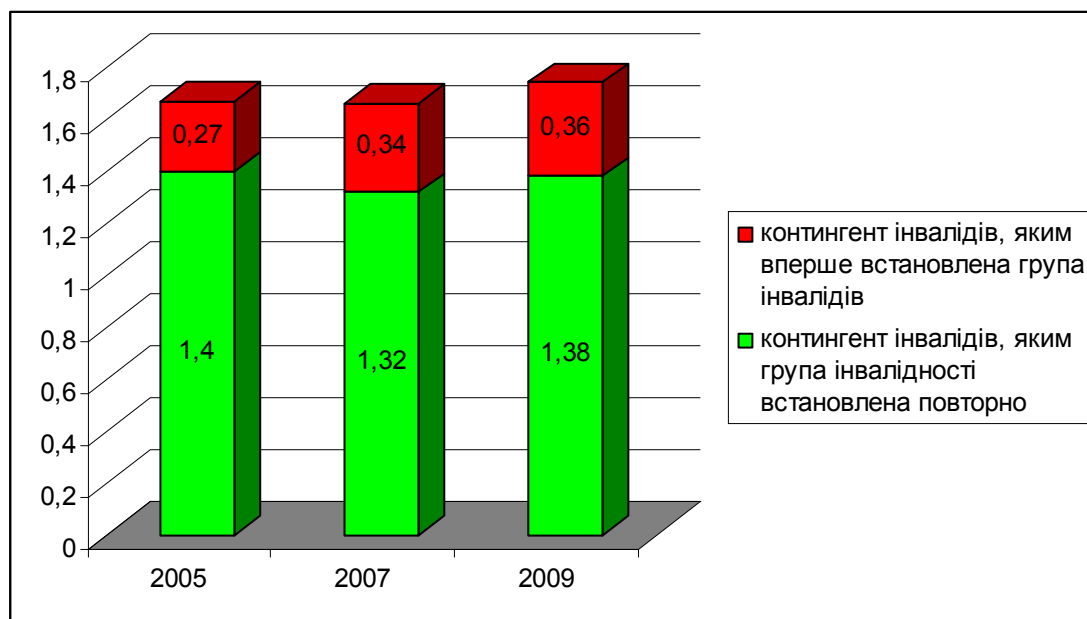


Рис. 1. Рівень та динаміка загальної інвалідності внаслідок з ВВС за 2005, 2007, 2009 рр. (на 10 тис. населення)

Представлені на рис. 1 дані свідчать про нерівномірний ріст показника загальної інвалідності. Так, в 2007 р. порівняно з 2005 р. відмічався спад загальної кількості інвалідів на 1,82%, а в наступні роки темп приросту склав +3,6% в 2009 р. по відношенню до 2007 р., +1,8% в 2009 р. по відношенню до 2005 р.

Важкість інвалідності визначала перша, друга та третя група інвалідності.

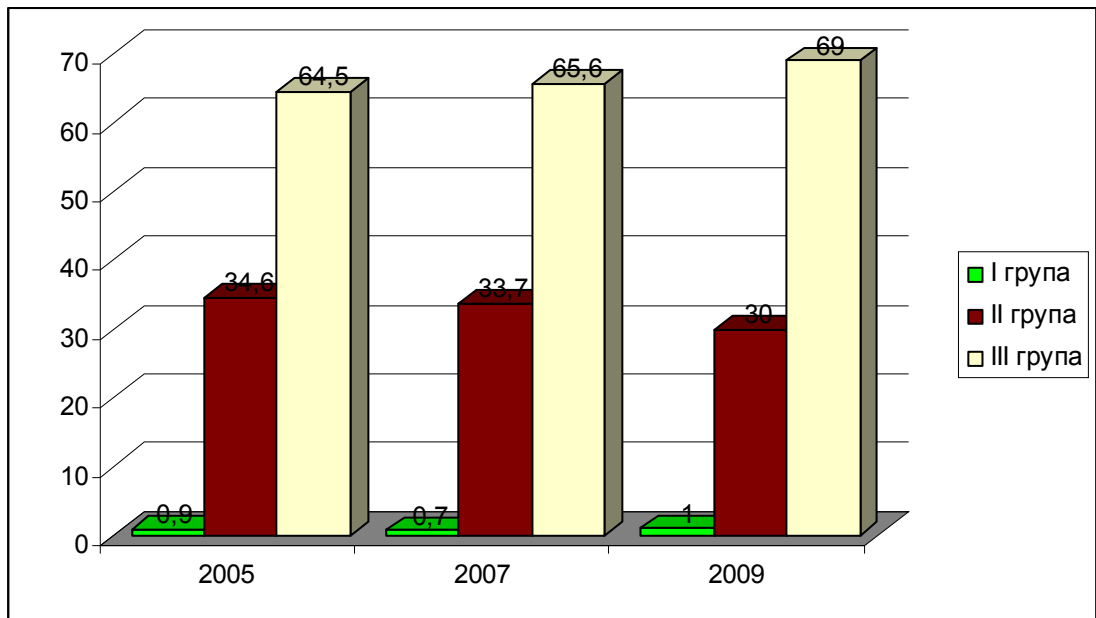


Рис. 2. Структура важкості інвалідності в загальному контингенті інвалідів з ВВП за 2005, 2007, 2009 рр.

Згідно представлених даних найбільша питома вага належить III групі інвалідності.

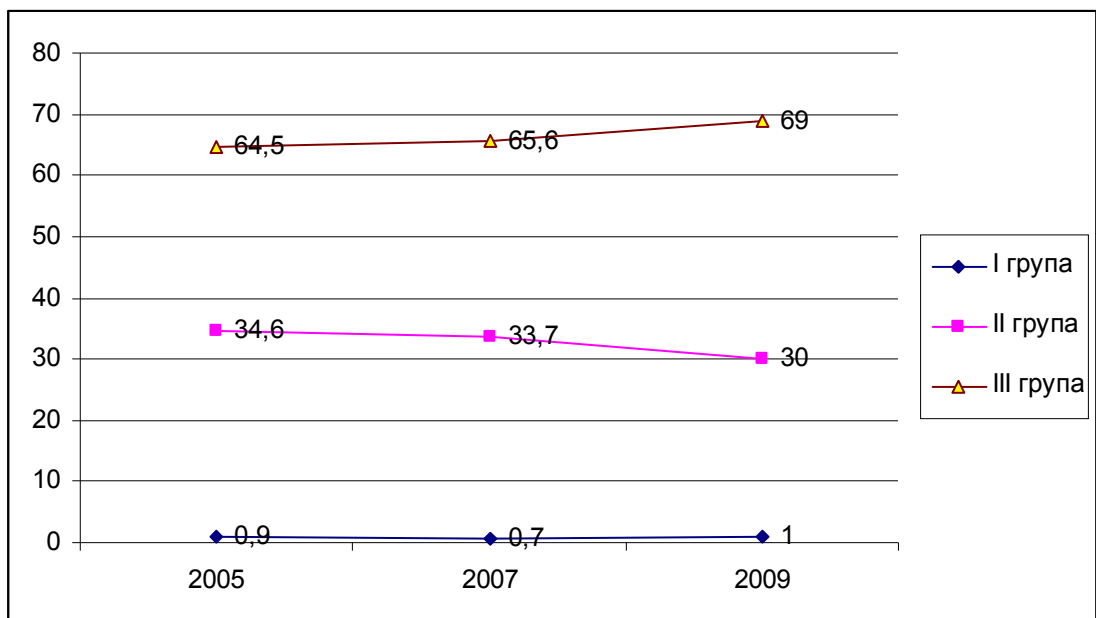


Рис. 3. Динаміка важкості інвалідності в загальному контингенті інвалідів з ВВС, (%)

При динамічному спостереженні відмічається поступове збільшення показника III, зменшення II, нерівномірне коливання I групи інвалідності. Темп приросту показників в 2009 р. порівняно з 2005 р. склав в I групі +13,3%, III – +11,1%, спаду, II — -13,3%. Темп зростання показника I групи дещо переважав такий при III групі інвалідності, що свідчить про збільшення

хворих з важкими проявами вроджених вад серця.

Рівень загальної інвалідності з ВВС по областях в 2005 р. коливався від 0,80 в Одеській до 5,60 в Полтавській при середньому по Україні 1,70 на 10 000 працездатного населення; в 2009 р. від 1,0 в АР Крим до 3,50 в Житомирській області при середньому по Україні – 1,73.

Темп приросту рівня загальної інвалідності по областях коливався в значних межах: від 52,0% в Тернопільській, 44,0% в Львівській, до 2,76-2,8% в Дніпропетровській та Київській областях відповідно; в 6 регіонах спостерігався спад – від 78,2% в Полтавській до 2,74% в Чернівецькій області (табл. 1).

Таблиця 1

Рівень загальної інвалідності внаслідок вроджених вад серця у розрізі областей України за 2005, 2009 рр. (на 10 тис. працездатного населення)

Адміністративні території	Рівень загальної інвалідності з ВВС				Темп приросту/спаду показника в 2009 р. порівняно з 2005 р. (у %)
	2005		2009		
	Абс	Показник	Абс	Показник	
АР Крим	177	1,45	119	1,00	-31,0
Вінницька	57	0,59	65	0,68	+15,3
Волинська	140	2,44	132	2,26	-7,37
Дніпропетровська	289	1,45	294	1,49	+2,76
Житомирська	207	2,70	251	3,50	+29,6
Івано-Франківська	170	2,14	219	2,78	+29,9
Кіровоградська	104	1,78	115	2,02	+13,5
Київська	104	1,04	111	1,07	+2,88
Львівська	130	0,84	179	1,21	+44,0
Миколаївська	24	н/д	95	1,30	-
Одеська	106	0,80	149	1,10	+37,5
Полтавська	116	5,60	141	1,18	-78,2
Рівненська	83	н/д	112	1,72	-
Сумська	153	2,20	181	2,66	+20,9
Тернопільська	95	1,48	145	2,25	+52,0
Харківська	240	1,43	284	1,71	+19,6
Херсонська	170	2,62	119	1,86	-29,0
Хмельницька	224	2,92	243	3,27	+12,0
Чернівецька	117	2,19	115	2,13	-2,74
Чернігівська	155	2,34	184	3,00	+28,2
м. Севастополь	35	1,36	24	1,07	-21,3
Всього по областям	2896	1,70	3277	1,73	+1,76

В структурі важкості інвалідності загального контингенту інвалідів переважала III група інвалідності. Питома вага її з 2005 по 2009 рр. збільшилась з 64,5 до 69,0%. В більшості областей також переважала III група інвалідності, крім Житомирської, Одеської, Чернівецької, м. Севастополь – в 2005 р., в Кіровоградській, Київській, Одеській – в 2007 р., Одеській – в 2009 р., де показник III групи був менший за 50%. Питома вага II групи інвалідності з 2005 до 2009 р. зменшилась з 34,6 до 30,0%, аналогічна тенденція спостерігалась в 2007 в 10, в 2009 р. – в 14 областях України. Питома вага I групи за 5-річний період дещо збільшилась з 0,9 до 1,0%. Ця тенденція спостерігалась у Вінницькій, Житомирській, Харківській, м. Севастополь (табл. 2).

Представлені дані свідчать про значне коливання рівня інвалідності та питомої ваги важкості інвалідності по областях, що може бути обумовлено структурою інвалідизуючої патології, різними експертними підходами.

Таблиця 2

Структура важкості інвалідності в загальному контингенті інвалідів внаслідок вроджених вад серця та судин у розрізі областей України за 2005, 2007, 2009 рр. (у %)

Адміністративні території	2005 рік								2007 рік								2009 рік							
	Усього		В т.ч. по групах інвалідності						Усього		В т.ч. по групах інвалідності						Усього		В т.ч. по групах інвалідності					
			I група		II група		III група				I група		II група		III група				I група		II група		III група	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
АР Крим	177	100,0	4	2,3	65	36,7	108	61,0	139	100,0	1	0,7	51	36,7	87	62,6	119	100,0	-	-	50	42,0	69	58,0
Вінницька	57	100,0	1	1,8	19	33,3	37	64,9	71	100,0	3	4,2	15	21,1	53	74,6	65	100,0	2	3,1	4	6,1	59	90,8
Волинська	140	100,0	-	-	66	47,1	74	52,9	111	100,0	1	0,9	42	37,8	68	61,3	132	100,0	-	-	57	43,2	75	56,8
Дніпропетровська	289	100,0	2	0,7	88	30,4	199	60,9	324	100,0	-	-	102	31,5	142	68,5	294	100,0	1	0,3	86	29,3	207	70,4
Житомирська	207	100,0	1	0,5	109	52,6	97	46,9	209	100,0	2	1,0	88	24,1	119	56,9	251	100,0	4	1,6	80	31,9	167	66,5
Івано-Франківська	170	100,0	2	1,2	49	28,8	119	70,0	182	100,0	1	0,5	49	26,9	132	72,6	219	100,0	1	0,5	55	25,1	163	74,4
Кіровоградська	104	100,0	-	-	52	50,0	52	50,0	101	100,0	1	1,0	51	50,5	49	48,5	115	100,0	1	0,9	52	45,2	62	53,9
Київська	104	100,0	1	1,0	36	34,6	67	64,4	88	100,0	1	1,1	40	79,5	47	19,4	111	100,0	-	-	39	35,1	72	64,9
Львівська	130	100,0	3	2,3	16	12,3	111	85,4	168	100,0	3	1,8	32	19,0	133	79,2	179	100,0	6	3,3	34	19,0	139	77,7
Миколаївська	24	100,0	-	-	1	4,2	23	95,8	44	100,0	-	-	2	4,5	42	95,5	95	100,0	1	1,0	15	15,8	79	83,2
Одеська	106	100,0	1	1,0	71	66,9	34	32,1	98	100,0	1	1,0	74	75,5	23	23,5	149	100,0	4	2,7	88	59,1	57	38,2
Полтавська	116	100,0	1	0,9	18	15,5	97	83,6	115	100,0	1	0,9	17	14,8	97	84,3	141	100,0	1	0,7	16	11,3	124	88,0
Рівненська	83	100,0	-	-	13	15,7	70	84,3	88	100,0	-	-	29	33,0	59	67,0	112	100,0	-	-	33	29,5	79	70,5
Сумська	153	100,0	2	1,3	41	26,8	110	71,9	151	100,0	1	0,7	35	23,2	115	76,1	181	100,0	3	1,7	42	23,2	136	75,1
Тернопільська	95	100,0	-	-	30	31,6	65	68,4	121	100,0	-	-	32	26,4	89	73,6	145	100,0	1	0,7	36	24,8	108	74,5
Харківська	240	100,0	1	0,4	98	40,8	141	58,8	276	100,0	2	0,7	110	37,9	164	61,4	284	100,0	5	1,8	85	29,9	194	68,3
Херсонська	170	100,0	-	-	52	30,6	118	69,4	138	100,0	1	0,7	45	32,6	92	66,7	119	100,0	-	-	33	27,7	86	72,3
Хмельницька	224	100,0	4	1,8	60	26,8	160	71,4	200	100,0	2	1,0	59	29,0	140	70,0	243	100,0	-	-	70	28,8	173	71,2
Чернівецька	117	100,0	-	-	53	45,3	64	34,7	133	100,0	-	-	61	45,9	72	54,1	115	100,0	-	-	48	41,7	67	58,3
Чернігівська	155	100,0	2	1,3	48	31,0	105	67,7	164	100,0	-	-	46	28,0	118	72,0	184	100,0	3	1,6	51	27,7	130	70,7
м. Севастополь	35	100,0	1	2,8	17	48,6	17	48,6	22	100,0	1	4,5	10	45,5	11	50,0	24	100,0	-	-	8	33,3	16	66,7
Всього по областям	2896	100,0	26	0,9	1002	34,6	1868	64,5	2943	100,0	22	0,7	989	33,7	1932	65,6	3277	100,0	33	1,0	982	30,0	2262	69,0

Контингент інвалідів з ВВС, яким група інвалідності встановлена повторно

Рівень інвалідності в контингенті інвалідів при переосвідченні представлений на рис. 4.

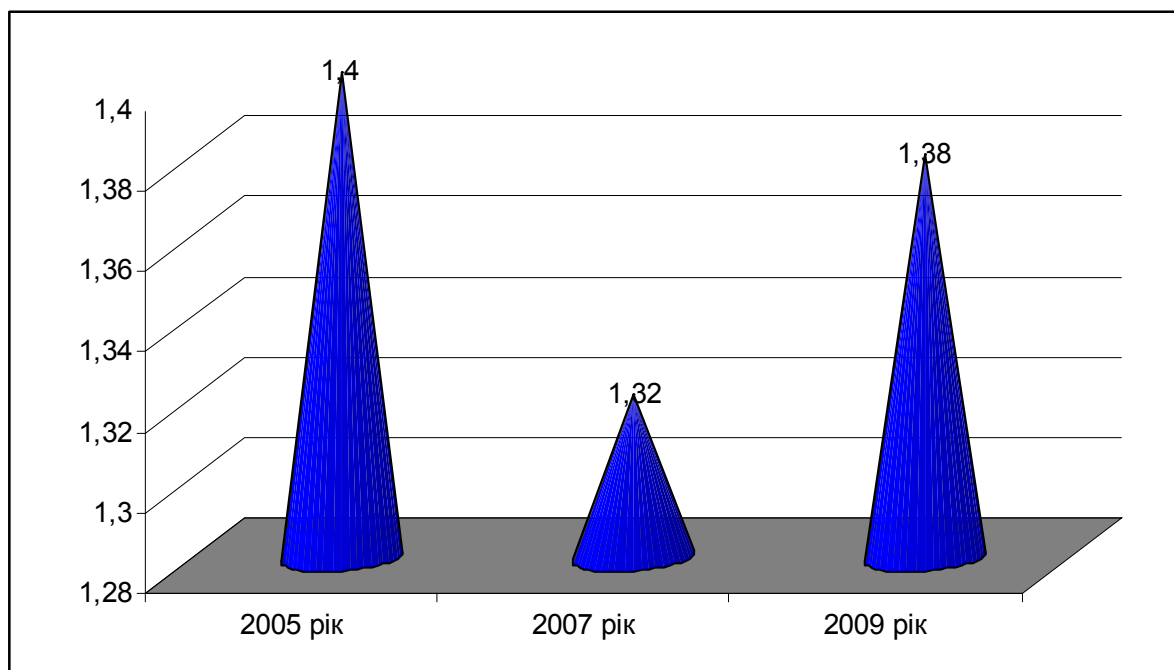


Рис. 4. Рівень інвалідності в контингенті інвалідів (на 10 тис. працездатного населення)

Згідно рис. 4. рівень інвалідності в контингенті інвалідів в 2005 році склав 1,4, в 2007 – 1,32, в 2009 – 1,38 на 10 тис. працездатного населення. Накопичення інвалідів по роках було нерівномірним, так темп спаду в 2007 р. порівняно з 2005 р. відповідав -7,7%, в 2009 р. порівняно з 2007 р., темп приросту +4,5%, в 2009 р. порівняно з 2005 р. темп спаду -1,4%.

Важкість інвалідності в контингенті інвалідів з ВВС при переосвідченні (на 10 тис. населення) представлені на рис.5.

Згідно даних на рис. 5. за всі роки спостереження найбільший рівень належав III, а найменший – I групі інвалідності. Але динаміка показника по роках свідчить про те, що темп приросту в 2009 р. порівняно з 2005 р. I групи склав +16,7%, III групи +6,6%, спад II групи -18,8%, т.т. спостерігається перехід

інвалідів II групи в I, та перехід інвалідів II групи в III, але темп збільшення показника I групи в 2,5 рази перевищує такий III групи інвалідності.

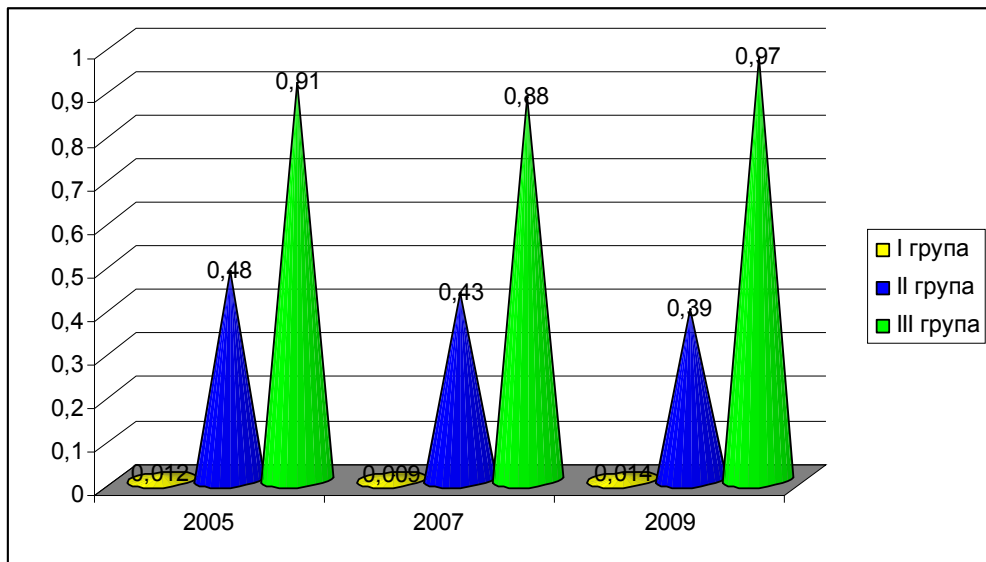


Рис. 5. Важкість інвалідності в контингенті інвалідів з ВВС при переосвідченні (на 10 тис. населення)

Структура важкості інвалідності в контингенті інвалідів з ВВС при переосвідченні представлена на рис. 6.

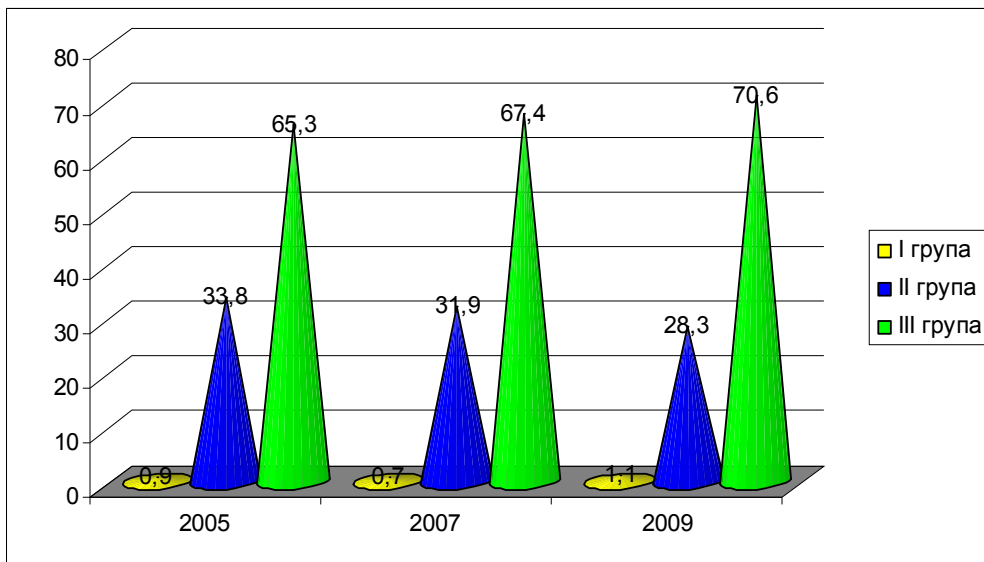


Рис. 6. Структура важкості інвалідності в контингенті інвалідів з ВВС при переосвідченні за 2005, 2007, 2009 рр. (%)

Згідно рис. 6 питома вага інвалідів I групи в 2005 р. склала 0,9%, II – 33,8%, III – 65,3%; в 2007 р. I – 0,7%, II – 31,9%, III – 67,4%; в 2009 р. I – 1,1%, II – 28,3%, III – 70,6% відповідно, що свідчить про збільшення I та III груп в контингенті пересвідчених.

По регіонах рівень інвалідності в контингенті інвалідів з ВВС при переосвідченні в 2005 р. коливався в межах – 0,5-4,7 при середньому показнику 1,4 в 2009 р. – від 0,33 до 3,04 при середньому значенні 1,38 на 10 тис. працездатного населення. Зміни в динаміці були різними в різних регіонах, так, в 11 областях спостерігалось накопичення інвалідів з ВВС з темпом приросту від +79,6% в Полтавській обл. до +1,25% Кіровоградській; в 7 – спад від -35,4% в Херсонській, -41,5% в м.Севастополь до -5,0% в Київській обл. (табл. 3).

Таблиця 3

Рівень інвалідності в контингенті інвалідів внаслідок ВВС при переосвідченні у розрізі областей України за 2005, 2009 рр. (на 10 тис. працездатного населення)

Адміністративні території	2005 рік		2009 рік		Темп приросту/спаду показника в 2009 р. до 2005 р. (у %)
	Абс.	Показник	Абс.	Показник	
АР Крим	146	1,2	103	0,87	-27,5
Вінницька	44	0,5	32	0,33	-34,0
Волинська	119	2,1	99	1,69	-19,5
Дніпропетровська	228	1,1	216	1,10	0
Житомирська	194	2,5	218	3,04	+21,6
Івано-Франківська	146	1,8	186	2,36	+31,1
Кіровоградська	94	1,6	92	1,62	+1,25
Київська	84	0,8	79	0,76	-5,0
Львівська	96	0,6	121	0,82	+36,7
Миколаївська	21	н/д	77	1,06	-
Одеська	66	0,5	113	0,84	+68,0
Полтавська	98	4,7	114	0,96	+79,6
Рівненська	75	н/д	83	1,28	-
Сумська	125	1,8	153	2,25	+25,0
Тернопільська	77	1,2	118	1,83	+52,5
Харківська	203	1,2	227	1,37	+14,2
Херсонська	156	2,4	99	1,55	-35,4
Хмельницька	181	2,4	209	2,81	+17,1
Чернівецька	105	2,0	92	1,70	-15,0
Чернігівська	138	2,1	156	2,55	+21,4
м. Севастополь	30	1,3	17	0,76	-41,5
Всього по областях	2426	1,4	2604	1,38	-1,43

По областях в структурі важкості інвалідності переважала III група, крім Житомирської, Одеської, Кіровоградської областях в 2005 р., в Одеській, м.Севастополі в 2007 р., в Одеській області в 2009 р., де більше 50% склали інваліди I-II групи (табл. 4).

Таблиця 4

Структура важкості інвалідності в контингенті інвалідів з ВВС при переосвідченні у розрізі областей України за 2005, 2007, 2009 р.р. (у %)

Адміністративні території	2005 рік								2007 рік								2009 рік							
	Усього		В т.ч. по групах інвалідності						Усього		В т.ч. по групах інвалідності						Усього		В т.ч. по групах інвалідності					
			I група		II група		III група				I група		II група		III група				I група		II група		III група	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
АР Крим	146	100,0	4	2,7	55	37,7	87	59,6	114	100,0	1	0,9	39	34,2	74	64,9	103	100,0	-	-	41	39,8	62	60,2
Вінницька	44	100,0	1	2,3	15	34,1	28	63,6	47	100,0	2	4,2	10	21,3	35	61,6	32	100,0	-	-	1	3,1	31	96,9
Волинська	119	100,0	-	-	55	46,2	64	53,8	90	100,0	-	-	33	36,7	57	63,3	99	100,0	-	-	35	35,4	64	64,6
Дніпропетровська	228	100,0	2	0,9	71	31,1	155	68,0	242	100,0	-	-	76	31,4	166	68,6	216	100,0	1	0,46	61	28,2	154	71,3
Житомирська	194	100,0	1	0,5	104	53,6	89	45,9	187	100,0	2	1,0	80	42,8	105	56,1	218	100,0	4	1,83	73	33,5	141	64,7
Івано-Франківська	146	100,0	1	0,7	43	29,5	102	69,9	146	100,0	1	0,7	37	25,3	108	74,0	186	100,0	1	0,53	45	24,2	140	75,3
Кіровоградська	94	100,0	-	-	47	50,0	47	50,0	85	100,0	1	1,2	39	45,9	45	52,9	92	100,0	1	1,09	40	43,8	51	55,4
Київська	84	100,0	1	1,2	27	32,1	56	66,7	61	100,0	1	1,6	26	42,6	34	55,7	79	100,0	-	-	20	25,3	59	74,7
Львівська	96	100,0	3	3,1	11	11,5	82	85,4	128	100,0	3	2,3	24	18,8	101	78,9	121	100,0	4	3,30	21	17,4	96	79,3
Миколаївська	21	100,0	-	-	1	4,8	20	95,2	34	100,0	-	-	2	5,9	32	94,1	77	100,0	1	1,29	15	19,5	61	79,2
Одеська	66	100,0	-	-	39	59,0	27	40,9	65	100,0	-	-	48	73,8	17	26,2	113	100,0	4	3,54	62	54,9	47	41,6
Полтавська	98	100,0	1	1,0	17	17,3	80	81,6	88	100,0	1	1,1	14	15,9	73	83,0	114	100,0	1	0,88	16	14,0	97	85,1
Рівненська	75	100,0	-	-	9	12,0	66	88,0	62	100,0	-	-	19	30,6	43	69,4	83	100,0	-	-	18	21,7	65	78,3
Сумська	125	100,0	2	1,6	35	28,0	88	70,4	126	100,0	1	0,8	29	23,0	96	76,2	153	100,0	3	1,96	36	23,5	114	74,5
Тернопільська	77	100,0	-	-	21	27,3	56	72,7	98	100,0	-	-	23	23,5	75	76,5	118	100,0	1	0,85	26	19,5	91	77,1
Харківська	203	100,0	1	0,5	79	38,9	123	60,6	213	100,0	2	0,9	74	32,6	137	60,4	227	100,0	4	1,76	67	29,5	156	68,7
Херсонська	156	100,0	-	-	48	30,8	108	69,2	125	100,0	-	-	38	30,4	87	69,6	99	100,0	-	-	21	21,2	78	78,8
Хмельницька	181	100,0	2	1,1	49	27,1	130	71,8	155	100,0	1	0,6	45	29,0	109	70,3	209	100,0	-	-	58	27,2	151	72,2
Чернівецька	105	100,0	-	-	47	44,8	58	55,2	116	100,0	-	-	52	44,8	64	55,2	92	100,0	-	-	37	40,2	55	59,8
Чернігівська	138	100,0	2	1,1	35	25,4	101	73,2	135	100,0	-	-	29	21,5	106	78,5	156	100,0	3	1,92	37	23,7	116	74,4
м. Севастополь	30	100,0	1	3,3	13	43,3	16	53,3	20	100,0	1	5,0	9	45,0	10	50,0	17	100,0	-	-	7	41,2	10	58,8
Всього по областям	2426	100,0	22	0,9	821	33,8	1583	65,3	2337	100,0	17	0,7	746	31,9	1574	67,4	2604	100,0	28	1,10	737	28,3	1839	70,6

Контингент інвалідів з ВВС, яким група інвалідності встановлена вперше

За роки спостереження рівень первинної інвалідності внаслідок ВВС склав відповідно 0,27; 0,34; 0,36 на 10 000 населення (рис. 7).

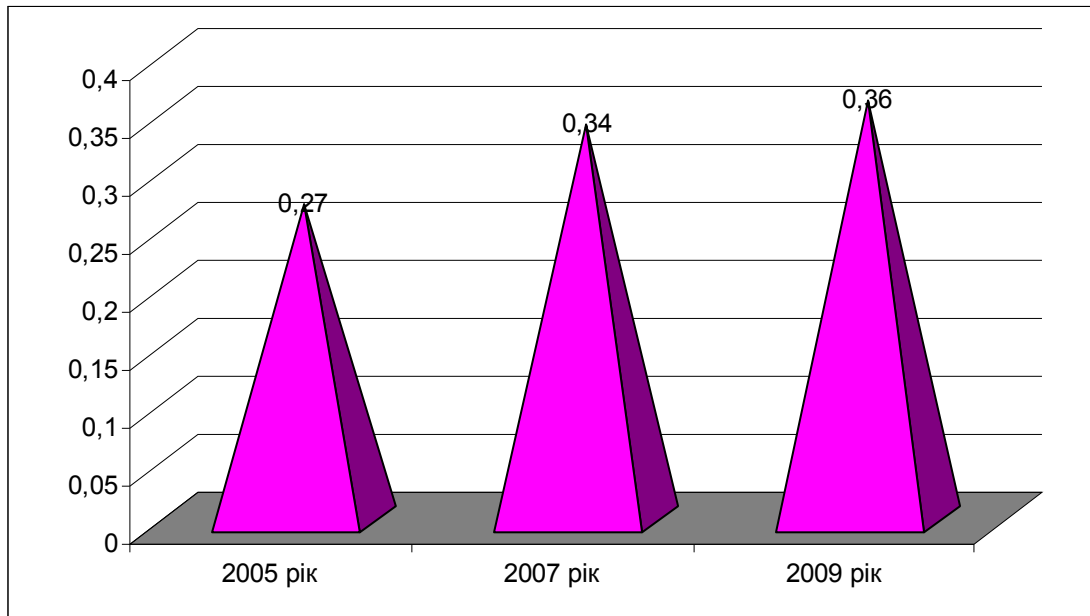


Рис. 7. Рівень первинної інвалідності працездатного населення при ВВС за 2005-2009 рр. (на 10 тис. працездатного населення)

Згідно даних представлених на рис. 7 рівень первинної інвалідності працездатного населення внаслідок ВВС та судин постійно зростає. Темп приросту показника за п'ятирічний період склав +33%, що обумовлено покращенням виживаємості після оперативних втручань, збільшенням віку хворих, у яких з часом з'являються проблеми зі станом здоров'я, що призводять до соціальної недостатності.

Аналіз показників первинної інвалідності при ВВС за віком свідчить про те, що найбільший рівень складають інваліди молодого віку (табл. 5).

Темп приросту інвалідів у віці від 18 до 39 років за п'ятирічний період склав майже 50%, в той час як рівень інвалідів старших вікових груп залишився на попередніх значеннях. Зазначена тенденція обумовлена збільшенням абсолютної кількості інвалідів молодого віку, та змінами в законодавстві, спрямованими на поширення соціального захисту дітей інвалідів, надання їм

можливості навчання та придбання професії.

Таблиця 5

Рівень та динаміка первинної інвалідності внаслідок ВВС в залежності від віку

(на 10 тис. працездатного населення)

Вікова категорія	2005		2009		Темп приросту 2007 р. до 2005 р. (у %)	Темп приросту 2009 р. до 2005 р. (у %)
	Абс.	на 10 тис.	Абс.	на 10 тис.		
Від 18 до 39 років включно	327	0,19	529	0,28	+31,6	+47,4
Від 40 до 55 (ж) та до 60 (ч)	143	0,08	144	0,08	+12,5	0
Усього	470	0,27	673	0,36	+25,9	+33,3

Вікова структура по роках представлена на рис. 8.

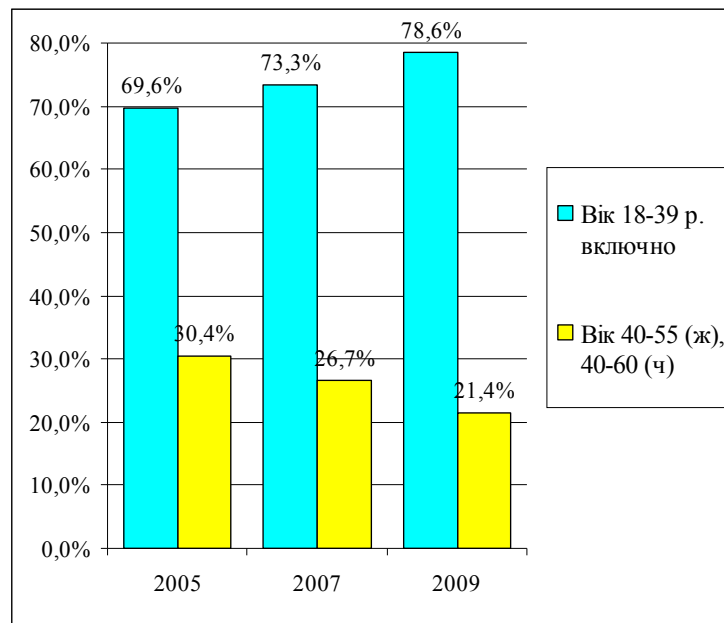


Рис. 8. Структура первинно визнаних інвалідами з ВВС за віком за 2005, 2007, 2009 роки (у %)

Згідно даних, представлених на рис. 8 спостерігається збільшення питомої ваги інвалідів молодого віку та зменшення старших вікових груп.

Аналіз структури первинної інвалідності при ВВС за важкістю інвалідності показує, що найвищу питому вагу мають показники III групи, найменший – I (рис. 9).

Структура груп інвалідності представлена на рис. 9.

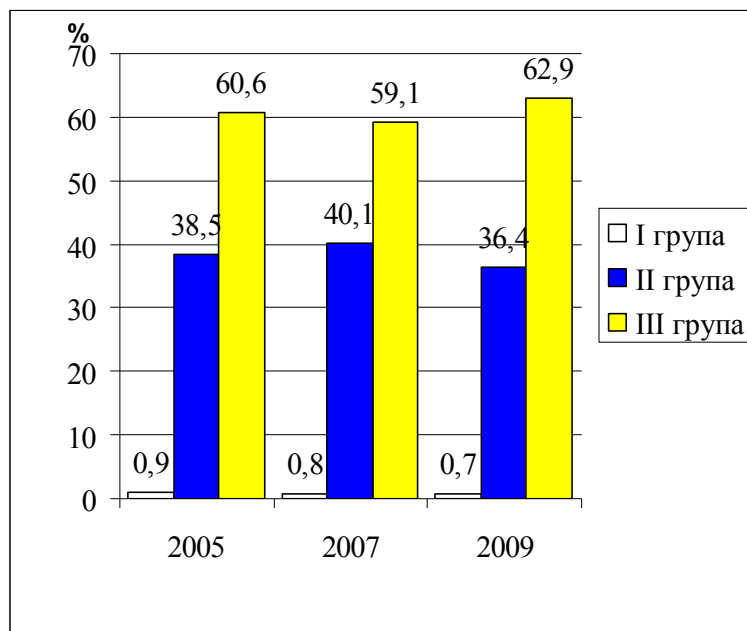


Рис. 9. Структура первинної інвалідності за групами інвалідності при ВВС за 2005, 2007, 2009 роки (у %)

Питома вага III групи складає близько 2/3, II – більше 1/3, I групи – одиниці. В динаміці спостерігається поступове зменшення частки I групи, нерівномірно – II, збільшення III групи інвалідності (рис. 9).

Аналіз показників первинної інвалідності за причинами свідчить, що найбільшу питому вагу складає інвалідність дитинства, значно меншу – від загального захворювання, на інші: інвалідність з повоєнних причин, внаслідок аварії на ЧАЕС – припадає менше 1,0% (рис. 10).

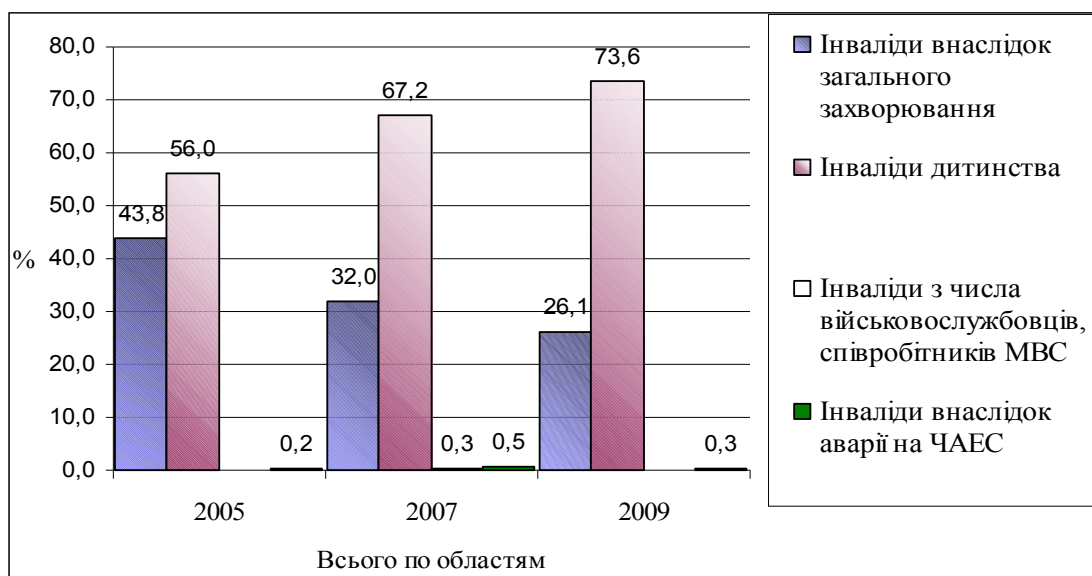


Рис. 10. Структура первинно визнаних інвалідами з ВВС за категоріями інвалідності за 2005, 2007, 2009 роки (у %)

Таблиця 6

Динаміка показників первинної інвалідності за окремими формами хвороб за 2005, 2009 роки (на 10 тис. працездатного населення)

Нозологічні одиниці	2005		2009		Темп приросту 2009 р. до 2005 р. (у %)
	Абс.	на 10 тис.	Абс.	на 10 тис.	
Дефект МШП	91	0,053	127	0,067	+26,4
Дефект МПП	131	0,075	177	0,094	+25,3
Дефект ПШП	8	0,005	6	0,003	-40,0
Аортальний стеноз	46	0,028	86	0,045	+60,7
Стеноз легеневої артерії	25	0,016	33	0,017	+6,3
Коарктація аорти	42	0,024	52	0,027	+12,5
Відкрита артеріальна протока	17	0,018	23	0,012	-33,3
Транспозиція магістральних судин	9	0,005	20	0,010	+100,0
Тетрада Фалло	29	0,016	50	0,026	+62,5
Аномалія Ебштейна	8	0,005	5	0,003	-40,0
Інші	64	0,004	94	0,050	+115,0
У с ь о г о	470	0,270	673	0,360	+33,3

Аналіз показників первинної інвалідності за формами хвороб показує, що найбільший рівень інвалідності спостерігається при дефекті міжпередсердної перетинки (МПП) дефекті міжшлуночкової перетинки (МШП) менший при аортальному стенозі, коарктації аорти, тетраді Фалло, стенозі легеневої артерії, відкритій артеріальній протоці, дефекті ПШП та аномалії Ебштейна (табл. 6).

Як показує табл. 6 за роки спостереження показники рівня первинної інвалідності збільшились по переважній більшості вроджених вад. Найбільший темп приросту за п'ятирічний період спостерігався при транспозиції магістральних судин, тетраді Фалло, аортальному стенозі, темп спаду – при аномалії Ебштейна, дефекті ПШП, відкритій артеріальній протоці.

Характеристика первинної інвалідності окремо при кожній ваді представлена серією діаграм (рис. 11-40).

Показники первинної інвалідності при дефекті міжшлуночкової перетинки за 2005, 2007, 2009 роки

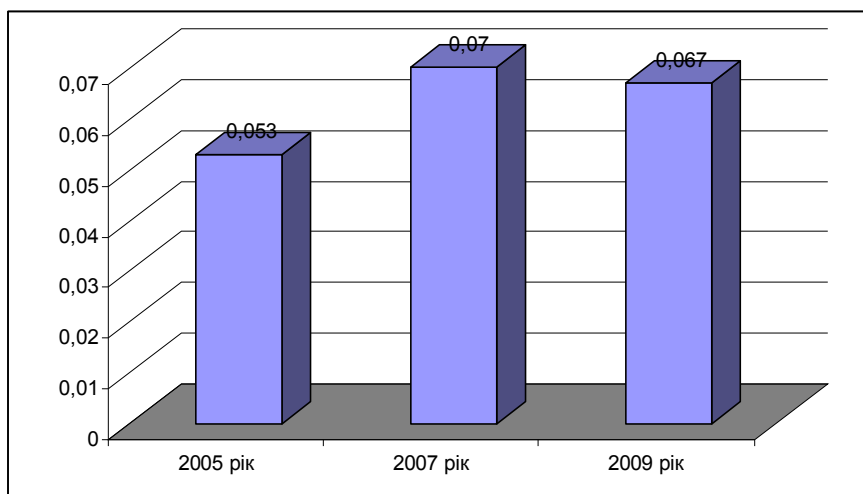


Рис. 11. Рівень та динаміка первинної інвалідності (на 10 тис. населення)

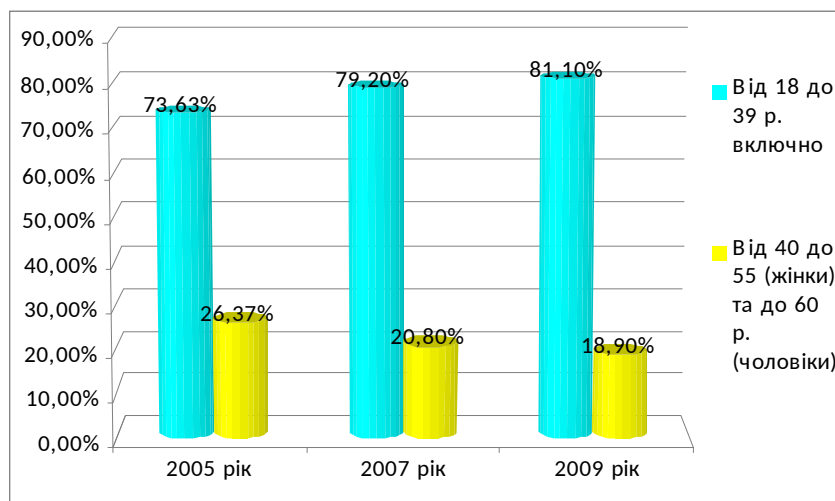


Рис. 12. Структура та динаміка первинної інвалідності за віком (%)

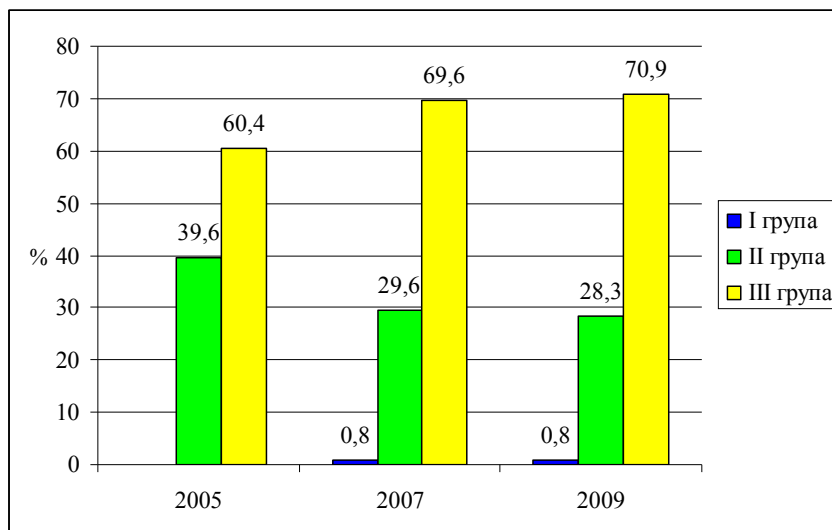


Рис. 13. Структура та динаміка важкості первинної інвалідності (%)

Показники первинної інвалідності при дефекті міжпередсердної перетинки за 2005, 2007, 2009 роки

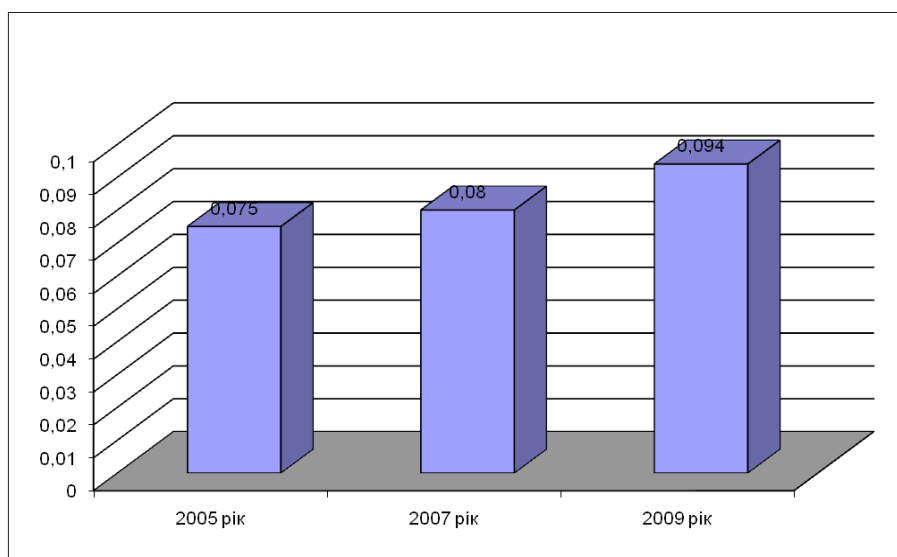


Рис. 14. Рівень та динаміка первинної інвалідності (на 10 тис. населення)

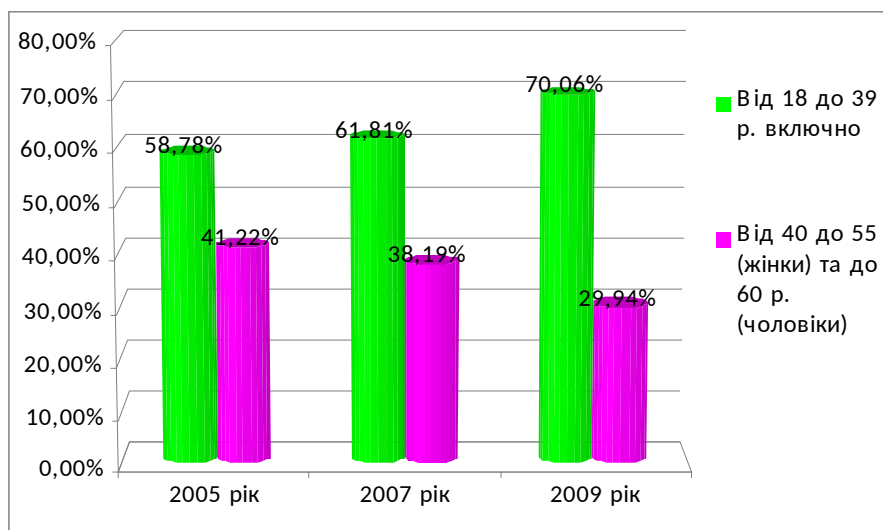


Рис. 15. Структура та динаміка первинної інвалідності за віком (%)

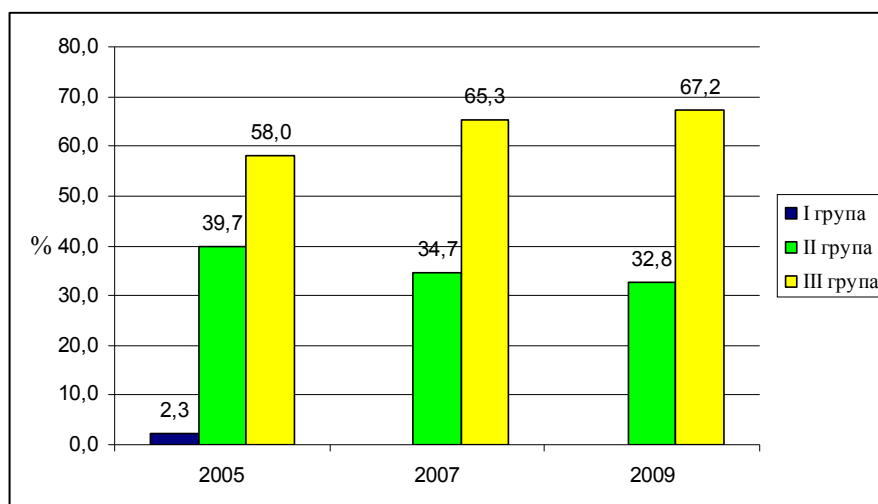


Рис. 16. Структура та динаміка важкості первинної інвалідності (%)

Показники первинної інвалідності при дефекті передсердно-шлуночкової перетинки за 2005, 2007, 2009 роки

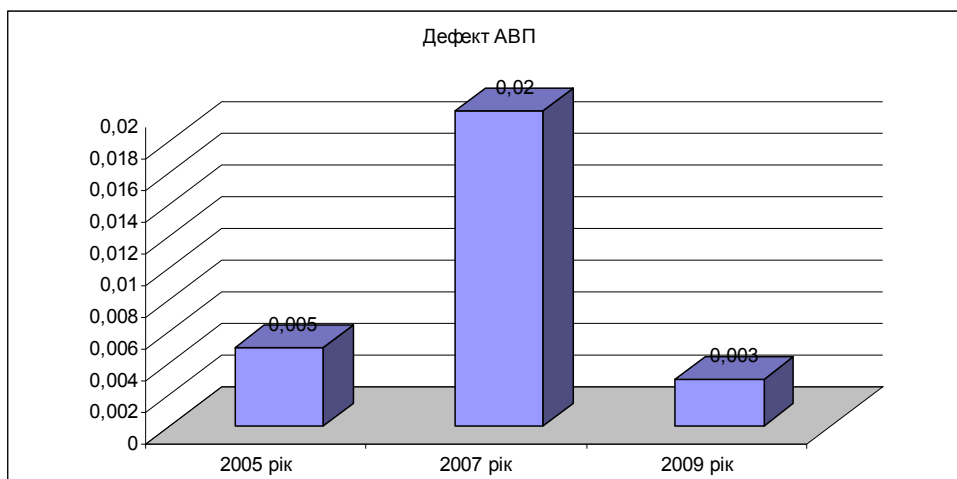


Рис. 17. Рівень та динаміка первинної інвалідності (на 10 тис. населення)

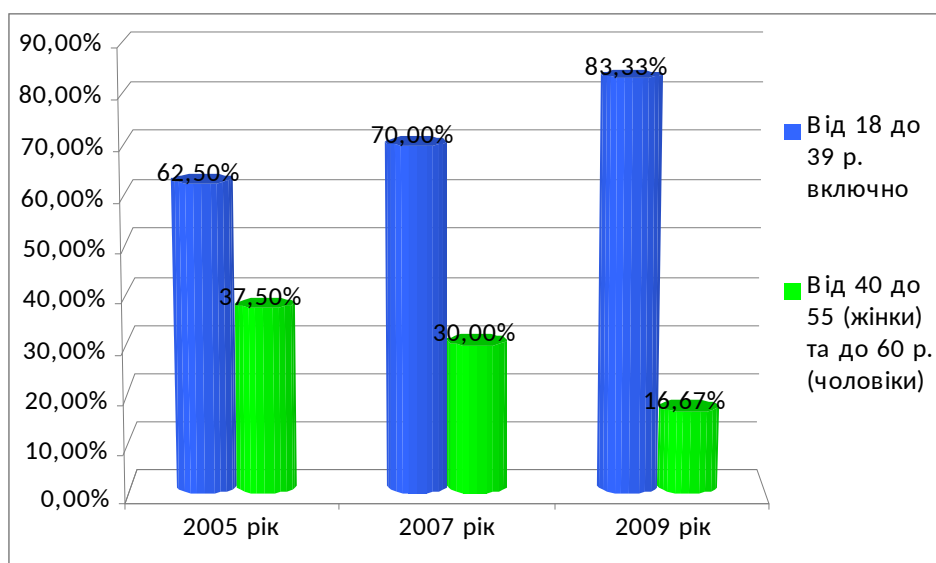


Рис. 18. Структура та динаміка первинної інвалідності за віком (%)

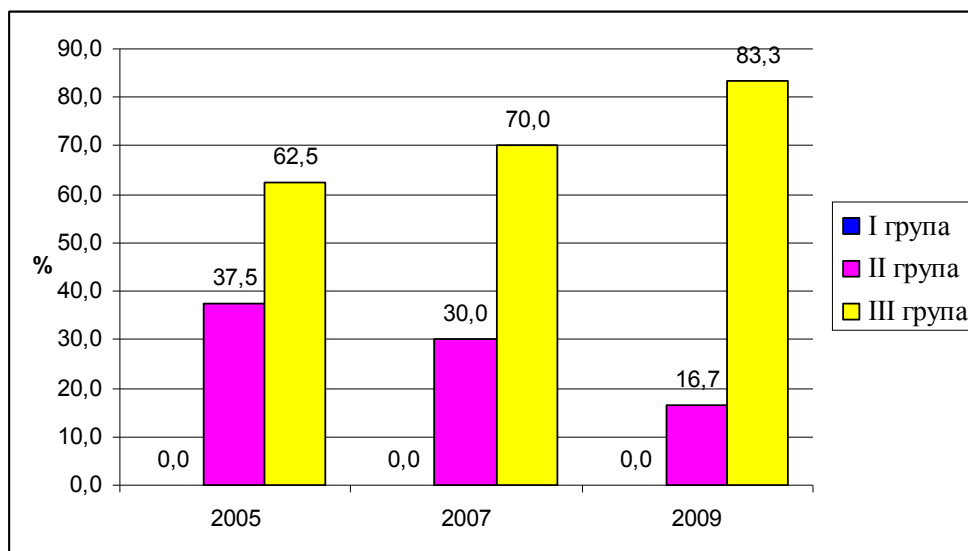


Рис. 19. Структура та динаміка важкості первинної інвалідності (%)

**Показники первинної інвалідності при аортальному стенозі
за 2005, 2007, 2009 роки**

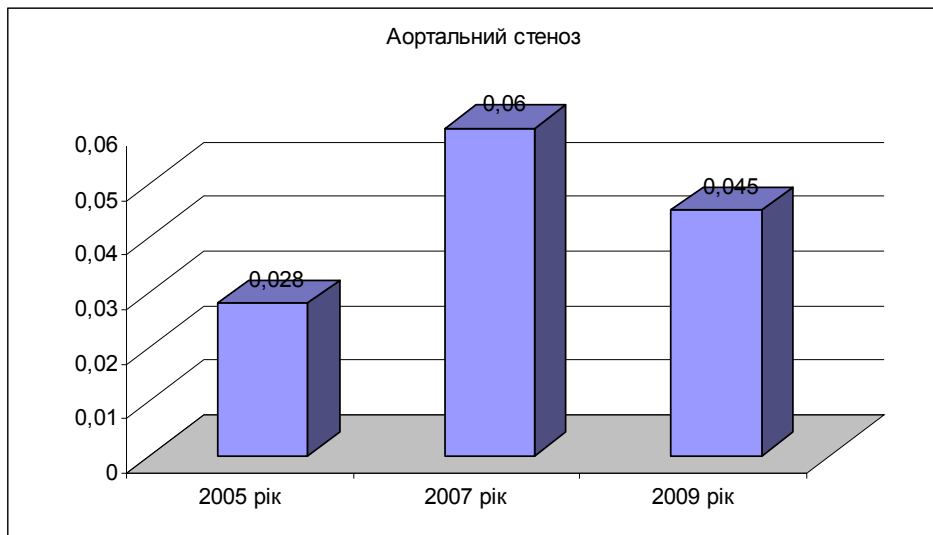


Рис. 20. Рівень та динаміка первинної інвалідності (на 10 тис. населення)



Рис. 21. Структура та динаміка первинної інвалідності за віком (%)

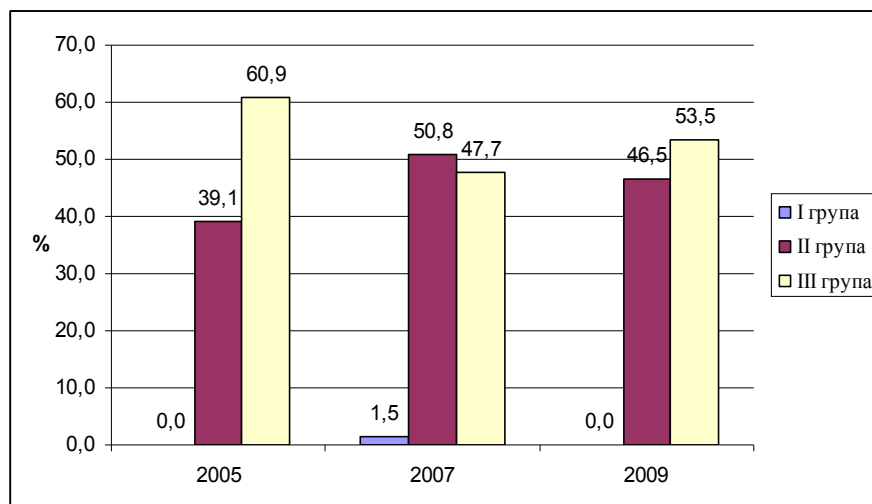


Рис. 22. Структура та динаміка важкості первинної інвалідності (%)

Показники первинної інвалідності при стенозі легеневої артерії

за 2005, 2007, 2009 роки

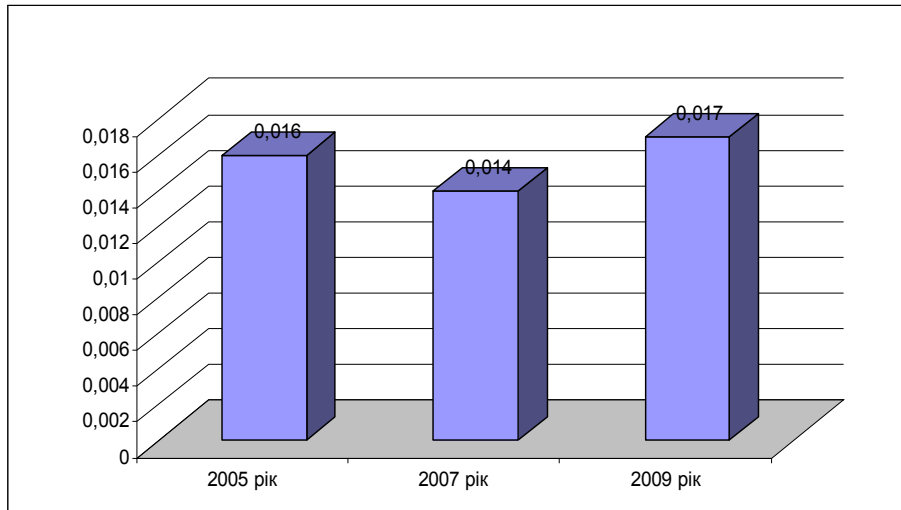


Рис. 23. Рівень та динаміка первинної інвалідності (на 10 тис. населення)



Рис. 24. Структура та динаміка первинної інвалідності за віком (%)

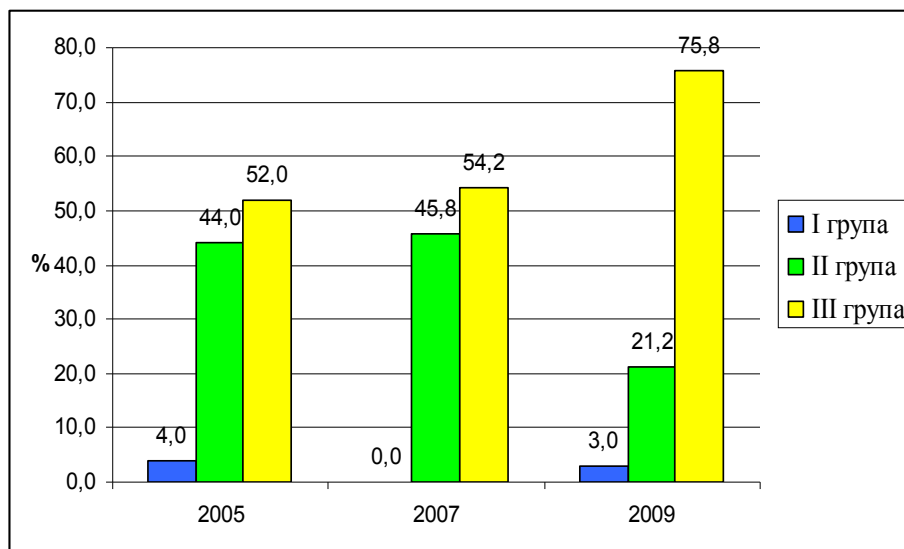


Рис. 25. Структура та динаміка важкості первинної інвалідності (%)

**Показники первинної інвалідності при коарктації аорти
за 2005, 2007, 2009 роки**

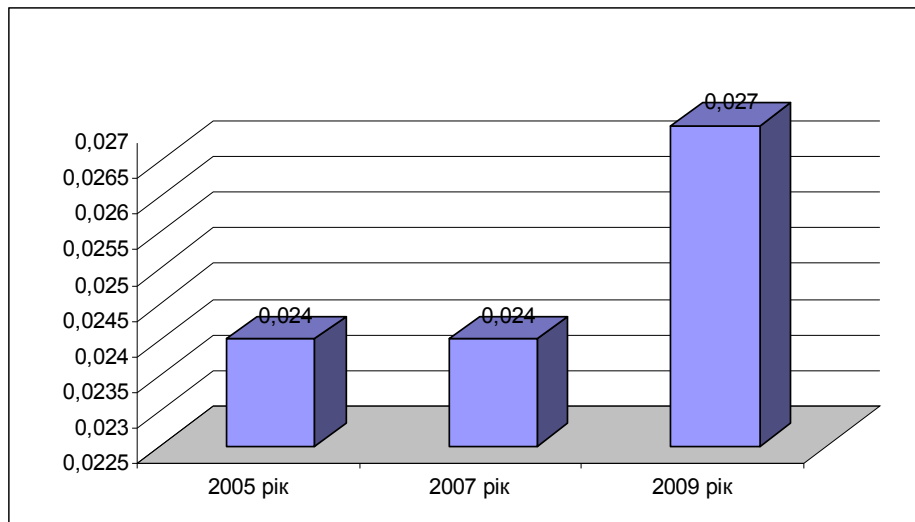


Рис. 26. Рівень та динаміка первинної інвалідності (на 10 тис. населення)



Рис. 27. Структура та динаміка первинної інвалідності за віком (%)

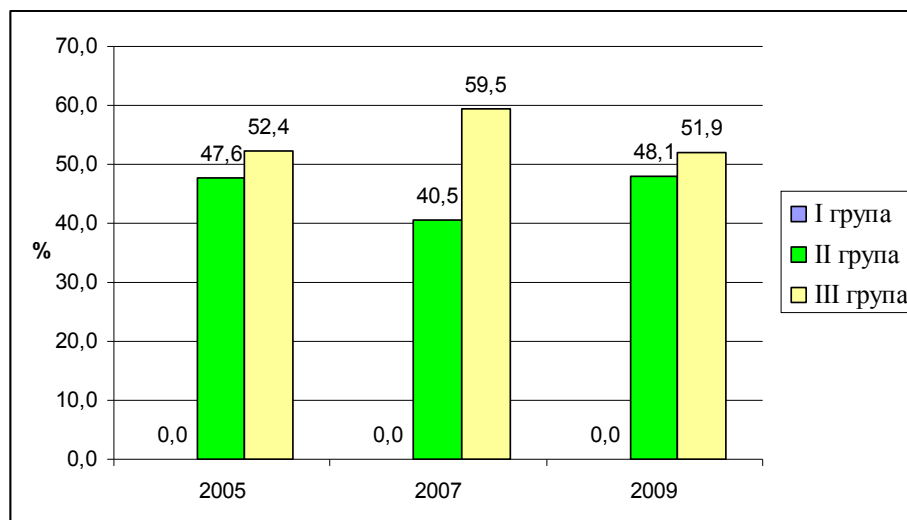


Рис. 28. Структура та динаміка важкості первинної інвалідності (%)

Показники первинної інвалідності при відкритій артеріальній протоці за 2005, 2007, 2009 роки

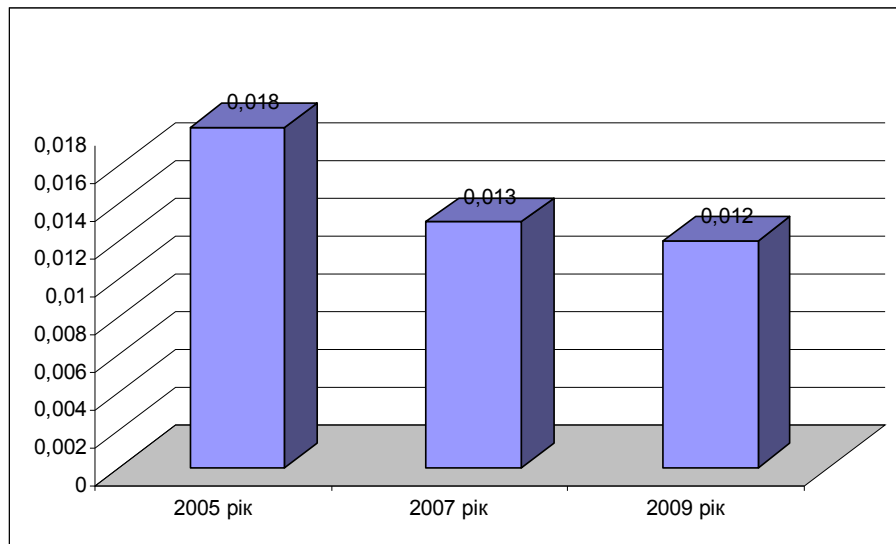


Рис. 29. Рівень та динаміка первинної інвалідності (на 10 тис. населення)



Рис. 30. Структура та динаміка первинної інвалідності за віком (%)

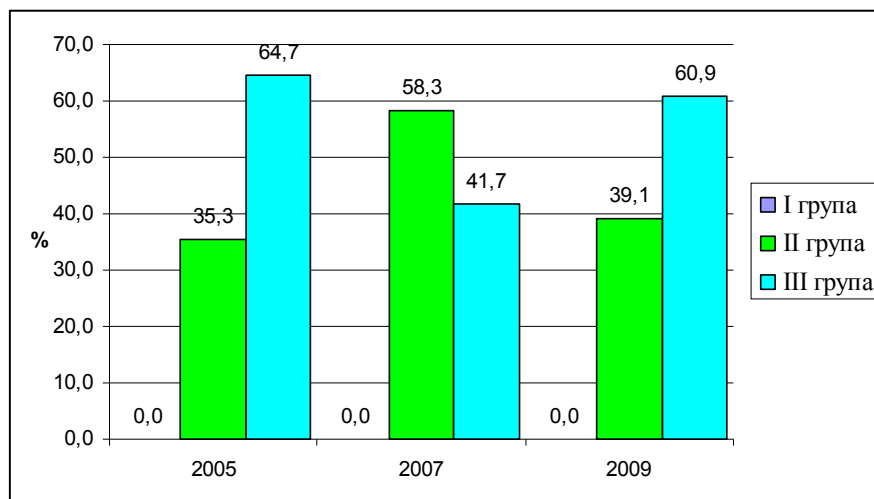


Рис. 31. Структура та динаміка важкості первинної інвалідності (%)

**Показники первинної інвалідності при транспозиції магістральних судин
за 2005, 2007, 2009 роки**

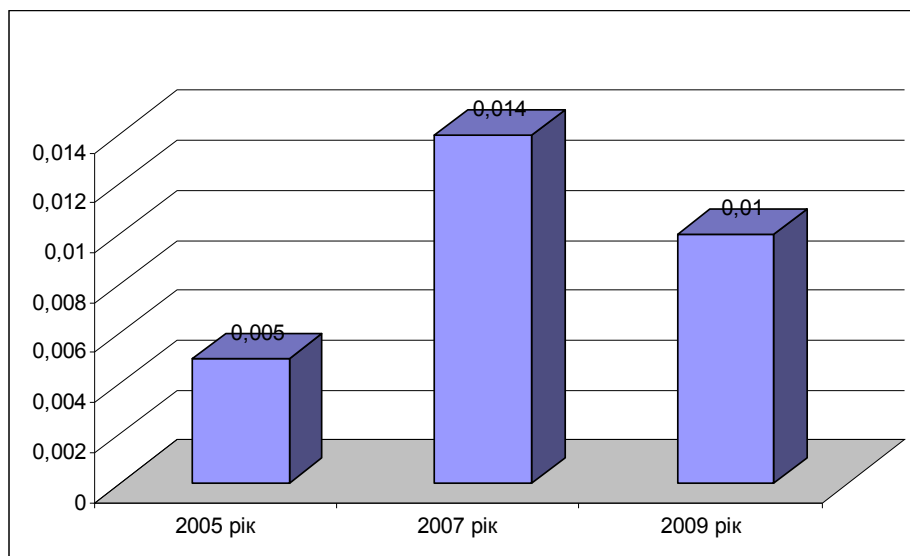


Рис. 32. Рівень та динаміка первинної інвалідності (на 10 тис. населення)



Рис. 33. Структура та динаміка первинної інвалідності за віком (%)

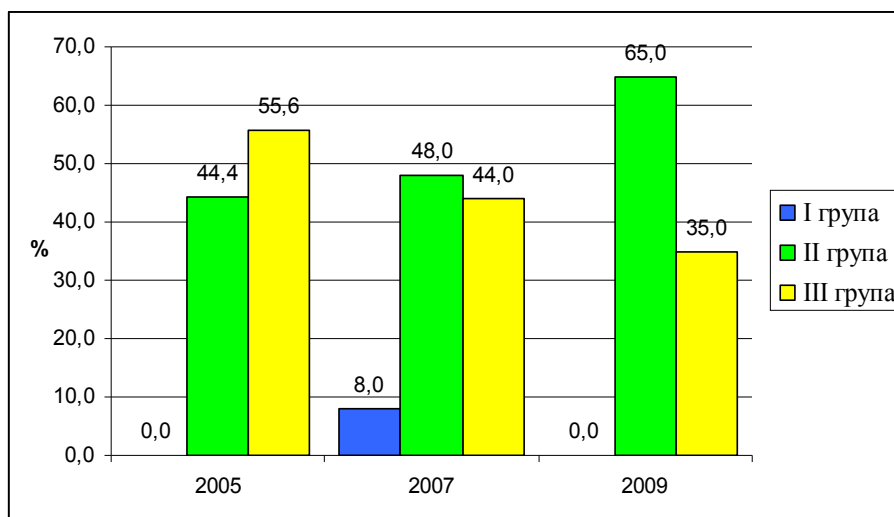


Рис. 34. Структура та динаміка важкості первинної інвалідності (%)

Показники первинної інвалідності при тетраді Фалло за 2005, 2007, 2009 роки

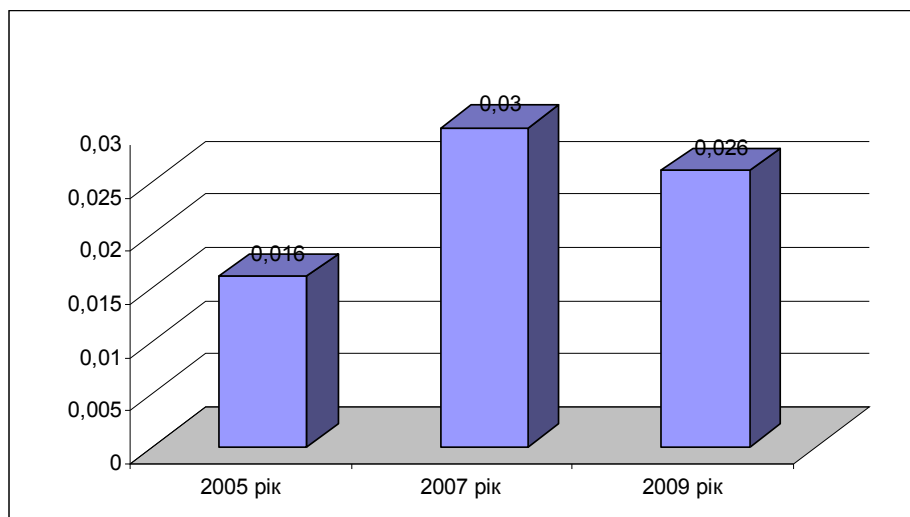


Рис. 35. Рівень та динаміка первинної інвалідності (на 10 тис. населення)



Рис. 36. Структура та динаміка первинної інвалідності за віком (%)

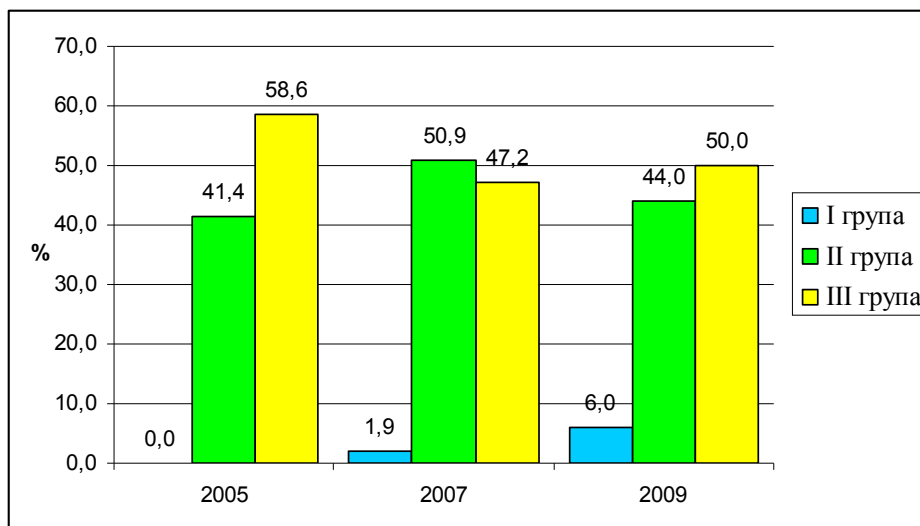


Рис. 37. Структура та динаміка важкості первинної інвалідності (%)

**Показники первинної інвалідності при аномалії Ебштейна
за 2005, 2007, 2009 роки**

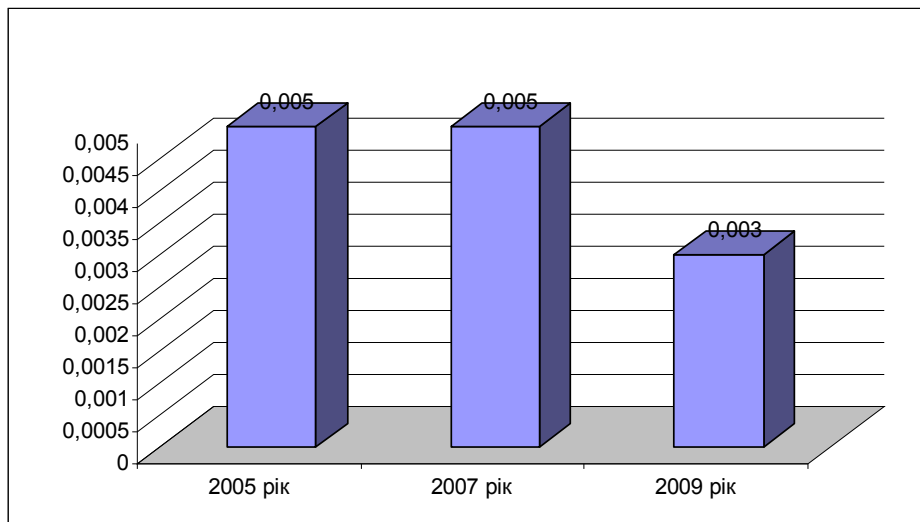


Рис. 38. Рівень та динаміка первинної інвалідності (на 10 тис. населення)



Рис. 39. Структура та динаміка первинної інвалідності за віком (%)

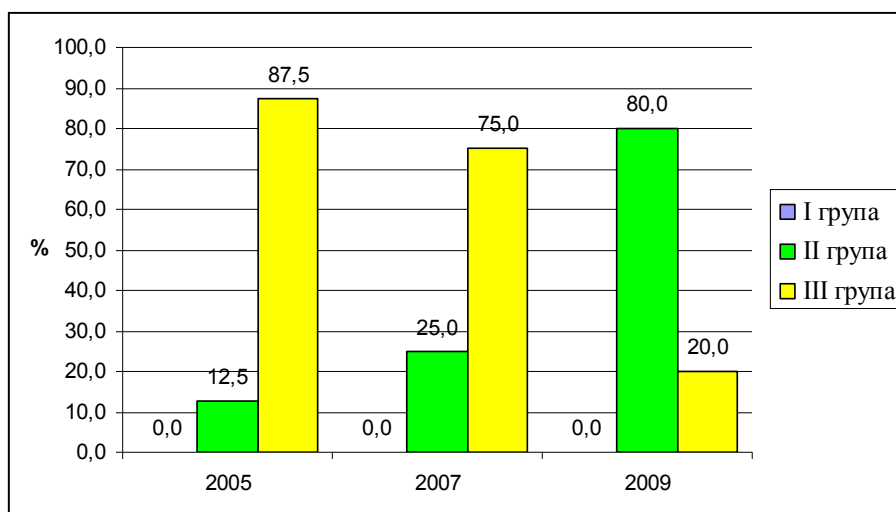


Рис. 40. Структура та динаміка важкості первинної інвалідності (%)

Територіальні особливості первинної інвалідності дорослого населення внаслідок ВВС

Рівень інвалідизації дорослого населення внаслідок ВВС в регіонах коливався в 2005 від 0,13 в Вінницькій до 0,50 в Хмельницькій області, в 2009 році від 0,13 в АР Крим до 0,56 в Волинській області, при середніх показниках 0,27 в 2005 і 0,36 в 2009 рр. Динаміка показників за п'ятирічний період свідчить про зріст первинної інвалідності в більшості областей України, тільки в 5-ти – спостерігається її зменшення (АР Крим, Одеська, Харківська, Хмельницька, Чернігівська). Найбільший темп приросту рівня первинної інвалідності відмічений в Житомирській (+187,5%), Вінницькій (+161,5%), Кіровоградській (+135,3%) областях. Найбільше зниження показника в Чернігівській, АР Крим (табл. 7).

Таблиця 7

Рівень та динаміка первинної інвалідності внаслідок вроджених вад серця та судин у розрізі областей України за 2005, 2009 рр. (на 10 тис. працездатного населення)

Адміністративні території	2005		2009		Темп приросту 2009 р. до 2005 р. (у %)
	Абс.	на 10 тис.	Абс.	на 10 тис.	
АР Крим	31	0,25	16	0,13	-48,0
Вінницька	13	0,13	33	0,34	+161,5
Волинська	21	0,36	33	0,56	+55,5
Дніпропетровська	61	0,30	78	0,39	+30,0
Житомирська	13	0,16	33	0,46	+187,5
Івано-Франківська	24	0,30	33	0,41	+36,7
Кіровоградська	10	0,17	23	0,40	+135,3
Київська	20	0,20	32	0,30	+50,0
Львівська	34	0,22	58	0,39	+77,3
Миколаївська	3	н/д	18	0,24	н/д
Одеська	40	0,30	36	0,26	-13,3
Полтавська	18	н/д	27	0,22	н/д
Рівненська	8	н/д	29	0,44	н/д
Сумська	28	0,40	28	0,41	+2,5
Тернопільська	18	0,28	27	0,41	+46,4
Харківська	37	0,22	57	0,34	-54,5
Херсонська	14	0,20	20	0,31	+55,0
Хмельницька	43	0,50	34	0,45	-10,0
Чернівецька	12	0,22	23	0,42	+30,9
Чернігівська	17	0,25	28	0,45	-80,0
м. Севастополь	5	0,22	7	0,31	+40,9
Всього по областям	470	0,27	673	0,36	+33,3

У віковому складі інвалідності, що вперше визнані інвалідами переважали особи від 18 до 39 років; в 2005 році їх питома вага в середньому склала 69,6%, по областях показник коливався від 57,5% в Одеській до 100,0% в Миколаївській, тільки в Херсонській та м. Севастополь переважали інваліди старше 40 років; в 2009 році питома вага інвалідів молодого віку в середньому склала 78,6% з розбивкою по областях від 66,7% до 100,0%. Відносно висока доля первинних інвалідів після 40 років в Тернопільській (37,0%), Одеській (33,3%), Сумській (35,7%), Дніпропетровській (29,5%) областях (табл. 8).

Таблиця 8

Розподіл за віком первинно визнаних інвалідів працездатного віку у розрізі областей України за 2005, 2009 роки (у %)

Адміністративні території	Усього осіб, які були визнані інвалідами				У тому числі:							
					Від 18 до 39 років включно				Від 18 до 39 років включно			
	2005		2009		2005		2009		2005		2009	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
АР Крим	31	100,0	16	100,0	23	74,2	11	68,8	8	25,8	5	31,3
Вінницька	13	100,0	33	100,0	11	84,6	31	93,9	2	15,4	2	6,1
Волинська	21	100,0	33	100,0	17	80,9	27	81,8	4	19,1	6	18,2
Дніпропетровська	61	100,0	78	100,0	40	65,5	55	70,5	21	34,5	23	29,5
Житомирська	13	100,0	33	100,0	10	76,9	32	97,0	3	23,1	1	3,0
Івано-Франківська	24	100,0	33	100,0	17	70,8	28	84,8	7	29,2	5	15,2
Кіровоградська	10	100,0	23	100,0	9	90,0	16	69,6	1	10,0	7	30,4
Київська	20	100,0	32	100,0	14	70,0	27	84,4	6	30,0	5	15,6
Львівська	34	100,0	58	100,0	26	76,5	46	79,3	8	23,5	12	20,7
Миколаївська	0	100,0	18	100,0	3	100,0	18	100,0	-	-	-	-
Одеська	40	100,0	36	100,0	23	57,5	24	66,7	17	42,5	12	33,3
Полтавська	18	100,0	27	100,0	12	66,7	23	85,2	6	33,3	4	14,8
Рівненська	8	100,0	29	100,0	8	100,0	22	75,9	-	-	7	24,1
Сумська	28	100,0	28	100,0	19	67,9	18	64,3	9	32,1	10	35,7
Тернопільська	18	100,0	27	100,0	14	77,8	17	63,0	4	22,2	10	37,0
Харківська	37	100,0	57	100,0	24	64,9	48	84,2	13	35,1	9	15,8
Херсонська	14	100,0	20	100,0	5	35,7	15	75,0	9	64,3	5	25,0
Хмельницька	43	100,0	34	100,0	27	62,8	27	79,4	16	37,2	7	20,6
Чернівецька	12	100,0	23	100,0	10	83,3	17	73,9	2	16,7	6	26,1
Чернігівська	17	100,0	28	100,0	13	76,5	22	78,6	4	23,5	6	21,4
м. Севастополь	5	100,0	7	100,0	2	40,0	5	71,4	3	60,0	2	28,6
Всього по областям	470	100,0	673	100,0	327	69,6	529	78,6	143	30,4	144	21,4

В структурі важкості інвалідності в 2005 році доля I групи склала 0,9%, II – 38,5%, III – 60,6%, по областях інвалідами I групи визнані одиниці, доля II групи коливалась від 5,6% в Полтавській до 80,0% в Одеській та м. Севастополь, доля

III групи – від 17,5% в Одеській до 100,0% в Миколаївській, переважання другої групи інвалідності спостерігалась в 5 областях, рівні значення з третьою групою – в 4 областях. В 2009 році доля I групи склала 0,7%, II – 36,4%, III – 62,9%. По областям інвалідами I групи також визнавались одиниці, доля II групи коливалось від 9,1% в Вінницькій до 72,2% в Одеській, III – від 27,8% в Одеській до 100,0% в Миколаївській та Полтавській областях. Переважання другої групи відмічено в 7, рівні значення з III групою тільки в Чернігівській області (табл. 9).

Таблиця 9

Структура важкості первинної інвалідності населення працездатного віку у розрізі областей України за 2005, 2009 рр. (%)

Адміністративні території	Усього осіб, які були визнані інвалідами				У тому числі:											
	2005		2009		I група				II група				III група			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
АР Крим	31	100,0	16	100,0	-	-	-	-	10	32,3	9	56,3	21	67,7	7	43,7
Вінницька	13	100,0	33	100,0	-	-	2	6,1	4	30,8	3	9,1	9	69,2	28	84,8
Волинська	21	100,0	33	100,0	-	-	-	-	11	52,4	22	66,7	10	47,6	11	33,3
Дніпропетровська	61	100,0	78	100,0	-	-	-	-	17	27,9	25	32,1	44	72,1	53	67,9
Житомирська	13	100,0	33	100,0	-	-	-	-	5	38,5	7	21,2	8	61,5	26	78,8
Івано-Франківська	24	100,0	33	100,0	1	4,2	-	-	6	25,0	10	30,3	17	70,8	23	69,7
Кіровоградська	10	100,0	23	100,0	-	-	-	-	5	50,0	12	52,2	5	50,0	11	47,8
Київська	20	100,0	32	100,0	-	-	-	-	9	45,0	19	59,4	11	55,0	13	40,6
Львівська	34	100,0	58	100,0	-	-	2	3,5	5	14,7	13	22,4	29	85,3	43	74,1
Миколаївська	3	100,0	18	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100,0	18	100,0
Одеська	40	100,0	36	100,0	1	2,5	-	-	32	80,0	26	72,2	7	17,5	10	27,8
Полтавська	18	100,0	27	100,0	-	-	-	-	1	5,6	-	-	17	94,4	27	100,0
Рівненська	8	100,0	29	100,0	-	-	-	-	4	50,0	15	51,7	4	50,0	14	48,3
Сумська	28	100,0	28	100,0	-	-	-	-	6	21,4	6	21,4	22	78,6	22	78,6
Тернопільська	18	100,0	27	100,0	-	-	-	-	9	50,0	10	37,0	9	50,0	17	63,0
Харківська	37	100,0	57	100,0	-	-	1	1,8	19	51,4	18	31,6	18	48,6	38	66,6
Херсонська	14	100,0	20	100,0	-	-	-	-	4	28,6	12	60,0	10	71,4	8	40,0
Хмельницька	43	100,0	34	100,0	2	4,6	-	-	11	25,6	12	35,3	30	69,8	22	64,7
Чернівецька	12	100,0	23	100,0	-	-	-	-	6	50,0	11	47,8	6	50,0	12	52,2
Чернігівська	17	100,0	28	100,0	-	-	-	-	13	76,5	14	50,0	4	23,5	14	50,0
м. Севастополь	5	100,0	7	100,0	-	-	-	-	4	80,0	1	14,3	1	20,0	6	85,7
Всього по областям	470	100,0	673	100,0	4	0,9	5	0,7	181	38,5	245	36,4	285	60,6	423	62,9

Структура категорій інвалідності при ВВС в 2005 році була представлена інвалідами з дитинства в 56,0%, від загального захворювання в 43,8% внаслідок аварії на ЧАЕС в 0,2%. В 8 областях переважали інваліди від загального захворювання, в Полтавській та Рівненській питома вага інвалідів від загального захворювання та дитинства була однаковою (50,0%), категорія – інваліди з

дитинства переважали в 11 областях, з 100,0% значенням в Вінницькій, Кіровоградській, Миколаївській і Хмельницькій областях. В 2009 році – інваліди з дитинства склали 73,6%, від загального захворювання – 26,1%, внаслідок аварії на ЧАЕС – в 0,3%. Залишилось переважання категорії інвалідності від загального захворювання в Вінницькій, Дніпропетровській, Херсонській, Чернівецькій областях та м. Севастополь (табл. 10).

Таблиця 10

Розподіл первинно визнаних інвалідами за категоріями інвалідності у розрізі областей України за 2005, 2009 роки (у %)

Адміністративні території	Всього осіб які були визнані інвалідами		У тому числі:											
			Інваліди внаслідок загального захворювання				Інваліди дитинства				Інваліди внаслідок аварії на ЧАЕС			
	2005	2009	2005		2009		2005		2009		2005		2009	
			Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
АР Крим	31	16	13	41,9	5	31,3	18	38,1	11	68,8	-	-	-	-
Вінницька	13	55	-	-	-	100,0	13	100,0	33	0,0	-	-	-	-
Волинська	21	33	15	71,4	11	33,3	6	28,6	22	66,7	-	-	-	-
Дніпропетровська	61	78	39	63,9	41	52,6	22	36,1	37	47,4	-	-	-	-
Житомирська	13	33	2	15,4	-	-	10	76,9	32	97,0	1	7,7	1	3,0
Івано-Франківська	24	33	20	83,3	11	33,3	4	16,7	22	66,7	-	-	-	-
Кіровоградська	10	23	-	-	-	-	10	100,0	23	100,0	-	-	-	-
Київська	20	32	13	65,0	6	18,8	7	35,0	26	81,3	-	-	-	-
Львівська	34	58	14	41,1	15	25,9	20	58,8	43	74,1	-	-	-	-
Миколаївська	3	18	-	-	1	5,6	3	100,0	17	94,4	-	-	-	-
Одеська	40	36	21	52,5	9	25,0	19	47,5	27	75,0	-	-	-	-
Полтавська	18	27	9	50,0	9	33,3	9	50,0	18	66,7	-	-	-	-
Рівненська	8	29	4	50,0	12	41,4	4	50,0	17	58,6	-	-	-	-
Сумська	28	28	10	35,7	7	25,0	18	64,3	21	75,0	-	-	-	-
Тернопільська	18	27	11	61,1	12	44,4	7	38,9	15	55,6	-	-	-	-
Харківська	37	57	13	35,1	3	5,2	24	64,9	54	44,7	-	-	-	-
Херсонська	14	20	9	64,3	13	65,0	5	55,6	7	35,0	-	-	-	-
Хмельницька	43	34	-	-	-	-	43	100,0	34	100,0	-	-	-	-
Чернівецька	12	23	4	33,3	12	52,2	8	66,7	11	47,8	-	-	-	-
Чернігівська	17	28	5	29,4	5	17,9	12	70,6	22	78,6	-	-	1	3,5
м. Севастополь	5	7	4	80,0	4	57,1	1	20,0	3	42,9	-	-	-	-
Всього по областям	470	673	206	43,8	176	26,1	263	56,0	495	73,6	1	0,2	2	0,3

Причинами первинної інвалідності при ВВС є дефект міжпередсердної перетинки, дефект міжшлуночкової перетинки, аортальний стеноз, коарктація аорти, тетрада Фалло, стеноз легеневої артерії, відкрита артеріальна протока, транспозиція магістральних судин, дефект ПШП, аномалія Ебштейна, на іншу вроджену патологію серцево-судинної системи припадає близько 14,0%. За роки

спостереження (2005-2009 рр.) рангові міста ВВС практично не змінились. Найбільшу питому вагу в структурі первинної інвалідності мають дефект МПП, дефект МШП, аортальний стеноз. За роки спостереження по більшості областей перші два рангові міста займають дефект МПП та дефект МШП, по іншим вродженим дефектам має місце значна варіабельність показників (табл. 11, 12).

Таким чином, представлені дані свідчать про наявність територіальних особливостей по рівню його динаміки, віку, категорії, важкості, структури, причин первинної інвалідності при ВВС, що обумовлено складом контингенту хворих, що освідчується, неоднаковими експертними підходами в регіонах, що потребує наукових розробок по стандартизації критеріїв визначення соціальної недостатності при ВВС.

Таблиця 11

Структура причин первинної інвалідності внаслідок вроджених вад серця та судин за окремими формами хвороб у розрізі областей України за 2005 рік (у %)

Адміністративні території	Всього визнані інвалідами		У тому числі:																					
			Дефект МШП		Дефект МПП		Дефект ПШП		Аортальн. стеноз		Стеноз ЛА		Коаркт. аорти		Відкрита артер.прот.		Транспоз. маг. судин		Тетрада Фалло		Аномалія Ебштейна		Інші	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
АР Крим	31	100,0	8	25,8	7	22,6	-	-	2	6,5	2	6,4	1	3,2	3	9,7	-	-	-	-	1	3,2	7	22,6
Вінницька	13	100,0	3	23,1	2	15,4	1	7,7	1	7,7	1	7,7	2	15,4	1	7,7	1	7,7	1	7,7	-	-	-	-
Волинська	21	100,0	6	28,6	5	23,8	-	-	3	14,3	1	4,8	-	-	2	9,5	-	-	-	-	1	4,8	3	14,3
Дніпропетровська	61	100,0	19	31,1	16	26,2	-	-	2	3,3	-	-	2	3,3	1	1,6	1	1,6	2	3,3	-	-	18	29,5
Житомирська	13	100,0	2	15,4	3	23,1	-	-	2	15,4	1	7,7	-	-	2	15,4	-	-	3	23,1	-	-		
Івано-Франківська	24	100,0	3	12,5	7	29,2	-	-	3	12,5	1	4,2	-	-	1	4,2	-	-	1	4,2	1	4,2	7	29,2
Кіровоградська	10	100,0	1	10,0	3	30,0	-	-	2	20,0	2	20,0	2	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Київська	20	100,0	2	10,0	10	50,0	-	-	3	15,0	1	5,0	3	15,0	-	-	-	-	-	-	-	-	1	5,0
Львівська	34	100,0	6	17,4	7	20,6	1	2,9	5	14,7	3	8,8	4	11,8	-	-	1	2,9	6	17,4	-	-	1	2,9
Миколаївська	3	100,0	2	66,7	1	33,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Одеська	40	100,0	8	20,0	7	17,5	2	5,0	6	15,0	4	10,0	7	17,5	1	2,5	-	-	2	5,0	1	2,5	2	5,0
Полтавська	18	100,0	4	22,2	8	44,4	-	-	-	-	-	-	3	16,7	-	-	-	-	2	11,1	-	-	1	5,6
Рівненська	8	100,0	2	25,0	2	25,0	-	-	1	12,5	1	12,5	-	-	-	-	-	-	-	-	1	12,5	1	12,5
Сумська	28	100,0	5	17,9	8	28,6	1	3,6	-	-	1	3,6	2	7,1	-	-	-	-	-	-	1	3,6	10	35,7
Тернопільська	18	100,0	3	16,7	4	22,2	-	-	6	33,3	-	-	1	5,6	2	11,1	1	5,6	1	5,6	-	-	-	-
Харківська	37	100,0	7	18,9	10	27,0	-	-	3	8,1	1	2,7	3	8,1	1	2,7	2	5,4	2	5,4	2	5,4	6	16,2
Херсонська	14	100,0	-	-	7	50,0	-	-	1	7,1	1	7,1	2	14,3	1	7,1	-	-	2	14,3	-	-	-	-
Хмельницька	43	100,0	7	16,3	15	34,9	1	2,3	3	3,0	3	7,0	2	4,7	1	2,3	2	4,7	4	9,3	-	-	5	11,6
Чернівецька	12	100,0	3	25,3	2	16,7	2	16,7	1	8,3	2	16,7	-	-	-	-	1	8,3	1	8,3	-	-	-	-
Чернігівська	17	100,0	-	-	5	29,4	-	-	2	11,8	-	-	6	35,3	-	-	-	-	2	11,8	-	-	2	11,8
м. Севастополь	5	100,0	-	-	2	40,0	-	-	-	-	-	-	2	40,0	1	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-
Всього по областям	470	100,0	91	19,4	131	27,9	8	1,7	46	9,8	25	5,3	42	8,9	17	3,6	9	1,9	29	6,2	8	1,7	64	13,6

Таблиця 12

Структура причин первинної інвалідності внаслідок вроджених вад серця та судин за окремими формами хвороб у розрізі областей України за 2009 рік (у %)

Адміністративні території	Всього визнані інвалідами		У тому числі:																					
			Дефект МШП		Дефект МПП		Дефект ПШП		Аортальн. стеноз		Стеноз ЛА		Коаркт. аорти		Відкрита артер. прот.		Транспоз. маг. судин		Тетрада Фалло		Аномалія Ебштейна		Інші	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
АР Крим	16	100,0	1	6,3	3	18,8	-	-	1	6,3	1	6,3	1	6,3	2	12,5	1	6,3	2	12,5	-	-	4	25,0
Вінницька	33	100,0	5	15,2	9	27,3	2	6,1	9	27,3	1	3,0	2	6,1	2	6,1	1	3,0	2	6,1	-	-	-	-
Волинська	33	100,0	4	12,1	8	24,2	-	-	5	15,2	2	6,1	3	9,1	2	6,1	2	6,1	2	6,1	-	-	5	15,2
Дніпропетров.	78	100,0	21	23,9	8	10,3	-	-	3	3,8	1	1,2	6	7,6	-	-	1	1,2	7	8,9	-	-	31	39,7
Житомирська	33	100,0	5	15,1	11	33,3	1	3,0	8	24,2	4	12,1	1	3,0	-	-	1	3,0	2	6,0	-	-	-	-
Ів-Франківська	33	100,0	9	27,2	8	24,2	-	-	1	3,0	1	3,0	1	3,0	2	6,0	-	-	3	9,0	-	-	8	24,2
Кіровоградська	23	100,0	3	13,0	8	34,7	-	-	7	30,4	-	-	2	8,6	-	-	1	4,3	2	8,6	-	-	-	-
Київська	32	100,0	5	15,6	10	31,3	-	-	5	15,6	3	9,4	3	9,4	1		-	-	4	12,5	1	3,1	-	-
Львівська	58	100,0	12	20,7	11	19,0	-	-	8	13,8	2	3,4	4	6,9	2	3,4	-	-	10	17,2	-	-	9	15,5
Миколаївська	18	100,0	6	33,3	7	38,9	-	-	-	-	3	16,7	1	5,6	-	-	1	5,6	-	-	-	-	-	-
Одеська	36	100,0	6	16,7	9	25,0	-	-	9	25,0	-	-	3	8,3	3	8,3	-	-	2	5,6	-	-	4	11,1
Полтавська	27	100,0	7	25,9	6	22,2	-	-	1	3,7	2	7,4	2	7,4	-	-	-	-	2	7,4	1	3,7	6	22,2
Рівненська	29	100,0	3	10,3	7	24,1	1	3,4	3	10,3	3	10,3	3	10,3	1	3,4	1	3,4	3	10,3	1	3,4	3	10,3
Сумська	28	100,0	6	21,4	8	28,6	-	-	-	-	2	7,1	-	-	3	10,7	-	-	2	7,1	-	-	7	25,0
Тернопільська	27	100,0	4	14,8	13	48,1	-	-	5	18,5	-	-	1	3,7	1	3,7	2	7,4	1	3,7	-	-	-	-
Харківська	57	100,0	9	15,8	18	31,6	1	1,8	9	15,8	4	7,0	2	3,5	-	-	5	8,8	2	3,5	1	1,8	6	10,5
Херсонська	20	100,0	3	15,0	4	20,0	-	-	3	15,0	-	-	4	20,0	-	-	1	5,0	-	-	1	5,0	4	20,0
Хмельницька	34	100,0	9	26,5	11	32,4	-	-	2	5,9	3	8,8	3	8,8	-	-	2	5,9	2	5,9	-	-	2	5,9
Чернівецька	23	100,0	2	8,7	7	30,4	-	-	2	8,7	-	-	6	26,1	2	8,7	1	4,3	1	4,3	-	-	2	8,7
Чернігівська	28	100,0	7	25,0	8	28,6	1	3,6	3	10,7	1	3,6	4	14,3	2	7,1	-	-	1	3,6	-	-	1	3,6
м. Севастополь	7	100,0	-	-	3	42,9	-	-	2	28,6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	28,6
Всього по областям	673	100,0	127	18,9	177	26,3	6	0,9	86	12,8	33	4,9	52	7,7	23	3,4	20	3,0	50	7,4	5	0,7	94	14,0

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Амиркулов Б.Б. Врожденные пороки сердца бледного типа у взрослых / Амиркулов Б. Б. // Российский медицинский журнал. – 2003. – № 2. – С. 53-56.
2. Атлас здоровья России. – М.: Изд. НЦССХ им.А.Н. Бакулева, 2007.
3. Биленко Т. // Мир семьи. – 2005. – №1.
4. Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия / Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. – 2001. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. // М.: Изд. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2000 (2001, 2002, 2003, 2004, 2006, 2007 гг.).
5. Бокерия Л.А. Хирургическая помощь при заболеваниях сердца: некоторые аспекты организации, доступности, эффективности / Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2006. – № 5. – С. 4-12.
6. Болотова Е.В. Клинико-социальные особенности больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и оптимизация отбора на кардиохирургические методы диагностики и лечения (популяционное исследование): Автореферат дис... докт. мед. наук. – Москва, 2009.
7. Врожденные пороки сердца (Часть 1) // <http://www.vbolnice.ru/baza.php?zag=1105691446>.
8. Врожденные пороки сердца плода и возможности их пренатальной диагностики / Ковчур П.И., Самородинова Л.А., Гакуть Л.Н., Удодова О.А. (<http://www.radiology.karelia.ru/txt/c27.rtf>)
9. Врожденные пороки сердца у взрослых // http://www.cardio-portal.ru/zabolser/porokiv_defmezhpr.html.
10. Гончарь М.А. Миокардиальная дисфункция у детей с аритмиями в отдаленном периоде после кардиохирургической коррекции врожденных пороков сердца / Гончарь М.А., Сенаторова А.С. // Межд. мед. журнал. – 2010. – С. 27-30.
11. Гордієнко І.Ю. Актуальні проблеми організації пренатальної діагностики вродженої та спадкової патології в Україні / Гордієнко І.Ю., Моїсеєнко Р.О. // Перинатология и педиатрия. – 2009. – № 2. – С. 6-10.
12. Гриценко В.В. Медицинские аспекты реабилитации больных с

врожденными пороками сердца и проблемы их социальной интеграции в современное общество / Гриценко В.В., Лихницкая И.И., Мочалов О.Ю. // Вестник хирургии. – 1997. – № 2. – С. 11-16.

13. Гриценко В.В. Принципы поэтапной реабилитации больных пороками сердца / Гриценко В.В., Мочалов О.Ю. // Мир медицины. – 1999. – № 7-8.

14. Гришина Л.П. Социально-гигиенические аспекты инвалидности вследствие врожденной патологии у детей в Москве / Гришина Л.П., Короткова Ю.А., Веригина Н.Б. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2005. – № 1. – С. 34-37.

15. Гришина Л.П. Структура инвалидности вследствие врожденных аномалий (пороков развития) системы кровообращения у детей с учетом основных видов патологии / Гришина Л.П., Рахаев А.М. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2010. – № 3. – С. 34-35.

16. Дашдамирова Г.С. Мониторинг врожденного порока сердца среди детского населения одного из регионов Азербайджанской Республики / Дашдамирова Г.С. // <http://www.jurnal.org/articles/2008/med8.html>.

17. Динамика социально-медицинских характеристик детей с врожденными пороками сердца за десять лет / Епинетова Е.Н, Такташев Р.А., Макухина Л.П., Балашова Т.И. // Матер. III Всероссийского семинара «Врожденные и приобретенные пороки сердца. – Архангельск, 27-29 апреля 2003 г.

18. Досвід лікування критичних вроджених вад серця транскатетерним методом / Панічкін Ю.В., Дітківський І.О., Черпак Б.В. та ін. // Серце і судини. – 2008. – № 4. – С. 18-22.

19. Дроздова И.В. Психологические особенности больных с оперированными врожденными аномалиями сердца / Дроздова И.В., Лысунец Е.М. // Межд. мед журн. – 2010. – № 3. – С. 6-11.

20. Емец И. Если вовремя устранить порок в крохотном сердце, то ребенок будет расти здоровым / Емец И. // Зеркало недели. – 17 (492) 30 апреля – 15 мая 2004.

21. Ємець І.М. Рання діагностика вроджених вад серця у новонароджених / Ємець І.М., Руденко Н.М. // Матер. Всеукр. форуму «Світовий та вітчизняний

досвід допомоги дітям з вродженими вадами серця у ранньому віці». – Київ: Програмна книжка, 2004. – С. 36-37.

22. Зиньковський М.Ф. Рання діагностика вроджених пороків серця / Зиньковський М.Ф. // Журн. практ. лікаря. – 2008. – № 2. – С. 13-23.

23. Зубаренко А.В. Ближайший этап реабилитации детей после коррекции септальных пороков сердца / Зубаренко А.В., Лосева Е.А., Лосев А.А. // Медицинская практика. – 2005. – № 4. – С. 4-8.

24. Зубаренко А.В. Реабилитация как неперемное условие эффективного лечения детей с врожденными пороками сердца после кардиохирургических операций / Зубаренко А.В., Лосева Е.А. // Медицинская практика. – 2004. – № 4. – С. 8-11.

25. Зубов Л.А. Подходы к установлению инвалидности при врожденных пороках сердца у детей / Зубов Л.А. // Вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации в педиатрии: Матер. обл. конф. педиатров Архангельской области, 6-9 апреля 2004 г.

26. Клинико-социологическая характеристика взрослых пациентов с врожденными пороками сердца по данным эпидемиологического исследования / Бокерия Л.А., Ступаков И.Н., Самородская И.В. и др. // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2008. – № 5. – С. 4-7.

27. Лаврухин М.И. Детская кардиология в России / Лаврухин М.И. // <http://www.subscribe.ru/archive/psychology.pedagogika/200609/03073537.html>.

28. Лазоришинець В.В. Аномалія Ебштейна (проблеми діагностики та хірургічного лікування): Дис... д-ра мед. наук: 14.01.04 / АМН України; Інститут серцево-судинної хірургії. – К., 2002. – 347 арк.

29. Малюков Н.И. Структура детской инвалидности вследствие врожденных пороков развития / Малюков Н.И., Азанова Л.Е., Черных И.Т. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. – № 1. – С. 45-47.

30. Национальные рекомендации по ведению взрослых пациентов с врожденными пороками сердца (подготовлены Рабочей группой под руководством акад. РАМН Бокерия Л.А.). – Москва, 2009.

31. Нечаева А.А., Гончаренко А.Г., Акимов Е.И. Динамика и прогнозирование

распространенности первичной инвалидности детей вследствие врожденных пороков развития и хромосомных аномалий в Алтайском районе / Нечаева А.А., Гончаренко А.Г., Акимов Е.И. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – № 1. – С. 37-38.

32. Об оказании высокотехнологичной специализированной (эндоваскулярной и рентгенхирургической) медицинской помощи населению в Кыргызской Республике // <http://www.med.kg/Articles/ViewSection.aspx?ArticleID=258>.

33. Педіатричні аспекти ведення дітей з природженими вадами серця /За ред. О.П. Волосовця, Г.С. Сенаторової, М.О. Гончарь. – Тернопіль: ТДМУ-Укрмедкнига, 2008. – 176 с.

34. Распространенность и структура врожденных пороков развития сердечно-сосудистой системы у детей первого года жизни / Минайчева Л.И., Буйкин С.В., Новоселова Т.Я. и др. // Российский педиатрический журнал. – 2008. – № 5. – С. 14-18.

35. Расулова Р.И. Наследственные заболевания и их мониторинг в Кахском и Закатальском районах Азербайджанской Республики / Расулова Р.И. – Баку: «Эльм», 2006. – С.55-77.

36. Рожавский Л.А. Детская инвалидность как медико-социальная проблема одного из регионов северо-запада России / Рожавский Л.А., Окунев А.Ю., Пуринь В.И. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2008. – № 3. – С. 12-15.

37. Самородская И.В. Врожденные пороки сердца у взрослых: эпидемиология и организация медицинской помощи / Самородская И.В., Абдулкасумова С.К. // Здравоохранение. – 2009 – № 6 // <http://www.zdrav.ru/library/publications/detail.php?ID=19240>.

38. Структура инвалидности детей и лиц молодого возраста с хроническими соматическими заболеваниями / Коренев Я. М., Богмат Л. Ф., Толмачева С. Р., Тимофеева О. Н. // Лікарська справа. – 2002. – № 3-4.

39. Султанова А.С. Внутренняя картина болезни подростков, перенесших операцию при врожденном пороке сердца: Автореферат дис... докт. мед. наук. – Москва, 2009.

40. Тетрада Фалло (часть IV) / Демянчук В.Б., Терещенко А.І., Дикуха С.О.,

Лазоришинець В.В. // Серце і судини. – 2009. – № 1. – С. 98-104.

41. Хирургическое лечение тетрады Фалло у взрослых / Бабаджанов К.Б., Тураев Ф.Ф., Джуманиязов А.А., Бахритдинов Н.Ш.// Український кардіологічний журнал. – 2009. – № 2. – С. 62-66.

42. Шарыкин А.С. Врожденные пороки сердца: руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов / Шарыкин А.С. – М.: Теремок, 2005. – 384 с., 150 ил.

43. Шмелёв А.С. Современные методы хирургического лечения дефекта межпредсердной перегородки у детей старшего возраста и взрослых / Шмелёв А.С. // Материалы XII ежегодной сессии НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН с Всероссийской конференцией молодых ученых. – 2008. – 05-00.

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

45. Findlow D. Congenital Heart Disease in adults / Findlow D., Doyle E. // British Journal of Anaesthesia. – 1997. – V. 78. – P. 416-430 (Врожденные пороки сердца у взрослых: аспекты анестезии и интенсивной терапии послеоперационного периода // <http://www.critical.onego.ru/ann/pages/review/page7.html>).

46. Grown-up congenital heart (GUCH) disease: Current needs and provision of service for adolescents and adults with congenital heart disease in UK // Heart. – 2002. – Vol. 88 (Suppl I). – P. i1-i14.

47. Hoffman J.I. Prevalence of congenital heart disease / Hoffman J.I., Kaplan S., Liberthson R.R. // Am Heart J. – 2004. – V. 147. – P. 425-439.

48. Lane D.A. Quality of life in adults with congenital heart disease / Lane D.A., Lip G.Y.H., Millane T.A. // Heart. – 2002. – V. 88. – P. 71-75.

49. Maternal serum levels of placental proteins after in vitro fertilization and their implications for prenatal screening / Bersinger N.A., Wunder D., Vanderlick F. et al. // Prenat. Diagn. – 2004. – Vol. 24. – №6. – P. 471-477.

50. Newborn screening for congenital heart defects: a systematic review and cost-effectiveness analysis / Knowles R., Griebisch I., Dezateux C., Brown J.C. // Health Technology Assessment. – 2005. – Vol. 9. – No. 44.

51. Office for National Statistics. Death registrations in England and Wales, 2002:

causes // Health Stat Q. – 2003. – Vol. 18. – P. 57-64.

52. Reinhard W. Grown-up congenital heart disease: a ‘problem’ to take care of / Reinhard W., Hengstenberg F.C. // European Heart Journal. – 2005. – V. 26. – P. 8-10.

53. Simko L.C. Quality of life experienced by adults with congenital heart disease / Simko L.C., McGinnis K.A. // AACN Clinical Issues, 2003. – V. 14(1). – P. 42-53.

54. http://www.medpravo-nn.narod.ru/texts/inval_por.htm

55. <http://www.vps.med.ru/>

56. <http://www.eurolab.ua/heart-disease/2417/18000>

57. <http://www.mma.ru/article/id34657/from1/>

58. <http://www.moz.gov.ua/ua/main/press/?docID=11285>

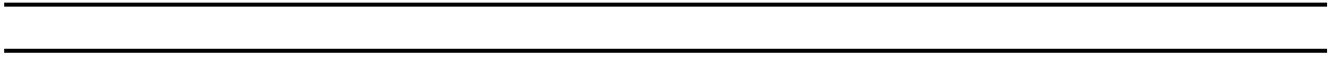
59. <http://www.rusmedserver.ru/neonatalogia2/38.html>

60. <http://www.woman.ru/kids/healthy/article/45322/>

ДЛЯ ПОДАТК



ДЛЯ ПОДАТК



Міністерство охорони здоров'я України
Науково-дослідний інститут реабілітації інвалідів
Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова

**ІНВАЛІДНІСТЬ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ
ВНАСЛІДОК ВРОДЖЕНИХ ВАД СЕРЦЯ
(сучасний стан та тенденції)**

Аналітико-інформаційне видання

*Здано до складання 08.12.2011 р.
Підписано до друку 26.12.2011 р.
Формат 60x84/16. Папір офсетний
Гарнітура Times New Roman. Друк різнографічний.
Умовн. друк. арк. 3,48
Тираж 150 прим.*

*Видавець ТОВ «Видавництво-друкарня ДІЛО»
м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 145
тел.: (0432) 43-51-39, 57-65-44
E-mail: dilo2007@rambler.ru
Свідоцтво А00 № 148648 від 26.12.2006 р.*

*Виготовлювач ФОП Горбачук І.П.
м. Вінниця, Хмельницьке шосе, 145
тел.: (0432) 43-51-39, 57-65-44
E-mail: dilo2007@rambler.ru
Свідоцтво суб'єкта видавничої
справи ДК № 3509 від 25.06.2009 р.*