

22. Insel T., Schoenbaum M., Wang P. Components of the Economic Burden of Serious Mental Illness in the US // US Neurology. – 2009. – № 5 (1). – P. 10-11.
23. Kessler R.C., Aguilar-Gasiola S., et al. The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys // Epidemiol Psychiat Social. – 2009. – № 18 (1). – P. 23-33.
24. Kessler R.C., Chiu W.T., Demler O., Merikangas K.R., Walters E.E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Arch Gen Psychiatry. – 2005. – № 62. – P. 617-627.
25. Knapp M. (Ed.): Economic Evaluation of Mental Health Care. – Ashgate Publishing Limited, 1995. – 253 p.
26. Knapp M., Mangalore R. The trouble with QALYs // Epidemiol Psychiat Soc. – 2007. – № 16 (4). – P. 289-293.
27. Kawakami N., Shimizu H. et al. Lifetime and 6-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in an urban community in Japan // Psychiatry Res. – 2004. – № 121. – P. 293-301.
28. Kawakami N., Takeshima T., et al. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003 // Psychiatry and Clinical Neurosciences. – 2005. – № 59. – P. 441-452.
29. Kohn R., et al. Mental disorders in Latin America and the Caribbean: a public health priority // Pan American J. Public Health. – 2005. – № 18. – P. 229-240.
30. Koyama A., Miyake Y., et al. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of «hikikomori» in a community population in Japan // Psychiatry Res. – 2010. – № 176 (1). – P. 69-74.
31. Lim K.-L., Jacobs P., Ohinmaa A., et al. A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada // Chronic Diseases in Canada. – 2008. – № 28 (3). – P. 92-98.
32. Ma S. China struggles to rebuild Mental health programs // Can. Med. Ass. Journ. – 2011. – № 8. – P. 183. – P. 89-90.
33. Madhav S.M. Epidemiological study of prevalence of mental disorders in India // Indian Journal of Community Medicine. – 2001. – № 26 (4). – P. 198-200.
34. Math S.B., et al. Psychiatric epidemiological in India // Indian J. Med. Res. – 2007. – № 126. – P. 183-192.
35. Mental Health Atlas. WHO, Geneva. – 2005. – 540 p.
36. Phillips M.R., Shang J., Shi Q., et al. Prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001-05: an epidemiological survey // Lancet. – 2009. – № 373. – P. 2041-2053.
37. Stephens T., Joubert N. The economic burden of mental health problems in Canada // Chronic. Dis. Canada. – 2001. – № 22 (1). – P. 18-23.
38. The WHO World Mental Health Survey Consortium Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys // J. Am. Med. Assoc. – 2004. – № 291. – P. 2581-2589.
39. The economic impact of youth mental illness. Report by Access Economics Pty Limited for Orygen Research Centre. – Victoria, 2009. – 57 p.

Координаты для связи с авторами: Крот Ксения Вадимовна – аспирант кафедры фармакологии и клинической фармакологии ДВГМУ, тел. +7-914-074-57-89, e-mail: ksuvetrova@mail.ru; Мешалкина Светлана Юрьевна – канд. фарм. наук, доцент кафедры ОЭФ ДВГМУ; Слободенюк Елена Владимировна – д-р биол. наук, профессор, зав. кафедрой фармакологии и клинической фармакологии ДВГМУ.



УДК 614.39

С.А. Богачевская¹, Н.А. Капитonenко², А.Н. Богачевский¹

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА В РОССИИ И ДАЛЬНЕВОСТОЧНОМ ФЕДЕРАЛЬНОМ ОКРУГЕ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ

¹Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, ул. Краснодарская, 2в;

²Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

В статье представлены данные о частоте, распространенности и особенностях течения врожденных пороков сердца в Российской Федерации и в Дальневосточном Федеральном округе за последние 10 лет. Обращено внимание на недостаточный охват пациентов с врожденными пороками сердца диспансерным наблюдением, а также важность своевременной диагностики и оперативной коррекции в оптимальные сроки для снижения уровня смертности. Отмечено снижение младенческой смертности и инвалидности детей до 17 лет в Российской Федера-

ции и Дальневосточном Федеральном округе при сохранении Дальневосточным Федеральным округом лидирующих позиций среди регионов по показателям инвалидности от врожденных пороков сердца, что является косвенной характеристикой улучшения выявляемости и объемов хирургического лечения данной категории пациентов. Тем не менее, объем медицинской помощи по стране и в отдельно взятых регионах (на примере Дальневосточного Федерального округа) недостаточен. Указанное предположение требует проведения дальнейших исследований.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, общая заболеваемость, первичная заболеваемость, инвалидность детей, младенческая смертность.

S.A. Bogatchevskaia¹, N.A. Kapitonenko², A.N. Bogatchevskiy¹

THE EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF CONGENITAL HEART DISEASES IN THE RUSSIAN FEDERATION AND THE FAR EASTERN FEDERAL DISTRICT FOR THE LAST 10 YEARS

¹Federal Centre of Cardiovascular Surgery;

²Far eastern state medical university, Khabarovsk

Summary

The article presents the data on the incidence, prevalence and course of congenital heart diseases in the Russian Federation and in the Far East Federal District for the last 10 years. Attention has to be drawn to the insufficient coverage of patients with congenital heart disease with regular medical check-up as well as to the importance of prompt diagnosis and surgical correction to reduce mortality in optimal time frames. The decrease of infant mortality and disability for children up to 17 years of age in the Russian Federation and the Far East Federal District is observed, nevertheless the FEFD has the leading position among the regions of the Russian Federation in terms of childhood disability due to congenital heart diseases, which is an indirect feature of improved detection and volume of surgical treatment for these patients. However, medical care for patients with congenital heart diseases in the country and in certain regions (for example, the Far East Federal District is insufficient. This assumption requires further studies.

Key words: congenital heart diseases, total morbidity, primary morbidity, childhood disability, infant mortality.

Врожденные пороки сердца (ВПС) являются одной из самых распространенных аномалий развития у детей. Частота ВПС в настоящее время составляет до 30 % от всех пороков развития [1, 4, 11].

По данным А.И. Ким и соавт., среди аномалий развития сердца и органов кровообращения распространенность ВПС составляет 75 % [8]. В США, Японии, Швеции, Финляндии, Канаде, России ежегодно рождается в среднем 0,7 % детей с ВПС [13]. В настоящее время с ростом частоты отмечается также тенденция к увеличению удельного веса более тяжелых комбинированных ВПС с частым неблагоприятным исходом уже в первые месяцы жизни [9]. В Северной Америке врожденная патология сердца является причиной смерти у 37 % младенцев, в Западной Европе — у 45 % [13]. Следует отметить также, что ВПС являются причиной половины всех смертей, обусловленных аномалиями развития [12]. При этом в среднем в регионах России при пренатальном ультразвуковом исследовании первого уровня выявляемость пороков сердца у плода составляет всего 9,5 %, но и в специализированных перинатальных центрах она достигает лишь 43,4 % [10].

Вышеописанное диктует необходимость совершенствования ранней диагностики и возможности своевременной хирургической коррекции соответствующих видов ВПС как на федеральном, так и на региональном уровне.

Цель исследования — анализ динамики показателей ВПС (первичной и общей заболеваемости, уровня диспансеризации, инвалидности и смертности, обусловленной ВПС); прогноз распространенности ВПС, опосредованно; оценка эффективности мер профилактики и лечения ВПС по стране и в Дальневосточном Федеральном округе (ДФО).

Материалы и методы

Проанализирована динамика первичной и общей заболеваемости, уровня диспансеризации и смертности в основных возрастных группах (у взрослого населения, детей от 0 до 14 лет включительно, детей 15-17 лет) и инвалидности среди детского населения вплоть до 14 лет от ВПС по РФ и ДВФО за период 2004–2013 годов по данным, предоставленным отделом медицинской статистики ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России, расчеты Росстата России, а также Профильной комиссией по сердечно-сосудистой хирургии Экспертного совета Министерства здравоохранения РФ. Сравнивались показатели, рассчитанные на 100 тыс. и 10 тыс. населения соответствующего возраста, а также доля их в общей структуре заболеваемости и младенческой смертности. Статистическая обработка проводилась при помощи пакета статистической программы Microsoft Excel Statistic. Оценка статистической значимости проводилась на основании полученных результатов достоверности показателей с помощью ошибки репрезентативности интенсивного показателя и доверительных границ относительных величин генеральной совокупности. Показатели оценивались как достоверные при уровне статистической значимости $p < 0,001$ (ДИ: 99,7 %). Достоверность различий групп с нормально распределенными показателями установлена методом сравнения средних значений двух выборочных совокупностей с определением t-критерия Стьюдента и уровня значимости ($p < 0,05$).

Результаты и обсуждение

К 2013 г. в РФ продолжился рост распространенности пороков развития (ПР), значительную долю среди

которых составляют ВПС: в 2012 г. в общей заболеваемости ПР они составили 41,5 %, в 2013 г. – 42,1 % [3].

В таблицах 1 и 2 показано распределение впервые выявленных ВПС между возрастными группами в РФ и ДВФО.

Таблица 1

**Первичная заболеваемость ВПС в РФ
(на 100 тыс. населения соответствующего возраста)**

Год	Первичная заболеваемость ВПС			Доля новых случаев ВПС, %		
	взрослые	дети 15-17 лет	дети до 14 лет вкл.	взрослые	дети 15-17 лет	дети до 14 лет вкл.
2004	4,5±0,06	81,7±1,01	193,4±0,8	10,3	11,3	78,3
2005	4,4±0,06	91,0±1,07	218,1±0,9	9,9	10,8	79,3
2006	4,9±0,07	100,8±1,1	252,9±0,9	9,7	9,7	80,6
2007	5,0±0,07	103,0±1,1	292,3±1,0	8,5	8,1	83,3
2008	4,7±0,07	110,5±1,2	324,6±1,06	6,9	7,3	85,8
2009	4,6±0,06	121,1±1,2	336,0±1,07	6,5	7,3	86,2
2010	4,4±0,06	126,1±1,3	355,1±1,1	5,8	6,6	87,6
2011	4,4±0,06	129,7±1,3	367,1±1,1	5,6	6,2	88,2
2012	3,6±0,06	123,2±1,2	374,5±1,1	4,5	5,5	90,0
2013	3,2±0,05*	122,7±1,2*	371,2±1,1*	4,0	5,4	90,6

Примечание. *p<0,01. Оценка статистической достоверности различий проводилась между показателями в 2004 и 2013 гг. (ДИ: 99,7 %) [3, 5, 6, 7].

За последние 10 лет отмечается достоверное снижение показателя первичной заболеваемости ВПС среди взрослого населения на 28,9 % (p<0,01), в то время как среди детей зарегистрировано повышение первичной заболеваемости ВПС в группе подростков 15-17 лет на 50,18 % (p<0,01) и среди детей до 14 лет включительно на 91,9 % (с 193,4 до 371,2 на 100 тыс. населения, p<0,01). Не исключено, что полученные данные связаны с улучшением качества и уровня более ранней диагностики в общем по стране за последние 10 лет.

Таблица 2

Заболеваемость ВПС в ДВФО (на 100 тыс. населения соответствующего возраста) [3, 5, 6, 7]

Год	Первичная заболеваемость ВПС			Доля новых случаев ВПС, %		
	взрослые	дети 15-17 лет	дети до 14 л вкл.	взрослые	дети 15-17 лет	дети до 14 лет вкл.
2004	н/д	н/д	201,4±4,38	16,3	13,2	70,5
2005	н/д	н/д	202,8±4,39	17,7	14,7	67,6
2006	н/д	н/д	263,4±5,00	15,6	9,7	74,7
2007	н/д	н/д	304,2±5,37	11,4	8,1	80,5
2008	8,1±0,40	128,4±8,22	343,8±5,71	9,7	7,7	82,6
2009	8,6±0,41	216,3±10,66	376,8±5,98	9,1	10,7	80,2
2010	9,8±0,44	172,8±9,53	386,9±6,06	10,3	7,6	82,1
2011	10,0±0,45	200,2±10,25	409,6±6,23	9,8	8,0	82,2
2012	9,6±0,44	187,0±9,91	374,0±5,96	10,0	7,6	82,4
2013	6,3±0,35*	110,2±7,61*	411,2±6,25*	6,4	4,3	89,3

Примечание. *p<0,01. Оценка статистической достоверности различий проводилась между показателями в 2004 г. (дети до 14 лет) и 2008 г. (дети 15-17 лет и взрослые) и показателями в 2013 г. (ДИ: 99,7 %).

По ДВФО наблюдается подобная же динамика показателей: среди взрослого населения снижение первичной заболеваемости с 2008 по 2013 гг. на 22,22 % (p<0,01), среди детей до 14 лет – повышение первичной заболеваемости ВПС более чем в 2 раза (p<0,01). Повышение же доли новых случаев ВПС среди под-

ростков (15-17 лет) на 67,42 % сопровождалось неоднозначной динамикой первичной заболеваемости в той же группе: равномерное повышение с 2004 к 2012 году на 45,64 % (p<0,01) и резкое снижение в 2013 г.: на 14,17 % в сравнении с 2004 г. С учетом общей динамики, вероятнее всего, показатель первичной заболеваемости среди подростков в 2013 г. связан с внешними причинами (в т. ч. изменение сроков и условий диспансеризации в разных возрастных группах, представленное в таблице 4: некоторое повышение в последние годы в группе детей 0-14 лет и значительное снижение в группе взрослых и детей 15-17 лет), что требует переоценки.

По данным Бокерия Л.А., Гудковой Р.Г. (2013 г.), максимальное превышение среднего показателя общей заболеваемости взрослого населения ВПС по ДВФО (более чем в 3 раза) сохраняется к 2013 г. в Республике Саха (Якутия). Наиболее высокие показатели общей заболеваемости ВПС среди подростков 15-17 лет отмечены в Амурской области (222,8 на 100 тыс. населения). Случаи ВПС у детей до 14 лет составили 73,2 % всех зарегистрированных случаев. Частота случаев с впервые установленным диагнозом ВПС у детей до 14 лет оказалась наиболее высока в Амурской и Магаданской областях (в 2-5 раз выше среднего). В возрастной группе 15-17 лет высокие показатели (превышение в 5 раз) сохранились в Амурской области. Среди взрослого населения первичная заболеваемость в Амурской области оказалась в 6 раз выше средней по стране, в Республике Саха (Якутия) – в 4,6 раза, в Камчатском крае – более чем в 3 раза. При этом значительное снижение новых случаев среди взрослых в ДВФО произошло именно за счет Якутии, Амурской области и Камчатского края [3].

В таблице 3 приведены показатели общей и первичной заболеваемости ВПС детей моложе 15 лет в РФ и ДВФО – основного контингента с данной патологией.

В целом в РФ наблюдается ежегодный прирост общей и первичной заболеваемости ВПС у детей младше 15 лет на фоне общей тенденции роста соответствующих показателей по ДВФО.

Необходимость и своевременность коррекции той или иной формы порока обусловлены рядом факторов, комплексная оценка которых возможна при проведении динамического диспансерного, наблюдения.

В таблице 4 приведены данные охвата диспансерным наблюдением детей до 14 лет включительно и населения с ВПС в целом (данные ЦНИИОИЗ МЗ РФ).

Таким образом, доля пациентов с ВПС, находившихся под диспансерным наблюдением в стране, в среднем несколько уменьшилась за последние 8 лет (2006–2013 гг.) на 11,73 %, в т. ч. детей моложе 15 лет на 6,12 %. По ДВФО эти показатели снизились незначительно: на 1,54 % и 1,24 % соответственно. Однако эти данные отражают лишь динамику количественной характеристики функционирования системы диспансеризации, оценить качество наблюдения не представляется возможным. При этом ведущие хирургические клиники страны отмечают несвоевременное направление пациентов в кардиохирургические стационары на первичную операцию коррекции порока или после первого (паллиативного) этапа коррекции порока на последующее вмешательство [3]. Данный факт, безусловно, снижает эффективность оперативного лечения. Ряд приведенных в литературе исследований подтверждает данное утверждение.

ВПС в Российской Федерации у детей моложе 15 лет [3, 5, 6, 7]

Год	Первичная заболеваемость	Общая заболеваемость	Общая заболеваемость	Первичная заболеваемость	Общая заболеваемость	Первичная заболеваемость	Первичная заболеваемость	Общая
	абсолютное число случаев в РФ		на 100 тыс. населения этого возраста в РФ		абсолютное число случаев ВПС в ДВФО		на 100 тыс. населения этого возраста в ДВФО	заболеваемость
2004	42 318	180 008	822,8±1,68	193,4±0,82	8 685	2 254	201,4±4,38	775,8±8,56
2005	46 214	193 964	915,2±1,77	218,1±0,87	8 940	2 200	202,8±4,39	824,1±8,82
2006	53 267	213 816	1 015,1±1,86	252,9±0,93	9 297	2 813	263,4±5,00	879,3±9,11
2007	60 955	230 902	1 105,8±1,94	292,3±1,00	10 027	3 175	304,2±5,37	958,1±9,51
2008	68 040	249 396	1 190,0±2,01	324,6±1,06	10 717	3 589	343,8±5,71	1 026,7±9,84
2009	70 861	265 198	1 248,2±2,06	336,0±1,07	12 200	4 917	375,3±5,97	1 160,8±10,45
2010	76 467	281 983	1 308,9±2,11	355,1±1,10	13 209	4 906	386,9±6,06	1268,1±11,92
2011	80 739	296 435	1 351,2±2,14	367,1±1,12	14 788	5 157	409,6±6,23	1 428,2±11,58
2012	84 155	305 614	1 361,3±2,15	374,5±1,13	14 334	3 945	374,0±5,96	1 360,0±10,30
2013	84 579	317 027	1 393,0±2,18*	371,2±1,13*	12 719	4 381	411,2±6,25*	1 194,1±10,60*

Примечание. * $p < 0,001$. Оценка статистической достоверности различий проводилась между показателями в 2004 и 2013 гг. (ДИ: 99,7 %).

Врожденные пороки системы кровообращения являются одной из причин инвалидности детского населения. В 2013 г. зарегистрировано более 24,3 тыс. детей, признанных инвалидами в связи с ВПС, из них 10 152 (41,8 %) в возрасте моложе 5 лет [3].

Врожденные пороки системы кровообращения по-прежнему являются одной из ведущих причин младенческой смертности в мире. Тем не менее, в РФ в последние 10 лет отмечается некоторое снижение младенческой смертности по основным показателям, представленным в таблице 6.

Таблица 4

Диспансеризация населения с ВПС
(соотношение лиц, находящихся под диспансерным наблюдением на конец соответствующего года, к числу всех зарегистрированных в лечебно-профилактических учреждениях ДВФО и РФ, %) [3, 5, 6, 7]

Год	Все население РФ	Взрослые и дети 15-17 лет РФ	Дети 0-14 лет РФ	Все население ДВФО	Взрослые и дети 15-17 лет ДВФО	Дети 0-14 лет ДВФО
2004	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
2005	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д
2006	75,9	5,6	70,3	64,9	0,5	64,3
2007	74,8	6,1	68,7	66,3	3,7	62,6
2008	74,4	6,6	67,8	68,1	10,4	57,7
2009	73,6	6,3	67,3	63,0	5,3	57,7
2010	68,3	0,8	67,5	57,8	1,3	56,5
2011	67,7	0,7	67,0	57,6	1,6	56,0
2012	66,7	1,4	65,3	56,8	1,7	55,1
2013	67,1	1,1	66,0	63,9	0,4	63,5

Таблица 5

Инвалидность детей, обусловленная ВПС, в РФ и ДВФО
(на 10 000 населения соответствующего возраста) [3, 5, 6, 7]

	Год	0-4 года	5-9 лет	10-14 лет	0-17 лет
РФ	2004	13,8	11,3	8,3	10,0
	2005	14,0	11,4	8,6	10,3
	2006	14,8	11,7	8,6	10,6
	2007	13,1	11,3	8,3	10,1
	2008	12,3	10,5	8,1	9,7
	2009	11,8	9,6	7,7	9,2
	2010	12,7	9,6	7,7	9,5
	2011	12,9	9,6	7,7	9,7
	2012	12,4	9,3	7,7	9,4
	2013	11,7	9,0	7,3	9,0
ДВФО	2009	16,0	12,5	9,6	11,8
	2010	16,0	11,1	9,5	11,6
	2011	16,8	11,0	9,5	11,9
	2012	16,2	11,0	8,8	11,7
	2013	15,1	9,9	8,0	10,5

Показатели, приведенные в таблице 5, свидетельствуют о снижении частоты случаев детской инвалидности, обусловленной ВПС, во всех возрастных группах как в целом по стране (0-4 года на 15,22 %, 5-9 лет – на 20,35 %, 10-14 лет – на 12,05 %, 0-17 лет – на 10,00 %), так и в ДВФО (на 5,63 %, на 20,8 %, на 16,67 % и 11,02 % соответственно возрастным группам, представленным в таблице 5), что, вероятно, связано с повышением уровня медицинской помощи, но требует проведения дальнейших исследований.

Среди отдельных субъектов ДВФО в 2013 г. наиболее высокие показатели инвалидности от ВПС сохранились в Республике Саха (Якутия) – 18,0 на 10 тыс. детского населения. Самые высокие показатели традиционно наблюдаются в группе детей 0-4 лет. Существенно выше среднего уровня инвалидность в этой группе в Республике Саха (27,6) и Сахалинской области (20,7) [3].

Младенческая смертность в Российской Федерации
(данные Росстата России) [3, 5, 6, 7]

Год	Абсолютное количество			На 10 тыс. родившихся живыми			% от всех умерших*		% умерших от ВПС в общем числе умерших от ПР*
	всего	ПР	ВПС	всего	ПР	ВПС	ПР	ВПС	
2004	17339	4199	1906	115,7	28,0	12,7	24,2	11,0	45,4
2005	16073	3948	1852	109,7	26,9	12,6	24,6	11,5	46,9
2006	15079	3615	1639	102,2	24,5	11,1	24,0	10,9	45,3
2007	14858	3600	1645	94,0	22,7	10,4	24,2	11,1	45,7
2008	14436	3486	1659	85,2	20,6	9,8	24,1	11,50	47,6
2009	14271	3568	1675	81,4	20,3	9,6	25,0	11,72	46,9
2010	13405	3245	1495	75,1	18,2	8,4	24,2	11,15	46,1
2011	13168	3226	1505	73,3	18,0	8,4	24,5	11,43	46,6
2012	16306	3491	1586	86,4	18,5	8,4	21,4	9,73	45,4
2013	15477	3285	1456	81,6	17,3	7,7	21,2	9,41	44,3

Примечание. * – проценты рассчитаны по абсолютным числам.

В целом по РФ за 10-летний период регистрируется снижение младенческой смертности на 29,47 % (в расчете на 10 тыс. родившихся живыми), от ПР в частности на 38,21 %, а также от пороков сердца и сосудов на 39,37 % и, соответственно, их удельного веса среди всех умерших от ПР на 2,42 %, а также среди всех причин смерти детей первого года жизни на 14,45 %. При этом доля умерших от ВПС в РФ за последние 10 лет в среднем составила 46,02 %, что соответствует данным российской литературы за предыдущий 10-летний период (по данным Осокиной Г.Г. и др., 2002 г., около половины всех смертей, обусловленных аномалиями развития [13]).

Таким образом, из эпидемиологических особенностей ВПС за период 2004–2013 гг. можно отметить следующее:

- повышение первичной заболеваемости, доли новых случаев ВПС по РФ среди детей в возрасте 0-17 лет включительно и снижение ее среди взрослого населения. Неоднозначная динамика показателей первичной заболеваемости в группе детей 14-15 лет по ДВФО при сопоставлении с общероссийскими данными в остальных возрастных группах и доли новых случаев ВПС среди подростков (14-15 лет);
- соответствие показателей общей заболеваемости в ДВФО и РФ и превышение общероссийских показате-

телей первичной заболеваемости в ДВФО (на 100 тыс. населения соответствующего возраста);

- недостаточный охват пациентов с ВПС диспансерным наблюдением (снижение доли пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением как в РФ, так и в ДВФО, более выраженное по ДВФО в группе взрослого населения и детей 15-17 лет к 2013 г.);

- снижение частоты инвалидности по РФ при сохранении ДВФО лидирующих позиций среди отдельных регионов РФ;

- снижение младенческой смертности по РФ в целом и от ВПС, а также их удельного веса среди всех причин смерти детей первого года жизни при сохранении доли умерших от ВПС в общем числе умерших от ПР в сравнении с предыдущим 10-летним периодом.

Снижение смертности и инвалидности от ВПС за 10 лет на фоне повышения первичной заболеваемости среди детей и подростков и снижение среди взрослого населения является опосредованной характеристикой улучшения выявляемости ВПС и качества медицинской помощи данной категории пациентов. Необходима оценка прогноза распространенности ВПС и определение реальной потребности их в оперативном лечении по стране и в регионах РФ.

Литература

1. Белозеров Ю.М. Детская кардиология. – М.: МЕД пресс-информ, 2004. – 600 с.
2. Богачева Е.В. Эпидемиология и профилактика врожденных пороков сердца у детей (на примере Омской области): автореферат дис. ... канд. мед. наук. – Омск, 2012. – 23 с.
3. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия. Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. Ежегодник, 2006-2013. – Москва: НЦССХ им. А.Н. Бакулева, 2007-2014.
4. Виноградов К.В. Врожденные пороки сердца у детей: распространенность и современное состояние проблемы. Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького // Журнал «Здоровье ребенка». – 2007. – № 6. – С. 9. – Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/3625> (дата обращения: 27.03.2015).
5. Заболеваемость населения России в 2006 г. Статистические материалы, часть II. Москва, 2007. – 172 с. // Demoscope.ru – № 321-322, 18 февраля – 2 марта 2008. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2008/0321/biblio04.php> (дата обращения: 20.02.2015).
6. Заболеваемость населения России в 2004–2005 гг. Статистические материалы. Москва, 2005–2006 // Mednet.ru – Режим доступа: <http://www.mednet.ru> (дата обращения: 20.02.2015).
7. Заболеваемость населения России в 2007–2013 гг. Статистические материалы. Москва, 2008–2014 // Mednet.ru – Режим доступа: <http://www.mednet.ru> (дата обращения: 20.02.2015).
8. Ким А.И., Бокерия Л.А., Подзолков В.П., Ильин В.Н., Туманян М.Р. Сердечно-сосудистые заболевания у новорожденных: кардиологические и хирургические проблемы // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2003. – № 12. – С. 77-80.
9. Кондратьев В.А. Врожденные пороки сердца до и после операции // Таврический медико-биологический вестник. – 2005. – Т. 8, № 2. – С. 76-82.
10. Медведев М.В., Алтынник Н.А. Нормальная ультразвуковая анатомия плода. – М., 2008. – 147 с.
11. Мутафьян О.А. Пороки и малые аномалии сердца у детей и подростков. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. – 480 с.
12. Осокина Г.Г., Абдулатипова И.В., Корсунский А.А. Структура заболеваемости и смертности у детей первого года жизни // Физиология и патология сердечно-сосудистой системы у детей первого года жизни / Под редакцией М.А. Школьниковой, Л.А. Кравцовой. – М.: ИД «Медпрактика», 2002. – С. 146-160.
13. Rosano A., Botto L.D., Botting B., et al. Infant mortality and congenital anomalies from 1950 to 1994: An international perspective // J. Epidemiology. Community Health. – 2000. – Vol. 54. – P. 660-666.

Literature

1. Beloserev Y.M. Pediatric Cardiology. – M.: MED Press Inform, 2004. – 600 p.
2. Bogachyova E.V. Epidemiology and prevention of congenital heart diseases in children (for example, the Omsk region): Author's abstract of PhD. – Omsk, 2012. – 23 p.
3. Bokeria L.A., Gudkova R.G. Cardiovascular surgery. Diseases and congenital anomalies of the circulatory

system. Yearbook, 2006-2013. – M.: Bakoulev Center for Cardiovascular Surgery, 2007-2014.

4. Vinogradov K.V. Congenital heart diseases in children: prevalence and state of the art. M. Gorky Donetsk National Medical University // Child Health. – 2007. – № 6. – P. 9. – Retrieved from: <http://www.mif-ua.com/archive/article/3625> (access date 03.27.2015).

5. Morbidity in Russian population in 2009. Statistical materials. – Moscow, 2007. – 172 p. – Demoscope.ru – № 321 – 322, 18.02 – 2.03.2008. – Retrieved from: <http://www.demoscope.ru/weekly/2008/0321/biblio04.php> (access date 02.20.2015).

6. Morbidity in Russian population in 2004-2005. Statistical materials. – M., 2005-2006. – Mednet.ru – Retrieved from: <http://www.mednet.ru> (access date 02.20.2015).

7. Morbidity in Russian population in 2007-2013. Statistical materials. – M., 2008-2014 // Mednet.ru – Retrieved from: <http://www.mednet.ru> (access date 02.20.2015)

8. Kim A.I., Bokeria L.A., Podzolkov V.P., Ilyin V.N., Tumanyan M.R. Cardiovascular diseases in newborns:

cardiological and surgical problems // Bulletin of the Russian Academy of Sciences. – 2003. – № 12. – P. 77-80.

9. Kondratiev V.A. Congenital heart diseases before and after the operation // Tauride Medical and Biological Bulletin. – 2005. – Vol. 8, № 2. – P. 76-82.

10. Medvedev M.V., Altynnik N.A. Normal fetal anatomy ultrasound. – M., 2008. – 147 p.

11. Mutaftan O.A. Defects and small heart abnormalities in children and adolescents. – SPb.: Publishing House SPbMAPO, 2005. – 480 p.

12. Osokina G.G., Abdulatipova I.V., Korsun A.A. The structure of morbidity and mortality in children of first year of life // Physiology and pathology of the cardiovascular system in infants / Edited by Shkolnikova M.A., Kravtsov L.A. – M.: Publishing House «Medpraktika», 2002. – P. 146-160.

13. Rosano A., Botto L.D., Botting B. et al. Infant mortality and congenital anomalies from 1950 to 1994: An international perspective // J. Epidemiology. Community Health. – 2000. – Vol. 54. – P. 660-666.

Координаты для связи с авторами: Богачевская Светлана Анатольевна – канд. мед. наук, зав. отделением функциональной и ультразвуковой диагностики Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, тел. 8-(4212)-78-06-31, e-mail: bogachevskayasa@gmail.com; Капитоненко Николай Алексеевич – д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ДВГМУ, тел. 8-(4212)-30-54-26, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru; Богачевский Александр Николаевич – врач сердечно-сосудистый хирург Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии, e-mail: bogachevskiy@gmail.com.



УДК 614.39

С.А. Богачевская¹, И.В. Пчелина^{1,2}, С.А. Скопецкая¹, В.Ю. Бондарь^{1,2}, А.Н. Богачевский¹

ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ АМБУЛАТОРНОЙ И СТАЦИОНАРНОЙ СЛУЖБ ПРИ ПОДГОТОВКЕ ПАЦИЕНТОВ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ «СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

¹Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 2в;

²Дальневосточный государственный медицинский университет, 680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел. 8-(4212)-76-13-96, e-mail: наука@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

Резюме

Российское здравоохранение отличается более высокими показателями обеспеченности населения врачами и больничными койками, при этом ресурсный потенциал системы здравоохранения используется с низкой эффективностью. Одной из причин низкой эффективности системы является удлинение сроков стационарного лечения за счет проблем взаимодействия амбулаторной и стационарной служб при подготовке пациентов на оперативное лечение. В статье представлены анализ дефектов направления пациентов на стационарное лечение в Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, г. Хабаровск по профилю «сердечно-сосудистая хирургия».

Ключевые слова: сердечно-сосудистая хирургия, высокотехнологичная медицинская помощь, дефекты подготовки пациентов.