RESEARCH JOURNAL OF TRAUMA AND DISABILITY STUDIES

Volume: 5 Issue: 03 | Mar–2026 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

Клинико-Анамнестическая Характеристика Детей Первого Года Жизни С Врождёнными Септальными Пороками Сердца

Худайназарова С.Р.[1], Зуфаров Ж.З.[2]
Ташкентский Государственный Медицинский Университет[12]

Аннотация: Актуальность: Врожденные пороки сердца являются одной из наиболее распространённых аномалий развития у детей и занимают ведущее место среди причин младенческой смертности. Первый год жизни представляет собой критический период, определяющий дальнейшее физическое и функциональное развитие ребёнка.

Цель исследования: Изучить клинико-анамнестические особенности течения врожденных пороков сердца у детей первого года жизни.

Материалы и методы: Обследовано 70 детей, из которых 50 составили основную группу с врожденными пороками сердца и 20 — контрольную группу здоровых детей. Оценивались клинические проявления, анамнестические данные, особенности течения беременности у матерей, антропометрические показатели и сопутствующая патология. Статистический анализ проводился с использованием критерия χ^2 при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты: Установлено, что наиболее распространённым видом врожденного порока сердца является дефект межжелудочковой перегородки (80%), тогда как дефект межпредсердной перегородки составил 20%. У большинства детей основной группы отмечалась хроническая внутриутробная гипоксия, а также высокая частота анемии и инфекционных заболеваний у матерей во время беременности. Клинически у детей наблюдались одышка при кормлении и повышенная заболеваемость респираторными инфекциями. Оценка антропометрических показателей выявила выраженные нарушения физического развития, включая белково-энергетическую недостаточность различной степени.

Выводы: Неблагоприятные факторы течения беременности играют значительную роль в формировании врожденных пороков сердца. Дети с данной патологией характеризуются нарушениями роста и развития. Ранняя диагностика и динамическое наблюдение являются ключевыми факторами профилактики осложнений и улучшения прогноза.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, дефект межжелудочковой перегородки, дефект межпредсердной перегородки, дети первого года жизни, факторы риска беременности, физическое развитие, питание

Актуальность:

По данным международного регистра врожденных пороков развития, врожденные пороки сердца (ВПС) являются самой распространенной группой аномалий развития у детей и остаются ведущей причиной смерти [4]. В настоящее время отмечается тенденция к увеличению числа и тяжести регистрируемых ВПС. Летального исхода и высокого процента инвалидности можно избежать, используя современные методы оперативной коррекции.

Volume: 5 Issue: 03 | Mar–2026 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

Современный уровень оказываемых оперативных технологий обеспечивает выживание детей практически со всеми дефектами и, как следствие, быстрый рост популяции детей и подростков с оперированными ВПС. Сроки проведения оперативного вмешательства определяются индивидуально исходя из тяжести состояния пациента, имеющихся нарушений гемодинамики, сопутствующей патологии [3].

Первый год жизни ребенка является этапом наиболее интенсивного развития, в ходе которого пациенты сталкиваются с нарушениями, ассоциированными с ВПС, что негативным образом влияет на физическое, психомоторное развитие, общее функционирование сердечно-сосудистой системы [5,6,7]. Оценка здоровья детей с ВПС именно в этот период роста и развития является одной из важнейших задач врача-педиатра. В какой мере задержке роста детей с ВПС способствуют нарушения практики вскармливания остаётся недостаточно изученным, в то время как многочисленные региональные и мультицентровые исследования выявили такие дефекты организации питания здоровых детей первого года жизни, как низкая частота и продолжительность грудного вскармливания, различные отклонения от рекомендуемых сроков и последовательности введения прикормов и др. [1,2]. В мировой педиатрии в последние годы принято выделять критический период для формирования здоровья ребенка и последующего здоровья взрослых первые 1000 дней жизни [8,9], в связи с чем научные исследования, затрагивающие закономерности роста и развития здоровых и больных детей грудного и раннего возраста, особенности их питания и социальной характеристики семей наиболее актуальны.

Таким образом, провести комплексную оценку здоровья у детей первого года жизни определило задачи настоящего исследования и сформулировало его цель.

Цель исследования:

Изучить клинико-анамнестические особенности течения врожденных пороков сердца у детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования.

В исследование было включено 70 детей первого года жизни. Основную группу составили 50 детей с врожденными пороками сердца, проходивших лечение в кардиоревматологическом отделении РИПИАТМ. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых детей. В ходе исследования оценивались: клинические проявления заболевания, анамнестические данные, особенности течения беременности у матерей, антропометрические показатели, наличие сопутствующей патологии.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов вариационной статистики. Количественные показатели представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения (M±SD), качественные — в процентах. Для сравнения показателей использовался критерий χ^2. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждения.

Volume: 5 Issue: 03 | Mar–2026 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

В ходе исследования было обследовано 50 детей основной группы с врождёнными пороками сердца. Среди них девочки составили 15 (30,0%), мальчики - 35 (70,0%). При анализе структуры врождённых пороков сердца установлено, что дефект межпредсердной перегородки (ДМПП) диагностирован у 10 (20,0%) детей, тогда как дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП) выявлен у 40 (80,0%) пациентов(диаграмма1).

Диаграмма 1

Структура врожденных пороков сердца у обследованных детей



Анализ анамнестических данных показал, что у 35 (70,0%) детей основной группы в перинатальном анамнезе отмечалась хроническая внутриутробная гипоксия плода, тогда как в сравнительной группе данный показатель составил 5 (25,0%).

При изучении течения беременности у матерей обследованных детей установлено, что анемия различной степени тяжести наблюдалась достаточно часто. Анемия I степени отмечалась у 4,0% матерей основной группы и у 40,0% матерей в сравнительной группе. Анемия II степени выявлена у 43 (86,0%) матерей детей основной группы и у 12 (60,0%) матерей сравнительной группы. Анемия III степени регистрировалась у 5 (10,0%) матерей основной группы, тогда как в сравнительной группе данная патология не выявлялась.

Дополнительно установлено, что у матерей детей основной группы достаточно часто выявлялись инфекционные и соматические заболевания во время беременности. Так, урогенитальные инфекции и положительный TORCH-тест были выявлены у 25% женщин, обострение хронических инфекционных заболеваний - у 35%. Острые респираторные вирусные инфекции в первой половине беременности перенесли 68,0% матерей. Угроза прерывания беременности на различных сроках отмечалась в 22% случаев, а гестоз - у 48,8% беременных. В сравнительной группе частота данных факторов была ниже. Положительный TORCH-тест выявлен у 18,3% матерей, обострение хронических инфекций - у 32,5%, перенесённые ОРВИ в первой половине беременности - у 48,0%, гестоз - у 24,0% беременных(таблица 1).

Volume: 5 Issue: 03 | Mar–2026 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

Таблица 1

Особенности течения беременности у матерей

Патология беременности	**Основная группа (%)**	**Контрольная группа (%)**
Хроническая внутриутробная гипоксия плода	70,0	25,0
Анемия беременных	86,0	60,0
TORCH-инфекции	25,0	18,3
Обострение хронических инфекций	35,0	32,5
ОРВИ в первой половине беременности	68,0	48,0
Гестоз	48,8	24,0
Угроза прерывания беременности	22,0	—

При анализе клинических жалоб у детей основной группы отмечено, что у большинства пациентов во время кормления наблюдалась одышка. Кроме того, дети данной группы часто страдали респираторными заболеваниями.

Оценка антропометрических показателей выявила значительные нарушения физического развития у детей основной группы. При анализе индекса массы тела установлено, что белково-энергетическая недостаточность (БЭН) средней степени наблюдалась у 41,8% детей, лёгкая степень - у 31,6%, тяжёлая степень - у 26,6%.

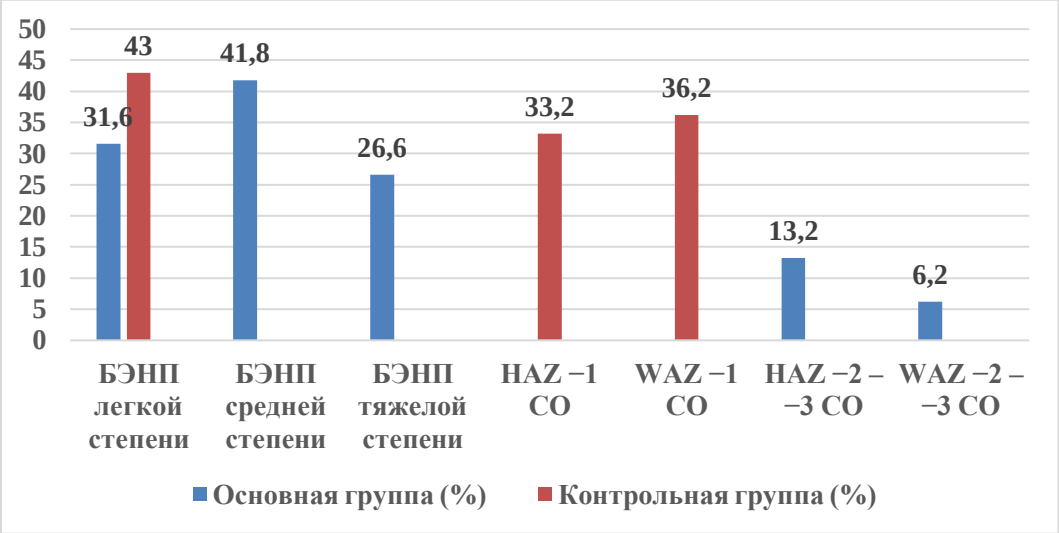
При оценке показателей роста отмечались отклонения по стандартным индексам. Показатель HAZ в диапазоне -2, -3 стандартных отклонений выявлен у 13,2% детей, показатель WAZ -2, -3 СО - у 6,2%. Кроме того, показатели в диапазоне -2, -1 СО составили 25,2% по WAZ и 26,6% по HAZ.

В контрольной группе выраженных нарушений питания выявлено не было. Средняя и тяжёлая степень белково-энергетической недостаточности не регистрировалась, однако лёгкая степень БЭН отмечалась у 43,0% детей. При оценке показателей роста у детей контрольной группы HAZ -1 СО составил 33,2%, а WAZ -1 СО - 36,2%(диаграмма 2).

Диаграмма 2

Антропометрические показатели детей,%

Volume: 5 Issue: 03 | Mar–2026 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds



Следует отметить, что темпы гармоничного физического развития ребёнка зависят от комплекса факторов, включающих как внешние условия среды, так и внутренние биологические особенности организма. Оценка морфофункционального развития детей является важным показателем состояния их физического здоровья и отражает качество жизни населения региона. Регулярное динамическое наблюдение за ростом и развитием ребёнка позволяет своевременно выявлять нарушения темпов развития и может служить важным диагностическим критерием для определения риска формирования различных заболеваний.

При инструментальном обследовании детей основной группы по данным электрокардиографии выявлены следующие изменения: гипертрофия левого желудочка - у 8 (16,0%) детей, гипертрофия правого желудочка - у 2 (4,0%) детей, блокада левой ножки пучка Гиса - у 1 (2,0%) пациента, блокада правой ножки пучка Гиса - у 2 (4,0%) детей.

По данным эхокардиографии недостаточность митрального клапана I степени диагностирована у 1 (2,0%) ребёнка, II степени - у 4 (8,0%) детей. Признаки недостаточности кровообращения IIA стадии выявлены у 7 (14,0%) пациентов, а недостаточность кровообращения IIA-IIБ стадии - у 3 (6,0%) детей.

В сравнительной группе по данным ЭКГ патологические изменения встречались значительно реже. Так, блокада правой ножки пучка Гиса выявлена у 2 (10,0%) детей.

Полученные результаты свидетельствуют о значительной роли неблагоприятных факторов течения беременности в формировании врождённых пороков сердца. Высокая частота внутриутробной гипоксии плода и анемии у матерей может способствовать нарушению нормального формирования сердечно-сосудистой системы плода и увеличивать риск развития врождённых кардиальных аномалий.

Выводы

Среди обследованных детей с врожденными пороками сердца наиболее распространенным диагнозом является дефект межжелудочковой перегородки (80%). У матерей детей с врожденными пороками сердца значительно чаще выявляются неблагоприятные факторы беременности, включая внутриутробную гипоксию, анемию и инфекционные заболевания.

Volume: 5 Issue: 03 | Mar–2026 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

У большинства детей основной группы наблюдаются нарушения физического развития различной степени выраженности. Раннее выявление факторов риска и динамическое наблюдение за детьми с врожденными пороками сердца являются важными условиями профилактики осложнений и улучшения прогноза заболевания.

Список литературы.

1. Батурин А.К., Конь И.Я. Питание детей раннего возраста. Москва: Медицина; 2010.
2. Васильева О.В. Особенности питания детей первого года жизни. *Вопросы современной педиатрии.* 2012;11(2):40–44.
3. Krasuski R.A., Bashore T.M. Congenital heart disease epidemiology in the United States. *Journal of the American College of Cardiology.* 2016;67(16):1934–1945.
4. Mozaffarian D., Benjamin E.J., Go A.S., et al. Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update. *Circulation.* 2016;133(4):e38–e360.
5. Nattel S., Harada M. Atrial remodeling and atrial fibrillation: mechanisms and implications. *Journal of the American College of Cardiology.* 2017;70(4):425–437.
6. Gaynor J.W., Stout K.K., et al. Neurodevelopmental outcomes in congenital heart disease. *Circulation Research.* 2017;120(6):960–977.
7. Bean Jaworski J.L., Flynn T. Developmental outcomes in infants with congenital heart disease. *Pediatrics.* 2017;139(5):e20163485.
8. Adair L.S., Fall C.H., Osmond C., et al. Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health. *Lancet.* 2013;382(9891):525–534.
9. Singhal A. Early nutrition and long-term cardiovascular health. *Nutrition Reviews.* 2013;71(1):S1–S4.
10. van der Linde D., Konings E.E., Slager M.A., et al. Birth prevalence of congenital heart disease worldwide. Journal of the American College of Cardiology. 2011;58(21):2241–2247.
11. Hoffman J.I.E., Kaplan S. The incidence of congenital heart disease. Journal of the American College of Cardiology. 2002;39(12):1890–1900.
12. Liu Y., Chen S., Zühlke L., et al. Global birth prevalence of congenital heart defects 1970–2017: systematic review and meta-analysis. Circulation. 2019;139(10):1149–1158.
13. Dolk H., Loane M., Garne E. Congenital heart defects in Europe. European Heart Journal. 2011;32(24):2995–3003.
14. Marino B.S., Lipkin P.H., Newburger J.W., et al. Neurodevelopmental outcomes in children with congenital heart disease. Pediatrics. 2012;126(6):1143–1172.
15. Reller M.D., Strickland M.J., Riehle-Colarusso T., et al. Prevalence of congenital heart defects in metropolitan Atlanta. Journal of Pediatrics. 2008;153(6):807–813.
16. Sable C., Foster E., Uzark K., et al. Best practices in managing transition to adulthood for adolescents with congenital heart disease. Journal of the American College of Cardiology. 2011;58(14):1387–1399.
17. Oster M.E., Lee K.A., Honein M.A., et al. Temporal trends in survival among infants with critical congenital heart defects. Pediatrics. 2013;131(5):e1502–e1508.
18.

Volume: 5 Issue: 03 | Mar–2026 ISSN: 2720-6866
http://journals.academiczone.net/index.php/rjtds

19. Peyvandi S., Latal B., Miller S.P., et al. The neonatal brain in congenital heart disease: a focus on injury and development. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. 2017;153(2):411–422.
20. Miller T.A., Zak V., Nicolson S.C., et al. Growth and nutritional status in infants with congenital heart disease. Pediatrics. 2016;137(2):e20153212.