



## ҚАЗАҚСТАН БАЛА КАРДИОЛОГИЯСЫ МЕН РЕВМАТОЛОГИЯСЫНЫҢ ПРОБЛЕМАЛАРЫ

**Б.Х.Хабижанов**

С.Д.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

Көптігіне және өлеуметтік мағыналарына қарап, жүрек-қантамырлар аурулары (ЖҚА) «Фасыр дерті» деп аталып кетті. ЖҚА мен күрес мәселелерінің сұрақтары көбейе түсуде, өйткені дүниедегі аурушаңдық пен өлім болжауларында алдағы онжылдықта олардың онан әрі арта түсетініне күмән жоқ.

ЖҚА мен ревматикалық аурулар мәселелерінің Қазақстанда да шешілмеген жерлері көп. Олай дейтініміз, елімізде тірі туған нәрестелердің 1000-нан 8-10 жыл сайын іштен біткен жүрек ақауларымен (ІБЖА) туады. Жүректің дамудағы кіші аномалияларының (аномальды орналасқан хорда, митралдық қақпақша пролапсы сияқты) жиілігі балалар арасында 12-18%. Артериалды гипертензия жиілігі мектеп жасындағы балаларда 2001 ж. (Абдрахманов Қ.Б.) 7,4 % болса, 2007-2009ж деректерінде (Телеутаева Е.Т.) 12,0%-дан жоғары. Артериалдық гипотензияның таралуы да 9,4% құрайды. Жүрек ритмі мен өткізгіштігінің бұзылыстары да өте жиі – 12-14%. Жүрек-қантамырлар ауруларының негізгі көпшілігінің қалыптасуына көп уақыт керек және олардың ағым жүрісі созылмалы және үдемелі болады, үлкен кісіндегі аурулардың көбінің басталатын кезі балалық, бозбалалық және жасөспірім шақта. Осы деректің өзі ЖҚА профилактикасы сол – бала кезден басталуы керек екенін көрсетеді, кейін кеш болады, осы туралы педиатрлар мен кардиологтар үнемі айтып келеді [1,2].

Шындықты көрсету керек, мемлекеттік және мекемелік шеңберде халыққа кардиологиялық көмек көрсетуді жетілдіру үшін елімізде көп шаруалар жасалуда және жасалады да. Осы ретте ҚР Үкіметінің 13.02.2007ж №102 қаулысының және «ҚР 2007-2009 жылдардағы кардиологиялық және кардиохирургиялық көмек Бағдарламасына» сәйкес барлық облыстар орталықтарында кардиохирургия бөлімшелері мен ангиография кабинеттері ашылды. Олар осы күнгі төртіпке сай керекті аппаратуралар және шетелдерде өзірліктер өткен мамандармен қамтамасыз етіледі. Осының өзімен Президентіміздің Халыққа Жолдауында айтылған – бұқара халыққа жоғары технологиялармен қамтамасыз етілген мамандандырылған кардиологиялық көмекті неғұрлым жақындату жұмысы жасалсын дегені - іске асты. Бар болғаны үш жыл ішінде революциялы қарғу жасалды, айқын алгоритмдер бойынша жедел болатын ми инсульті, жедел болатын қоранарлық синдром, жедел басталатын қантамырлар тромбозы бар ауруларға құнды көмек, емдер жасалуда. Тамырлар ішіне стент қою, сөйтіп, миокард инфарктісін болдырмауға және жалпы айтқанда тез дамидын қоранарлық синдромының асқынуларын болдырмауға мүмкіндіктер жасалды!

Бірақ, өкінішке орай, осы облыстарда баладағы ІБЖА мен ірі қантамырлар мүкістіктеріне жасалатын операциялар кемде-кем, тіпті оларды жасау жолдары меңгерілген жоқ. Әрине, күрделі кардиохирургиялық операцияларды нәрестеге бірден жасаудың қиын

екені түсінікті, бірақ онан сорлы балалар және солармен бірге қиналатын дәрігер, педиатрларға онан келетін жеңілдік жоқ. Өмірде жиі кездесетін шындық сияқты, ауруханалар мен олардың бөлімшелері үлкен кісілер мен балаларға бірге, аралас болса, бала денсаулығына деген көмек пен қамқорлықтар кейінге қалдырыла беретіні тағы да бір дәлелденді. Демек, бала кардиохирургиясымен кардиологиясы орталығы бөлек және дербес болуы қажет.

28.12.2007ж ҚР Үкіметі Жарлығымен 2008-2010 жылдарда ана мен бала өлімін азайту Бағдарламасы бекіген болатын. Осыған және басқа үкімдерге сәйкес, және ҚР Денсаулық сақтау Министрлігінің денсаулық сақтау ісінің Бірегей Ұлттық жүйесі Бұйрығы бойынша елімізде ана мен бала өмірін қорғау ісіне бөлінген финанс мөлшері бес есе артты. Осы ресурстардың белгілі пайызы бала кардиологиясы, кардиохирургиясы және бала ревматологиясын әрі қарай дамытуға жұмсалуды тиіс еді.

Көрсетіп айту керек, соңғы 10 жылдықтарда бала кездегі ЖҚА және ревматикалық патологиялардың ішкі құрылымы сипаты кәдімгідей өзгерді. Кардиологияда жүрек ритмінің бұзылыстары, жүрек пен оның клапандық аппаратының даму аномалиялары көбейіп кетті, ревматологияда дәнекер тінінің бүкіл денедегі және жүректегі дисплазиялары, ювенильді артриттер мен спондилоартропатиялар көбейді; керісінше ревматикалық қызба мен ревматизмнен болатын клапандар ақаулары сирек кездесетін болды.

Жоғарыда айтқандай ЖҚА құрылымының ішінде жүрек ритмінің бұзылыстарының орны үлкен. Олар тек қана көп таралғаннан емес, оның ішіндегі 15-20 пайызының ағымы созылмалы түрде болатыны алаңдатады. Оның өзі шамамен 5 жылдан кейін аритмогендік кардиомиопатия қалыптасуына, қан айналысының бұзылысына, мүгедектік пен кенет өлу қаупін жоғарылатады. Ал, аритмиялардың емі біздің елде негізінен қалыптасқан деуге болады, ол жайында тәжірибе бар және аритмияларды тиімді емдеудің ғылыми нәтижелері де жақсы. Солардағы деректер - баладағы жүрек аритмиясының көпшілігі нейровегетативті генезбен байланысты болады екен және кешенді, ішінде нейро-метаболикалық, ноотроптық, мембранстабилизациялау, сонымен қатар, тіндердегі зат алмасуын белсендіретін өсерлері бар дәрілерді бергенде емнен тиімді нәтиже болатыны анықталды [3]. Алайда, аритмиясы бар балалардың ішінде дәрілік терапияға көнбейтін жағдайлары кездеседі, осы тарапта оларға хирургиялық және радио-абляциялық ем тәсілдері немесе ритм көзін жөндейтін жасанды имплантация керек болады. Осы жағдайларда, әсіресе, толық атрио-вентрикулярлы блокадасы, синус торабының өлсіздік синдромының ауыр түрлері, өртүрлі дәрежедегі аритмогендік синкопалды жаман халдері бар балаларға кардиохирургиялық көмек



керек. Республикамызда осындай синдромдарды емдеудің мүмкіндігі әлі шешілмей тұр.

Бала кардиологиясын дамытуда мемлекеттік және салалық жетістік болып саналатын – ол соңғы жылдары облыстық бала ауруханаларын, ірі бала ауруханалары мен және олардың диагностика орталықтарын жаңа, толық информациялар беретін диагностика аппараттары - ЭхоКГ, эховозограф, ішкі ағзалардың УДЗ аппараттары, компьютерлік медициналық жүйелер, жүрек соғу жиілігі мен артериалдық қан қысымын тәулік бойына мониторингтейтін мүмкіндігі бар (холтер қондырғысымен) ЭКГ аппараттарымен қамтамасыз етілетіні. Осы бағытта бала кардиологиясы мен ревматологиясында ауруларды жүйелі түрде бақылаудың мүмкіншілігі орнады, ал, оның өзі тиімді емдеудің, аурулардың алдын алуын және реабилитациялаудың ең керекті жолы.

ЖҚА құрылымының ішінде ерекше орын алатыны, өздеріңізге белгілі - іштен біткен жүрек ақаулары. Жыл сайын елімізде 3000 төңірегінде ІБЖА бар нәрестелер туады, жалпы ІБЖА-мен операциялар жасалмаған балалар саны елімізде 5000-нан асады. Қазақстанның өз кардиохирургтары балалардың 1/3-не операция жасайды, Ресейде, Қырғызстанда және алыс шетелдерде 400-500-ге тарта операциялар жасалады. Операция жасалмаған ІБЖА-мен туған нәрестелердің 50 пайызы бір жасқа жетпей өледі. Айта кету керек, ІБЖА пайда болу жиілігі біздің елімізде басқа елдермен салыстырғанда жиі де сирек те емес. Ал, ІБЖА –мен туатын нәрестелердің санын азайтудың мүмкіншіліктері бар, олар – дер кезінде ІБЖА-ның пренаталды диагностикасы. Бұл жерде көп мәселе ЭхоКГ-мен дәл диагноз қоя алатын маманның біліктілігінде және де құрсақта жатқан нәрестелерді, яғни жүкті әйелдердің бәрін УДЗ-ден өткізуді ұйымдастыруға байланысты. Бір сөзбен айтқанда ІБЖА-ның құрсақшілік диагнозы - ақауларының түрлері ауыр нәрестелердің тууын азайтуға, сонымен қатар, ІБЖА-мен туған нәрестелерге хирургиялық операцияны ерте жасаудың бірден-бір жолы.

Бұрыңғы кездегідей, миокардиттер мен кардиомиопатиялар да бала кардиологиясының күрделі мәселелерінің бірі болып қалуда. Осыдан 10жыл бұрын кардиомиопатия диагнозы сирек және 100 000 бала ішінде 2-3 болса, енді қазір кардиомиопатияның дилатациялық және гипертрофиялық түрлерінің жиілігі 100 000 балаға 20-ға тең. Ал, оларды тиімді емдеу жұмысы дүние жүзінде әлі шешілмеген мәселе екені белгілі.

Балалардағы ревматикалық аурулардың проблемалары олардың көп екендігімен және мүгедектіктің ерте даму қауіпімен байланысты, ал осы ауруларға ерте диагноз қою әлі де оңай емес.

Өздеріңізге белгілі БҰҰ қолдауымен дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДСҰ) 2001-2010 жылдарды «Сүйек және буын ауруларымен күрестің 10 жылдығы (декадасы)» деп жариялады (Брундтланд Г.Х. 2000; Насонова В.А. 2000). Осылай жария етудің мақсаты үлкен ұйымдастыру шараларын іске асырудың жолы деп саналады, оның өзі: 1) тірек-қимыл аппаратының аурулары кез-келген жаста дамиды; 2) буындардың, дәнекер тінінің диффузды қабыну дерттері, олармен ауыратын адамдардың көбінде балалық және

жасөспірімдік шақта пайда болатыны; 3) инфекциялы емес созылмалы аурулардың ішінде ревматикалық дерттердің үлесінің көптігі.

«Декаданың» негізгі мақсаты – ревматикалық аурулармен ауыратын науқастарға ерте диагноз қою тәсілдерін, оларды емдеудің және өмір сапасын жақсартудың жолдарын іздестіру; осының ішінде проблеманың педиатриялық үлесі және де, әдейі көрсетілген.

«Декаданың» міндеттері:

1. Ревматикалық дерттердің олармен науқас адамдарға, олардың туыстарына келтіретін зардабын, дерттерді емдеудің қымбаттылығын және оңай еместігін қоғамның санамен түсінуі;

2. Ревматикалық аурулардың емдеу тактикасының және алдын алу жолдарын жақсарту қажеттігін, ол үшін бағыт алған, белсенді түрде ғылыми зерттеулерді жүргізудің қажеттігін қоғам санасына жеткізу.

Осыбір аурулар бала жасында жиі басталады және үлкен адамдардағы осындай патологияға қарағанда белгілі ерекшеліктермен сипатталады. Олар:

- аурулардың созылмалы және үдемелі ағымы;

- аурулардың үлкендерге қарағанда агрессивті түрде өтуі, өлім қаупі, әсіресе, аурулардың жүйелі түрінде кездесетін ауыртпалығы;

- 5-10 жыл ішінде ауыр түрдегі мүгедектіктің қалыптасуы;

- ауру баланың табиғи және жыныстық дамуда артта қалуы, оның сыртқы түрінің өзі-ақ құрдастарына қарағанда айырмашылығы бірден байқалатын кемістігі;

- көп жағдайда ғұмыр бойына созылатын мүгедектік, онымен қоса, ішкі өзіндік сезімін өне бойы жаралайтын психо-эмоционалдық травмалар;

- ерте қойылған диагноздың, адекватты жасаған емнің әжептәуір нәтижелер беретіні; үлкен кісілерге қарағанда балада мүгедектікті болдырмауға немесе оны азайту мүмкіншіліктерінің бар екендігі.

Дәнекер тінінің жүйелі ауруларының, ювенильдік артриттер мен атропатияның Қазақстанда кездесу жиілігі балалар мен жасөспірімдер арасында 0,2-0,3% құрайды, осы аурулардың біразы ауыр түрде висцериттермен ұштасып, бітуі екіталай болатыны анық, сондықтан да, осы кезде вирусологиялық, бактериологиялық және иммунологиялық зерттеу тәсілдерін, олармен лабораториялық диагноз қоюды әр облыста жетілдірудің және осы күнгі технологияларды енгізудің мәні зор мәселе. Осы жолда тиісті мақсаттың бірі ЮРА-тін емдеуде тиімді гендік инженерия және В-клеткалардың белсенділігін тоқтататын мабтера (Mabthera), актемра (Actemra®) сияқты дәрілерді бала ревматологиясының практикасына енгізу. Үлкен кісілерге тиімділігі өте жоғары болатын осы дәрілер балаларды емдеу үшін пайдалануға болады деген рұхсат жоқ. Алайда, Ресейде, Мәскеуде Бала денсаулығын қорғау ФО-да осы дәрілер бала ревматологиясында тиімді қолданылуда. Оған келісім рұқсат этикалық комитетпен реттелген.

Соңғы жылдарда бала жасындағы ревматология және кардиологиясының екеуіне бірдей проблема



- ол дәнекер тінінің диспластикалық синдромдары және жүрек тінінің дисплазиялары (митралды клапан пролапсы, аномалды орналасқан хорда, ашық овалды терезе, ұзын Евстахийев қалқаны, Вальсальва синустарының дилатациясы, аорталды клапандардың 2 жармалылығы және басқа). Осылар балаларда өте жиі кездеседі.

Г.М.Кульниязованың докторлық диссертациясындағы материалдарда Алматыдағы балаларда дәнекер тіндік диспластикалық синдром 67,4% жиілікпен, ал, оларға байланысты жүрек аномалияларының яғни, олардың висцералдық белгілерінің өзіндік үлесі 58,6% тең екені көрсетілген [4]. Ресей ғалымдары бұдан да жиі санды көрсетеді. Бұл синдромдар фибриногенездің генетикалық жолмен бұзылғанын, сонымен бірге сыртқы және висцералды даму аномалияларының көп түрлері барын көрсетеді. Осымен қатар, бұл ауруларда гомеостазистің өзі тіндік, ағзалық және бүкілденелік өзгерістермен сипатталады. Бұның негізі дәнекер тінінің құрылымы өзгерісіне, соның ішінде патологиялы коллагеннің тіндерде орналасуымен түсіндіріледі. Ал, дәнекер тінінің тіректік, трофикалық және қорғау-сақтау функцияларын атқаратыны өздеріңізге белгілі. Осы патологиялардың жүрек-қан тамырлар, вегетативтік нерв жүйесі және иммундық жүйелердің аралас патологиясы екені және олардың адаптивтік және компенсаторлық жүйелерді төмендететіні, әсіресе, өсерлерді ақыл-ойлау, физикалық және психологиялық ауыртпалықтарды жақсы көтермейтіндігімен сипатталады. Бұл аномалияларға уақытында диагноз қою, емдеу, жүйелі түрде сауықтыру және реабилитация жасау керек. Ол үшін әдейі жасалған алгоритмдер бар. Осындай балалардың өте көп екенін еске алып, бала емханалары және санаторийлерінің жанынан реабилитациялық орталықтар ашу керек. Ресейде осындай жұмыстар қарқынды жүргізілуде, мұндай кешенді шаралар балалардың психо-өлеуметтік адаптациясын, өмірінің сапасын жоғарылатуға және профессионалдық ориентация мен әскери борышын өтеуге жарамдылығын көтеруге пайдасы зор [4].

Педиатрияның кардиологиялық мәселелердің және бірі - баяғыдан белгілі - эссенциалдық артериалдық гипертензияның профилактикасы. Оның өзі үлкендерде ми инсультінің және жүректің ишемиялық ауруларының алдын алудың ең тиімді жолы екені белгілі. Алдын алудың ең тиімді кезі мектеп жасы, осы этапта бала алдында қауіпті факторлар қалыптасады, бірақ та олар әлі өдетке айналмаған, денсаулыққа зиянды жүрек-қан тамыр ауруларына итеретін стереотипі қалыптаспаған кез. Бұл проблема екінші қырымен, темекі тарту, наркомания, өнегесіз отбасылар әсері және де семіздік проблемасы,

онан пайда болатын метаболикалық синдромдармен ұштасады. Қазіргі кезде Алматыдағы мектеп жасындағы балалар арасында артық салмағы бар балалар 15% құрайды, ал біздің деректерге қарағанда осы балалардың яғни, семіздігі барлардың 1/3-де метаболикалық синдромның (гиперинсулинемия, қандағы глюкозаның жоғары деңгейі, гиперхолестеринемия, артериалдық гипертония ж.б.) толық, не толыққа жақын белгілері, кездеседі.

Қорытып айтқанда, Қазақстанда бала кардиологиясы мен ревматологиясының шешілмеген мәселелері жеткілікті. Оларды шешу үшін тап осы бала және жасөспірімдік кезде жасалатын привентивтік шаралар керек. Біріншілік медико-санитарлық көмек және жоғары технологиялық медициналық көмектер деңгейінде көрсетілетін медициналық ем профилактикалық шараларын жетілдіру жолдары төменде көрсетілгендей болуы тиіс. Олар:

- ІБЖА-на пренаталды диагноз қоюдың әдістерін енгізу және оларды жетілдіре түсу;

- жылына 300-350 жаңа туған және онан үлкен, жүрегінде ақауы бар балаларға, қауіпті аритмияларға, III дәрежелі АВ блокадаларға ж.б. операциялар жасай алатын тек қана балаларға арналған, дербес кардиохирургиялық және кардиологиялық орталықтарды ашу;

- эссенциалды артериалды гипертония (және гипотония) жүрек аритмиялары бар қауіпті топтарға жататын балалар үшін ЭКГ, пульс пен қан қысымын мониторингтейтін технологиясын ендірудің бағдарламасын құрастыру.

- ревматикалық ауруларға вирусологиялық, бактериологиялық және иммунологиялық диагноз қоюға мүмкіншілік беретін осы күнгі талаптарға сәйкес әдіс-тәсілдерді енгізу;

- балалардың ірі ауруханалары мен емханалары жанынан дәнекер тіні дисэмбриогенезі және жүрек, тірек-қозғалыс аппаратының аномалиялары бар және ювенильді артриттермен ауыратын балаларға арналған сауықтыратын реабилитациялау орталықтарын ашу;

- Қазақстанның бірегей информациялық торабында пайдалануға жарайтын кардиологиялық және ревматикалық науқастары бар балалардың регистрін құрастыру;

- ҚР ДС министрлігі бала кардиологиясы мен ревматологиясын жетілдіру шарасына арналған, бұйрық шығару, онда бала кардиологтары, кардиохирургтары және ревматологтарының штаттық жүктемелері көрсетілген.

Алда тұрған мәселелерді осы жолдармен шешу жаңа позитивті нәтижелерге жетуге мүмкіндік беретіні анық.

#### Әдебиет:

1. Абдрахманов Қ.Б. Қазақстанның үш регионының мектеп жасындағы балалар арасында артериальды гипер- және гипотензияның таралу жиілігі. Педиатрия және бала хирургиясы, 2001;1:31-34
2. Тулеутаев И.Т. ҚР мектеп жасындағы балалардағы артериалдық гипертензия. Докт...дисс....авторефераты, Алматы, 2010
3. Майтбасова Р.С. Баладағы жүрек ырғағының бұзылыстары. Вестник ЮКГМА, 2005;1-2:79-41
4. Кульниязова Г.М. Малые аномалии развития сердца. Здоровье семьи – XXI век. Сборник Международной научно-практической конференции, Таиланд, Бангкок, 2006;199-201