

I S S N 2 1 8 1 - 1 9 5 4 E I S S N 2 1 8 1 - 1 9 6 2

# YEVROSIYO PEDIATRIYA AXBOROTNOMASI

T I B B I Y I L M I Y - I N N O V A T S I O N J U R N A L

**ЕВРАЗИЙСКИЙ ВЕСТНИК ПЕДИАТРИИ**  
МЕДИЦИНСКИЙ НАУЧНО-ИННОВАЦИОННЫЙ ЖУРНАЛ

YEVROSIYO PEDIATRIYA AXBOROTNOMASI / ЕВРАЗИЙСКИЙ ВЕСТНИК ПЕДИАТРИИ



№1 (19)  
2024



**Главные редакторы:**

ДАМИНОВ Б.Т. (Ташкент)

ИВАНОВ Д.О. (Санкт-Петербург)

**Сопредседатели редакционной коллегии:**

АБЗАЛОВА Ш. Р. (Ташкент)

АИТОВ К.А. (Иркутск)

АЛЕКСАНДРОВИЧ Ю.С. (Санкт-Петербург)

АКИЛОВ Х.А. (Ташкент)

АЛИЕВ М.М. (Ташкент)

АМОНОВ Ш.Э. (Ташкент)

АРИПОВ А.Н. (Ташкент)

АШУРОВА Д.Т. (Ташкент)

БУЗРУКОВ Б.Т. (Ташкент)

ВАЛИЕВ А.Р. (Ташкент)

ГУЛЯМОВ С.С. (Ташкент)

ДАМИНОВА Ш.Б. (Ташкент)

ДУДАРЕВ М.В. (Россия)

Д.К. МУМИНОВ (Ташкент)

ЗАСЛАВСКИЙ Д.В. (Россия)

ИСКАНДАРОВ А.И. (Ташкент)

ИСКАНДАРОВА Ш.Т. (Ташкент)

ИСМАИЛОВ С.И. (Ташкент)

КАРИЕВ Г.М. (Ташкент)

МАДЖИДОВА Ё.Н. (Ташкент)

МУМИНОВ Д.К. (Ташкент)

МУМИНОВ Ш.К. (Ташкент)

НУРХОДЖАЕВ С.Н. (Ташкент)

ОХЛОПКОВ В.А. (Россия)

ПОДКАМНЕВ А.В. (Санкт-Петербург)

ПУЗЫРЕВ В.Г. (Санкт-Петербург)

РАХМАНКУЛОВА З.Ж. (Ташкент)

РАХМАТУЛЛАЕВ А.А. (Ташкент)

ФУЁНГ ЖИАО (Китай)

СОБИРОВ М.А. (Ташкент)

СОДИКОВА Г.К. (Ташкент)

СОХАЧ А.Я. (Ставрополь)

ТАДЖИЕВ Б.М. (Ташкент)

ТАШМУХАМЕДОВА Ф.К. (Ташкент)

ТАДЖИЕВ М.М. (Ташкент)

ТИМЧЕНКО В.Н. (Санкт-Петербург)

ХАИТОВ К.Н. (Ташкент)

ХАЙБУЛЛИНА З.Р. (Ташкент)

ХАСАНОВ С.А. (Ташкент)

ШАМАНСУРОВА Э.А. (Ташкент)

ШАМСИЕВ Ф.М. (Ташкент)

ШАРИПОВ А.М. (Ташкент)

ШКЛЯЕВ А.Е. (Россия)

ЮСУПАЛИЕВА Г.А. (Ташкент)

ЮЛДАШЕВ И.Р. (Ташкент)

ЭРГАШЕВ Н.Ш. (Ташкент)

Публикация рекламы на коммерческой основе. За правильность рекламного контента ответственность несет рекламодатель. Рекламодатели предупреждены редакцией об ответственности за рекламу не зарегистрированных и не разрешенных к применению Министерством здравоохранения РУз лекарственных средств и предметов медицинского назначения.

Рукописи, фотографии, рисунки не рецензируются и не возвращаются авторам. Авторы несут ответственность за достоверность и разрешение на публикацию излагаемых фактов, точность цифровых данных, правильность названий препаратов, терминов, литературных источников, имен и фамилий.

**ЕВРОСИЁ ПЕДИАТРИЯ АХБОРОТНОМАСИ  
ЕВРАЗИЙСКИЙ ВЕСТНИК ПЕДИАТРИИ**

Тиббий илмий-инновацион журнал.

Медицинский научно-инновационный журнал.

**Учредители:**

Ташкентский педиатрический  
медицинский институт и

Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет.

Зарегистрирован агентством информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан 08.05. 2019 г.

**Свидетельство №1023**

Журнал с 01.09. 2019 года включен в список иностранных журналов ВАК Республики Узбекистан. Протокол № 268/7 от 30.08. 2019 года.

**Заместители главного редактора:**

Гулямов С.С., Орел В.И.

**Ответственные секретари:**

Л.А.Титова, У.У. Абдуллаева

Заведующий редакцией: Абдуллаева У.У.

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

АЛИМОВ А.В. (Ташкент)

АСАДОВ Д.А. (Ташкент)

АТАНИЯЗОВА А.А. (Нукус)

АХМЕДОВА Д.И. (Ташкент)

БОРОНБАЕВА Р.З. (Нур-Султан, Казахстан)

ВАСИЛЕНКО В.С. (Санкт-Петербург, Россия)

ДАМИНОВ Т.О. (Ташкент)

ДЕВИЛ Д. (Рим, Италия)

ДЖУМАШАЕВА К.А. (Кыргизистан)

ИНОЯТОВА Ф.И. (Ташкент)

НАБИЕВ З.Н. (Таджикистан)

ОРЕЛ В.И. (Санкт-Петербург, Россия)

ПЕВЕЛЕЦ К.В. (Санкт-Петербург, Россия)

РИКАРДО С. (Вашингтон, США)

КРАСИВИНА Д.А. (Санкт-Петербург, Россия)

СТАРЦЕВ А.И. (Беларусь)

ТУЙЧИЕВ Л.Н. (Ташкент)

ЧОНГ ПЕНГ ЧУНГ (Сеул, Южная Корея)

ШАДМАНОВ А.К. (Ташкент)

ШАМСИЕВ А.М. (Самарканд)

ЭНВЕР ХАСАНОГЛУ (Анкара, Турция)

ЮЛДАШЕВА Н.Ю. (Великобритания)

ЯКОВЛЕВ А.В. (Санкт-Петербург, Россия)

**Адрес редакции:** Республика Узбекистан,  
г. Ташкент 100164, ул Богишамол, дом 223;

Тел: +998 71 260-28-57;

Факс: +998 71 262-33-14;

<https://tashpmi.uz/nauka/nauchnye-zhurnaly/zhurnal-evrazijskij-vestnik-pediatrii/>

## КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Исаханова Н.Х.

<https://orcid.org/0000-0001-5253-9807>

Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, Узбекистан Ташкент,  
ул. Богишамол, 223.

**Summary:** Congenital heart disease is the most common congenital anomaly, occurring in almost 1% of live births. Among birth defects, congenital heart disease is the leading cause of infant mortality. Most of the risk factors influencing the formation of congenital heart disease in the fetus are controllable, as evidenced by numerous studies. This highlights the importance of public health programs aimed at preventing further increases in the prevalence of congenital heart disease in the population. Currently, thanks to the progress that has been made through improved diagnostic and surgical techniques, there is a decrease in mortality rates. Currently, pediatric cardiac surgery is at the peak of its development in providing care to children with congenital heart disease. For a comprehensive study, it is necessary to consider the influence of family history, immunogenetic markers, unfavorable factors of history on the development of complications in the early postoperative period, the frequency of deviations in physical development, psycho-emotional and neurolinguistic spheres, and social adaptation in the long-term period.

**Key words:** Congenital heart defects, quality of life, physical activity, cardiac surgery

**Резюме:** Врожденный порок сердца является наиболее распространенной врожденной аномалией, которая возникает у почти 1% живорожденных. Среди врожденных дефектов врожденный порок сердца является ведущей причиной младенческой смертности. Большинство факторов риска, влияющих на формирование ВПС у плода, являются управляемыми, о чем говорят многочисленные исследования. Это подчеркивает важность программ в области общественного здравоохранения, направленных на предотвращение дальнейшего роста распространенности ВПС в популяции. В настоящее время благодаря прогрессу, который был достигнут за счет совершенствования диагностических и оперативных методик, наблюдается снижение показателей смертности. В настоящее время детская кардиохирургия проживает пик своего развития в рамках оказания помощи детям с ВПС. Для комплексного изучения надо рассмотреть влияние семейного анамнеза, иммуногенетических маркеров, неблагоприятных факторов анамнеза на развитие осложнений в раннем послеоперационном периоде, частоту отклонений в физическом развитии, психоэмоциональных и нейролингвистических сферах, социальной адаптации в отдаленном периоде.

**Ключевые слова:** Врожденный порок сердца, качества жизни, физический активность, кардиохирургия

**Rezyume:** Tug'ma yurak kasalligi eng keng tarqalgan tug'ma anomaliya bo'lib, tirik tug'ilgan bolalarning deyarli 1 foizida uchraydi. Tug'ma nuqsonlar orasida tug'ma yurak kasalligi chaqaloqlar o'limining asosiy sababidir. Xomilada tug'ma yurak kasalligining shakllanishiga ta'sir qiluvchi xavf omillarining aksariyati nazorat qilinishi mumkin, bu ko'plab tadqiqotlardan dalolat beradi. Bu esa aholi o'rtasida tug'ma yurak xastaliklari tarqalishining yanada oshishining oldini olishga qaratilgan sog'liqni saqlash dasturlari muhimligini ta'kidlaydi. Hozirgi vaqtda diagnostika va jarrohlik usullarini takomillashtirish tufayli erishilgan yutuqlar tufayli o'lim darajasi pasaymoqda. Bolalar kardiojarrohligi tug'ma yurak nuqsonlari bo'lgan bolalarga yordam ko'rsatishda rivojlanishning eng yuqori cho'qqisida. Keng qamrovli o'rganish uzoq muddatli davrda ijtimoiy moslashuv uchun oila tarixi, immunogenetik belgilar, erta operatsiyadan keyingi

davrdagi asoratlarning rivojlanishiga tarixning noqulay omillari, jismoniy rivojlanishdagi og'ishlar chastotasi, psixo-emotsional va neyrolingvistik sohalarda ta'sirini hisobga olish kerak.

**Kalit so'zlar:** Tug'ma yurak nuqsonlari, hayot sifati, jismoniy faollik, kardiojarrohlik

Врожденные пороки сердца (ВПС) в последние годы занимают лидирующие позиции по распространенности в сравнении с другими пороками развития у детей и остаются ведущей причиной их смерти [1].

Заболеваемость врожденными пороками сердца (ВПС) варьирует в широких пределах и составляет от 2–4 до 8–14 на 1000 [2, 3]. Несмотря на грандиозные успехи в кардиохирургии детства доля умерших от ВПС в группе всех причин в течение последних лет находится приблизительно на одном уровне и составляет 10%, среди которых 80% составляют дети до 1 года [3].

Несмотря на все новшества, произошедшие в кардиохирургии, дети, оперированные по поводу ВПС, страдают от заболеваний, причинами которых зачастую становятся нарушения кровообращения, возникающие после хирургических манипуляций, а также последствия порой длительной и агрессивной медикаментозной терапии. Все эти послеоперационные последствия влияют на неврологический статус, физическое и психосоциальное развитие детей, ухудшая их качество жизни в целом [4].

Согласно данным литературы, существуют различные мнения по поводу здоровья детей, перенесших кардиохирургическое вмешательство. Mussato K. A. с соавторами (2015) указывают на речевые нарушения после кардиохирургического вмешательства в 56 % случаев, 21 % детей имеют нарушения когнитивной функции. В современных научных публикациях показаны ассоциации некоторых генетических и иммуногенетических

маркеров с ВПС [5]. При этом не многочисленны работы, отражающие влияния на прогноз жизни вообще и ее качества всего комплекса неблагоприятных факторов, и их взаимообусловленности.

В качестве возможных причин отклонений в состоянии здоровья детей, оперированных по поводу ВПС, в современной медицинской литературе рассматриваются следующие: степень остаточных нарушений гемодинамики, объем оперативного вмешательства, длительность искусственного кровообращения и все больше доказательств о значении социальных факторов [6]. Появляются данные, свидетельствующие об ассоциации некоторых иммуногенетических маркеров с ВПС [7], однако их влияние на постнатальное течение врожденного порока интерпретируется неоднозначно.

В настоящее время детская кардиохирургия проживает пик своего развития в рамках оказания помощи детям с ВПС. Для комплексного изучения надо рассмотреть влияние семейного анамнеза, иммуногенетических маркеров, неблагоприятных факторов анамнеза на развитие осложнений в раннем послеоперационном периоде, частоту отклонений в физическом развитии, психоэмоциональных и нейролингвистических сферах, социальной адаптации в отдаленном периоде. Предполагаем, что дополнение комплекса диагностических исследований – социальный статус семьи, оценка качества жизни, исследование полиморфных вариантов генов иммунного ответа при медицинском наблюдении детей, перенесших

кардиохирургическое вмешательство, позволит повысить эффективность прогнозирования нарушений здоровья у пациентов детского возраста с ВПС.

В литературе широко обсуждаются остаточные гемодинамические нарушения, в том числе в отдаленном послеоперационном периоде, но нет сведений о том, какое влияние они оказывают на качество здоровья в целом и есть ли способы профилировать отклонения, если таковые имеются. Лечение ВПС сводится к медикаментозной терапии симптомов сердечной и дыхательной недостаточности, профилактике бактериальных осложнений, однако в большинстве случаев радикальным методом лечения является хирургическая коррекция порока сердца. Физическая активность – биологическая потребность организма, от которой зависят развитие, функциональные возможности и работоспособность ребенка [8]. Будучи устойчивым показателем онтогенеза, физическое развитие является глобальным маркером благополучия внутренней среды организма, и по его характеристике можно судить о состоянии внешних условий индивида [10]. Отставание в физическом развитии детей с ВПС устанавливается уже в периоде новорожденности. Низкая толерантность к физической нагрузке – еще один главный спутник врожденных пороков сердца, ведь выносливость таких пациентов, даже подростков, значительно снижена. Функциональный статус обычно зависит от статуса здоровья и, в свою очередь, влияет на качество жизни [10]. Однако после кардиохирургической коррекции есть все данные для восстановления физического функционирования таких детей [9]. В Европе реабилитация физического

компонента, как основной составляющей здоровья, занимает первое место [9, 10]. Mussato et al. провели исследование, согласно которому среди 59 детей, оперированных по поводу ВПС и прошедших программу реабилитации, вне зависимости от тяжести порока, уровень физического функционирования повысился до высоких уровней, что, в свою очередь, повлекло за собой повышение качества жизни в целом [9]. Увеличение толерантности к физической нагрузке влечет за собой повышение и психосоциального статуса ребенка [11]. Во внимание часто не принимается проблема психосоматических расстройств ребенка на фоне врожденной патологии [4]. Нельзя рассматривать личность ребенка, не учитывая психологической ситуации, связанной с болезнью [4]. Постоянно присутствующие ограничения качества жизни, проблемы в семье, школе вызывают психопатологические изменения личности. Зарубежные и отечественные исследования качества жизни пациентов в отдаленной послеоперационной природе показывают, что в их последующей жизни доминируют социально-психологические проблемы [6]. Для успешного выполнения лечебных задач представляется актуальным исследование эмоциональных реакций детей и подростков, длительное время страдающих ВПС [11]. Нейрокогнитивное развитие детей и подростков – мультидисциплинарная проблема педиатрии, неврологии, психологии, нейрофизиологии, нейрофармакологии и многих других направлений науки [11]. Когнитивная сфера генетически детерминирована, присуща каждому ребенку, существует как бы вне соматики, однако четко реагирует на состояние внутренних органов и систем и

взаимодействует с организмом ребенка и подростка [11]. Однако наличие и распространенность когнитивных нарушений у детей и подростков, перенесших кардиохирургическое вмешательство недостаточно учтены. Одной из главных когнитивных функций является речь. Чаще всего расстройства речи возникают в детском возрасте и зачастую могут быть связаны с сопутствующими соматическими заболеваниями, носящими в том числе хронический характер [10]. В тяжелых случаях речевых нарушений ребенок не только не может ясно и четко говорить сам – он плохо воспринимает и усваивает чужую звучащую речь, с трудом строит фразы и предложения, имеет ограниченный словарный запас. Это касается как активного словаря (осмысленно употребляемые в речи слова), так и пассивного (слова речи других людей, воспринимаемые на слух) [10]. Основным фактором риска дизонтогенеза речевого развития у детей с ВПС является нарушение церебрального кровотока с выраженным ограничением доставки кислорода как внутриутробно, так и после рождения [8, 9]. Кардиохирургическое вмешательство, которому подвергаются практически все дети с ВПС, также может стать пусковым механизмом в развитии когнитивных расстройств [10]. Искусственное кровообращение, применяемое в условиях гипотермии, может привести к микро- и макроэмболизации, которая, в свою очередь, ассоциирована с высоким риском интраоперационного повреждения центральной нервной системы или глобальной церебральной ишемии. Дети с цианотичными пороками, которые перенесли кардиохирургическое вмешательство после 1 года, также имеют высокий риск развития когнитивных

нарушений, ввиду наличия хронической гипоксемии [9].

Во всем цивилизованном мире дети относятся к числу наиболее важных ресурсов страны. Их благополучие, способности, знания и энергия определяют будущее государства в целом. Однако нередко слабое здоровье мешает детям приобретать новые знания и умения, необходимые для того, чтобы вырасти сознательными гражданами, способными вносить новый вклад в развитие и процветание общества [14].

Традиционно считается, что жизненный прогноз детей с ВПС зависит от характера порока, гемодинамических нарушений, сроков оперативной коррекции и наличия осложнений в послеоперационном периоде [15]. При этом данные о прогнозе качества жизни до настоящего времени противоречивы. Как известно, лечение ВПС включает патогенетическую медикаментозную терапию сердечной недостаточности, бактериальных осложнений и гипоксемии. Радикальным методом лечения является хирургическая коррекция анатомического дефекта. При этом во внимание часто не принимается проблема психосоматических расстройств ребенка на фоне врожденной патологии. Постоянно присутствующие ограничения в жизнедеятельности из-за болезни, измененный семейный уклад, сложности в детском саду и школе способствуют формированию психопатологических изменений личности ребенка. Последние в свою очередь могут оказывать влияние на результаты лечения и эффективность реабилитационных мероприятий [16]. Доказано, что у детей с ВПС часто определяется состояние психологической дезадаптации: тревожность, застенчивость, пассивность, замкнутость,

чувство собственной неполноценности [16]. Исследование психологического статуса при различных заболеваниях, в том числе и при ВПС, можно рассматривать в аспекте патологического влияния самого заболевания на особенности личности, которое формирует так называемый «порочный круг», когда патологически сформированные под влиянием заболевания личностные характеристики влияют на данное заболевание, усугубляя его течение [17]. Зарубежные и отечественные исследования качества жизни детей с ВПС в отдаленном послеоперационном периоде показывают, что в их последующей жизни доминируют социально-психологические проблемы [18]. Пациенты с ВПС, оперированные в раннем возрасте, даже при отсутствии нарушений гемодинамики слабее учатся в школе, менее устойчивы эмоционально и имеют больше сложностей в межличностных взаимоотношениях, чем их здоровые сверстники [18]. Для успешного выполнения лечебных и реабилитационных задач в настоящее время представляется актуальным исследование социально-психологических особенностей детей и подростков, страдающих врожденной патологией сердечно-сосудистой системы.

Лечение ВПС сводится к медикаментозной терапии симптомов сердечной и дыхательной недостаточности, профилактике бактериальных осложнений, однако в большинстве случаев радикальным методом лечения является хирургическая коррекция порока сердца. При этом часто во внимание не принимается проблема психосоматических расстройств ребенка на фоне врожденной патологии [19]. Согласно полученным результатам, более

низкие показатели качества здоровья встречались в группе детей, в семьях которых имелись различные неблагоприятные социально-экономические факторы. Среди таких детей даже в динамике трехлетнего наблюдения не встречалось «высоких» оценок здоровья, средний процент, согласно оценке анкетирования, был ниже, чем во второй группе, а большая доля детей так и осталась на «низком» уровне социально-психологического функционирования. При этом группы не отличались по сложности порока, но доля пациентов с повторными вмешательствами была больше в первой группе (10,8% против 2,8%). Важно отметить, что в целом среди детей с «очень низкими» показателями здоровья, наряду с пороками с более сложной анатомией (АВК, ТФ) оказались и дети с септальными дефектами, что, вероятнее всего, обусловлено осложненным послеоперационным периодом (имплантация ЭКС). По данным мировых исследований, несмотря на высокий клинический эффект кардиохирургического лечения, более половины детей с ВПС имеют низкие показатели социально-психологической адаптации, а более 80% – задержки в психологическом развитии [21,22]. При одинаковых и даже более сложных анатомо-гемодинамических характеристиках сердечных дефектов через год после оперативного вмешательства во второй группе остаточные гемодинамические нарушения нивелировались у большей доли пациентов в сравнении с первой группой. Скорее всего, это может быть обусловлено тем, что в первой группе отмечалось остаточное ремоделирование у пациентов с ТФ, ЧАДЛВ и двух детей с ДМЖП. При динамическом наблюдении

были выявлены дети, у которых ухудшились показатели социально-психологического функционирования. Это были пациенты, которым был имплантирован ЭКС в раннем послеоперационном периоде, и ребенок с ТФ, у которого по-прежнему сохранялись изменения по эхокардиографии в виде дилатации полостей. Остальные же дети по-прежнему сохраняли показатели здоровья на «очень низком» уровне. Таким образом, даже в отдаленном периоде на фоне нормализации внутрисердечной гемодинамики социальный и психологический компонент здоровья у детей продолжает страдать. В большей степени исследуемые компоненты здоровья оставались низкими и уменьшились у детей, имевших более сложную анатомию порока, что доказывает влияние самого порока изначально на послеоперационные результаты, в том числе в отдаленном периоде. Особенности раннего послеоперационного периода также оказывали влияние на отдаленные результаты кардиохирургического вмешательства. Полученные данные показывают, что дети, которым потребовалась имплантация ЭКС, в конечном итоге, на третьем году наблюдения остались в группе с «низкими» оценками функционирования качества жизни. Сопутствующая/фоновая патология также встречалась среди детей, психологический и социальный компонент здоровья которых был расценен как «низкий». Данное заключение направляет действия медицинских работников на максимальную компенсацию отклонений в состоянии других органов и систем (коморбидных состояний), показывает важность эффективного взаимодействия разных специалистов. За рубежом при

реабилитации пациентов с нервно-психическими нарушениями опираются на биопсихосоциальный, целостный или холистический подходы. К основным компонентам холистического подхода относятся: терапевтическая среда, тесное взаимодействие в междисциплинарной бригаде, сочетание медикаментозного, психосоциального и психотерапевтического воздействий, комбинирование индивидуального и группового лечения, изучение сохраненных и нарушенных функций, целенаправленные реабилитационные мероприятия, значимые для самого пациента, а также работа с семьями [22]. Важно отметить, что в обеих группах преобладали дети с «простыми» анатомическими дефектами – септальными пороками сердца, которые наиболее распространены среди всех ВПС [23]. Но даже несмотря на нормализацию внутрисердечной гемодинамики (остаточные нарушения присутствовали только у детей с более сложными пороками), социальный-психологический компонент качества жизни таких детей все равно продолжал страдать. При этом дети с такими изученными пороками, понятной детскому кардиологу и педиатру технологией ведения [24,25] на педиатрическом участке требуют пристального внимания, и их лечение не заканчивается только успешной кардиохирургической коррекцией дефектов.

Таким образом, несмотря на устранение основной причины заболевания – врожденного порока сердца, остается ряд факторов, которые продолжают оказывать неблагоприятное воздействие на здоровье ребенка. Поэтому получение новых данных о влиянии социальных, медицинских показателей, а также объема и кратности

оперативного лечения на состояние здоровья детей, оперированных по поводу ВПС, в том числе на их психокогнитивную адаптацию в отдаленном периоде, с другой стороны поможет осуществить комплексный подход к каждому ребенку.

Создавая программу реабилитации для детей, перенесших кардиохирургическое вмешательство, необходимо учитывать все компоненты здоровья, в том числе психосоциальное функционирование ребенка, и осуществлять на этой основе персонализированный подход в реабилитации.

### Литература

1. Войцехович Б.А. К вопросу о распространённости врожденных пороков развития. Проблемы социальной гигиены и здравоохранения. 2000;4:7-11
2. Володин Н.Н. Неонатологи: национальное руководство. М. ГЭОТАР-Медиа, 2009.848с
3. Карпова А.Л., Бокерия Е.Л., Николаева Т.Н., Спивак Е.М., Мостовой А.В., Марасина А.В. Скрининговые технологии выявления врожденных пороков сердца у новорожденных. Неонатология: новости, мнения, обучение 2016; 2: 40-49.
4. Кондратьев В.А. Врожденные пороки сердца до и после операции. Таврич. мед.-биол. вест.2005;8. (2):76-82.
5. Fahed A. C. et al., Генетика врожденных пороков сердца: стакан наполовину пуст 2013,
6. Feldmann M. et al, Когнитивная и исполнительная функции при врожденном пороке сердца: метаанализ. 2021
7. Любимова М.А., Черненко Ю.В., Панина О.С., Лаврова Д.Б. Неонатальный сепсис: клинический случай // Саратовский научно-медицинский журнал. 2013. Т. 9, № 1. С. 106–109.
8. Саперова Е.В., Вахлова И.В. Врожденные пороки сердца у детей: распространенность, факторы риска, смертность. Вопросы современной педиатрии. 2017;16(2):126- 133. <https://doi.org/10.15690/vsp.v16i2.1713>
9. Хабибуллина А.Р., Хайретдинова Т.Б. Роль родительского воспитания в формировании физической активности детей раннего возраста с врожденными пороками сердца. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2019;8(3):36-42. <https://doi.org/10.17802/2306-1278-2019-8-3-36-42>
10. Школьникова М.А., Бокерия Е.Л., Дегтярева Е.А., Ильин В.Н., Шарыкин А.С. Неонатальный скрининг с целью выявления критических врожденных пороков сердца. Методические рекомендации. М.: М-Арт, 2012; 36.
11. Gregory M.B., Prouhet P.M., Russel C.L., Pfannenstiel B.R. Quality of Life for Parents of Children with Congenital Heart Defect: a systematic review. J Cardiovasc Nurs 2018; 33(4); 363-371
12. Knowles R.L., Day T., Wade A., Bull C., Wren C., Dezateux C. Patient-reported quality of life outcomes for children with serious congenital heart defects. Archives of Disease in Childhood.2014;99: 413-419.doi:10.1136/archdischild-2013-305130
13. Murariu C, Negut A., Popescu M.I. Quality of life of children with

- congenital heart disease. *Acta Media Transilvanica*. 2015;20(3):28-31
12. Varni J.W. Scaling and Scoring of the pediatric quality of life inventory. *PedsQL 3.0 Cardiac Module*. Version 17;2017.40-46
14. Л.Н. Игишева, А.А. Аникеенко, С.А. Шмулевич, И.Н. Сизова. К вопросу комплексной оценке здоровья детей, оперированных по поводу врожденных пороков сердца. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. 2019; 8 (4S): 42-50. DOI: 10.17802/2306-1278-2019-8-4S-42-50
15. К вопросу комплексной оценке здоровья детей, оперированных по поводу врожденных пороков сердца / Л. Н. Игишева, А. А. Аникеенко (Румянцева), С. А. Шмулевич, И. Н. Сизова // *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. – 2019. – Т. 8, № 54. – С. 42–50.
16. Рябкина Н.Н., Шестакова В.Н., Ларионова О.В. Особенности социального анамнеза у детей, имевших оперативное вмешательство по поводу врожденного порока сердца. *Вестник Смоленской государственной медицинской академии*. 2010; 4:53–57.
17. Новиков Е.И., Карпов Е.А. Прогностические факторы неблагоприятного течения и исходов лечения врожденных пороков сердца у новорожденных. *Тюменский медицинский журнал*. 2018;20(1):9–10.
18. Knowles R.L., Day T., Wade A., Bull C., Wren C., Dezateux C. et al. Patient-reported quality of life outcomes for children with serious congenital heart defects. *Arch. Dis. Child*. 2014;99(5):413–419. DOI: 10.1136/archdischild-2013-305130.
19. Хайретдинова Т.Б., Хабибуллина А.Р. Реабилитационный потенциал детей, перенесших радикальную коррекцию септальных врожденных пороков сердца. *Медицинский вестник Башкортостана*. 2017;12(6):35–39.
20. Игишева Л.Н., Аникеенко А.А., Шмулевич С.А., Сизова И.Н. К вопросу комплексной оценки здоровья детей, оперированных по поводу врожденных пороков сердца. *Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний*. 2019;8(4S):42–50. DOI: 10.17802/2306-1278-2019-8-4S-42-50.
21. Lang R.M., Badano P.L., Mor-Avi V., Afilalo J., Armstrong A., Ernande L. et al. Recommendations for cardiac chamber quantification by echocardiography in adults: An update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging. *Eur. Heart J. Cardiovasc. Imaging*. 2015;16(3):233–271. DOI: 10.1093/ehjci/jev014.
22. Киселева М.Г. Психологическая реабилитация детей с ВПС младенческого возраста в период хирургического лечения. *Азимут научных исследований: педагогика и психология*. 2017;6(3(20)):300–302.
23. Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В. Критерии оценки эффективности психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2017;27(1):83–90.
24. Ионина О.С. Факторы, определяющие психологическое

- здоровье ребенка. Вестник Шадринского государственного педагогического университета. 2017;1(33):19.
25. Anikeenko A.A., Igisheva L.N., Danilchenko Y.V., Avdushkina T.V.
26. [s://doi.org/10.29001/2073-8552-2020-35-3-59-66](https://doi.org/10.29001/2073-8552-2020-35-3-59-66).

Social-psychological characteristics of children after radical correction of congenital heart disease. Siberian Journal of Clinical and Experimental Medicine. 2020;35(3):59–66. [http](http://doi.org/10.29001/2073-8552-2020-35-3-59-66)