

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

Ильина Н.А., Тетелютин Ф.К.

ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России», Ижевск, Россия (426034, Удмуртская республика, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281), e-mail: zirgan2@mail.ru

Проведен анализ течения беременности и родов у 687 женщин с врожденными пороками сердца, получавших прегравидарную подготовку в рамках созданной и существующей системы оказания специализированной помощи женщинам, страдающим врожденными пороками сердца, в БУЗ УР «РКЦ МЗ УР», в сравнении с 594 женщинами, не получавшими прегравидарную подготовку по разработанной и внедренной системе. Результаты исследования показали, что разработанная и внедренная система специализированной акушерской помощи больным с врожденными пороками сердца является эффективной формой диспансеризации, диагностики, прогнозирования и профилактики осложнений гестации, родов, позволяющей на основе комплексного исследования здоровья беременной формировать группы риска и выработать план ведения беременной с врожденными пороками сердца в любом триместре беременности, уменьшать количество осложнений родов.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, беременность, специализированная акушерская помощь.

IMPROVE SERVICE OBSTETRIC CARE FOR PREGNANT WITH CONGENITAL HEART DISEASE

Ilina N.A., Teteljutina F.K.

Izhevsk state medical academy, Izhevsk, Russia (42600, Izhevsk, street of Kommunarov, 281) e-mail: zirgan2@mail.ru

Analysis of pregnancy and labor in 687 women with congenital heart disease treated with pregravid preparation within the established and the existing system of providing specialized care for women suffering from congenital heart disease in the national clinical and diagnostic center compared with 594 women received training in the developed pregravid and implemented the system. The results showed that the system is developed and implemented a specialized obstetric care for patients with congenital heart disease is an effective form of medical examination, diagnosis, prognosis and prevention of complications of gestation, childbirth, allowing a comprehensive study on the basis of health risk pregnant women to form groups and develop a plan for pregnant women with congenital heart disease in any trimester of pregnancy to reduce complications of delivery.

Key words: congenital heart disease, pregnancy, specialized obstetric care.

Введение

В структуре заболеваемости населения Российской Федерации одно из лидирующих мест занимают болезни сердечно-сосудистой системы. Сердечно-сосудистые заболевания – наиболее часто встречающаяся группа экстрагенитальных заболеваний у беременных и одна из главных причин материнской летальности [6].

По данным А.Д. Макадаря (2002) [2], произошло значительное снижение частоты ревматических пороков сердца и увеличение количества врожденных пороков сердца (ВПС). Увеличение числа беременных с ВПС связано, в первую очередь, с увеличением продолжительности жизни этих пациенток, а также с повышением качества жизни. Во многом этому способствует своевременная диагностика, а также хирургическая коррекция в раннем возрасте [1]. До последнего времени распространенной врачебной тактикой были универсальные рекомендации любой женщине с ВПС предохраняться от беременности или как можно раньше ее прервать.

В условиях экономического спада и неблагоприятных тенденций в экологических и демографических процессах в России одной из актуальных задач для отечественного здравоохранения является совершенствование оказания медицинской помощи беременным с кардиохирургической патологией [2; 3].

Отсутствие единых подходов к оказанию акушерской помощи женщинам с ВПС обусловило актуальность настоящего исследования. Детальное изучение течения беременности у женщин с ВПС и новые организационные подходы к оказанию акушерской помощи должны способствовать значительному снижению риска неблагоприятных исходов как для матери, так и для плода.

Цель исследования

Изучить результаты течения беременности и родов у женщин с ВПС, наблюдавшихся на основе рациональной системы оказания акушерской помощи в условиях Бюджетного учреждения здравоохранения Удмуртской республики «Республиканский клиничко-диагностический центр Министерства здравоохранения Удмуртской республики» (БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР»).

Материалы и методы исследования

В соответствии с поставленными задачами под нашим наблюдением находилась 1281 женщина с ВПС, родоразрешенная в родильном доме № 6 БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» специализированном по сердечно-сосудистой патологии (клиническая база кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПП ГОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России) за период с 2008 по 2010 год.

В I группу наблюдения вошли 687 женщин с ВПС, получавших прегравидарную подготовку в рамках созданной и существующей системы оказания специализированной помощи женщинам, страдающим ВПС, в БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР», которые были разделены на 2 подгруппы:

- 1 подгруппа – 260 беременных, которым проведена хирургическая коррекция ВПС, из них были с ДМПП – 87, с ДМЖП – 34, с тетрадой Фалло – 12, с ОАП – 127;
- 2 подгруппа – 427 беременных, которым не проведена хирургическая коррекция ВПС, из них с ДМПП – 53, с ДМЖП – 9, с ОАП – 27, с ООС – 338.

Во II группу наблюдения вошли 594 женщины, не получавшие прегравидарную подготовку по разработанной и внедренной системе в БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР», было проведено такое же деление на 2 подгруппы:

- 1 подгруппа – 97 беременных, которым проведена хирургическая коррекция ВПС, из них с ДМПП – 30, с ДМЖП – 9, с тетрадой Фалло – 4, с ОАП – 54;

- 2 подгруппа – 497 беременных без хирургической коррекции ВПС, из них с ДМПП – 18, с ДМЖП – 27, с ОАП – 9, с ООС – 443.

Состояние кровообращения и стадии его недостаточности оценивались в соответствии с классификацией Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко.

Особенность существующей системы ведения беременных с ВПС на базе БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» заключается в том, что в ее рамках осуществлялось преемственное, специализированное, планомерное наблюдение беременных с ВПС. В основу подготовки положен трехэтапный принцип наблюдения: I этап – догоспитальный (детское кардиологическое отделение, подростковый кардиологический кабинет, женская консультация), II этап – госпитальный (поликлиника БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР», женское кардиологическое отделение и специализированный по сердечно-сосудистой патологии республиканский родильный дом), III этап – постгоспитальный (реабилитационный).

I этап – догоспитальный. Главная задача этого этапа – раннее выявление женщин с ВПС. Этому способствовало наблюдение и ведение девочек с ВПС с рождения в поликлинике и детском кардиологическом отделении БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР». Здесь осуществлялась углубленная оценка вида порока сердца, наличие сердечной недостаточности, тяжести течения и осложнений ВПС. Производилась по показаниям хирургическая коррекция ВПС и проводилась консервативная терапия. В возрасте 14 лет девочки передавались в амбулаторных условиях врачу-кардиологу подросткового кабинета. На этом этапе проводилось консультирование по методам контрацепции, и с 18 лет осуществлялась двойная диспансеризация кардиологом и акушером-гинекологом в условиях женской консультации БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР». Дальнейшее наблюдение и обследование в условиях женской консультации БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» позволяло решить вопрос профилактики нежелательной беременности и о возможности, вынашивания беременности, дородовом наблюдении.

II этап – госпитализация проводилась в женское кардиологическое отделение для беременных и дородовое отделение родильного дома. До 12 недель госпитализация осуществлялась с целью уточнения диагноза, решения возможности пролонгирования беременности и определения плана лечебно-профилактических мероприятий. В 26-32 недели беременности – период максимальной гемодинамической нагрузки проводилась оценка функционального состояния сердечно-сосудистой системы беременной с целью исключения нарастания сердечно-сосудистой недостаточности, оценивалось состояние внутриутробного плода, решался вопрос о дальнейшей акушерской тактике. При развитии акушерских осложнений госпитализация в дородовое отделение родильного дома проводилась по

показаниям в любом сроке беременности. Дородовая госпитализация с 36-38 недель беременности осуществлялась в специализированный акушерский стационар.

III этап – постгоспитальный (реабилитационный). Послеродовая реабилитация в условиях родильного дома с последующим наблюдением в женской консультации республиканского клинико-диагностического центра, где обеспечивалось сохранение соматического и репродуктивного здоровья, послеродовая контрацепция. При наличии сердечной недостаточности ФК III и более родильница переводилась в женское кардиологическое отделение или специализированное отделение БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР».

Средний возраст женщин I группы составил $25,7 \pm 5,3$, II группы $25,9 \pm 5,2$ года.

Результаты исследования и их обсуждение

Планомерная и долговременная прегравидарная подготовка женщин I группы с детских лет правильно мотивирует и настраивает женщин на планирование и вынашивание беременности, с чем связан высокий показатель ранней явки на учет в женскую консультацию. Не состоявших на учете по основному заболеванию в I группе не было, во второй таких пациенток было $3,2 \pm 1,4$ на 100 обследованных. Нами установлено, что женщины, наблюдавшиеся в БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР», встали на учет в женскую консультацию до 12 недель беременности в $93,8 \pm 0,9$ на 100 обследованных, что достоверно больше данного показателя во II группе, который составил $75,6 \pm 1,7$ на 100 обследованных ($p < 0,001$).

Большинству женщин I группы исследования хирургическая коррекция ВПС была проведена за 2 и более лет до настоящей беременности. Во II группе одной женщине с ДМПП коррекция порока проведена за 1 год до беременности. Из 253 пациенток I группы 201 (79,4%), из 53 пациенток II группы 31 (58,4%) – проведена хирургическая коррекция порока в детском и подростковом возрасте.

Достоверно большее число женщин с ХСН ПА в группе с корригированными ВПС в I группе наблюдения, только в этой группе констатирована с ХСН ПВ, менее выраженные изменения недостаточности кровообращения во II группе. Данное соотношение ХСН сложилось в результате нескольких лет работы системы оказания помощи женщинам с ВПС в БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР», что способствовало концентрации женщин с тяжелой сердечно-сосудистой патологией в данном учреждении.

При анализе репродуктивного анамнеза в I группе исследования преобладали первобеременные $43,3 \pm 1,8\%$ ($p < 0,001$) и повторнобеременные первородящие $21,0 \pm 1,5\%$ ($p < 0,001$), в сравнении с женщинами II группы, не наблюдавшимися в БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР», соответственно $33,3 \pm 1,9\%$ и $15,3 \pm 1,4\%$.

Сравнительная клиническая оценка течения гестационного процесса у женщин исследуемых групп показала, что у женщин с некорригированными хирургически ВПС достоверно чаще, чем в группах женщин после хирургической коррекции ВПС, диагностировались различные осложнения беременности.

Достоверно реже в I группе наблюдения течение беременности осложнялось угрозой прерывания беременности при корригированных ВПС и хронической гипоксией плода у женщин без хирургической коррекции ВПС ($p < 0,01$), что подтверждает медицинскую эффективность проводимой прегравидарной подготовки беременных с ВПС по системе, разработанной в условиях БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР». Достоверно чаще у женщин I группы наблюдалась хроническая гипоксия плода ($p < 0,01$) и ЗРП, однако изменения числа ЗРП у плодов женщин I группы достоверно не отличались от таковых у женщин II группы.

Обращает внимание, что у беременных с ВПС с декомпенсированным кровообращением (ХСН IIА-В) частота хронической гипоксии плода составила $35,2 \pm 3,3$, а ЗРП – $27,9 \pm 5,1$ на 100 обследованных, что достоверно чаще, чем у пациенток с ВПС с компенсированным кровообращением (ХСН 0-I). Указанные данные позволяют утверждать, что беременные с ВПС и наличием нарушения кровообращения IIА-В степени относятся к группе высокого риска по развитию хронической плацентарной недостаточности и ЗРП.

Проводимые исследования выявили статистически достоверное преобладание беременных с анемией в I группе исследования ($59,5 \pm 3,0$ на 100 обследованных), в сравнении с II группой ($47,3 \pm 5,1$ на 100 обследованных) ($p < 0,05$).

По данным многих исследований, женщины с ВПС лучше переносят роды через естественные родовые пути, оперативное родоразрешение рекомендуется проводить лишь по акушерским показаниям [4; 5]. Мы проанализировали исход беременности у всех пациенток, находившихся под нашим наблюдением. Беременность закончилась срочными родами достоверно чаще у женщин I группы. У беременных, наблюдаемых по созданной системе обслуживания в БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР», беременность в $94,9 \pm 3,4\%$ закончилась своевременным родоразрешением, что достоверно лучше по отношению к беременным, наблюдаемым в женских консультациях по месту медицинского обслуживания, где беременность закончилась срочным родоразрешением в $89,1 \pm 1,4\%$ ($p < 0,05$). Необходимо подчеркнуть, что в настоящем исследовании большинство беременных были родоразрешены при сроке доношенной беременности. Частота преждевременных родов в I группе наблюдения регистрировалась достоверно реже, чем во II группе наблюдения – $5,1 \pm 1,2$ и $10,9 \pm 1,7$ и на 100 обследуемых женщин соответственно ($p < 0,05$). Следует отметить, что во всех случаях у обследуемых нами женщин I группы срочные роды происходили в среднем в

сроке $38,4 \pm 1,2$ недели, а у женщин II группы – в сроке гестации $37,9 \pm 1,5$ недель. Преждевременные роды были в сроке гестации в 35-36 недель.

Роды у женщин, наблюдаемых по системе, внедренной в БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР», протекали более щадяще, с меньшим по длительности безводным интервалом. Достоверных различий в продолжительности родов у женщин исследуемых групп не выявлено ($p > 0,05$). Проведенный анализ течения родов показал, что у беременных I группы роды протекали более благоприятно в сравнении со II группой: реже отмечались аномалии родовой деятельности, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипотоническое кровотечение. Статистически достоверно реже аномалии родовой деятельности на 100 обследованных возникали в I группе без коррекции порока ($8,3 \pm 1,3$), в отличие от данной категории пациенток II группы ($12,5 \pm 1,4$) ($p < 0,05$). Мы не наблюдали преждевременной отслойки плаценты в I группе исследования, что также свидетельствует об эффективной работе гостипального этапа системы, созданной в БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР».

Как показал анализ способов родоразрешения у пациенток с ВПС, тактика ведения родов определялась индивидуально с учетом общего состояния пациенток, характера порока сердца и выраженности его клинических признаков, осложнений беременности и акушерской ситуацией. Наибольшее количество родоразрешений путем операции кесарева сечения приходилось на женщин с коррекцией ВПС I группы ($70,9 \pm 7,5$ на 100 обследованных) исследования, но в сравнении с этой подгруппой II группы ($79,6 \pm 5,7$ на 100 обследованных) достоверности данного различия мы не констатировали. Достоверность различий в показаниях к кесаревому сечению между I ($25,0 \pm 2,1$ на 100 обследованных) и II ($10,7 \pm 1,4$ на 100 обследованных) группами пациенток без коррекции порока ($p < 0,01$) свидетельствует о динамичном наблюдении пациенток в специализированном родильном доме № 6 БУЗ УР «РКДЦ МЗ УР» и своевременном решении вопроса о методе родоразрешения. В большинстве случаев женщины были родоразрешены по акушерским показаниям. Во всех случаях из показаний к оперативному родоразрешению со стороны сердечно-сосудистой системы явилась недостаточность кровообращения IIА или IIБ стадии с центральным венозным застоем в легких или с транзиторным застоем в печени.

Среди акушерских показаний к кесаревому сечению в I группе первое ранговое место занимал клинически узкий таз ($11,5 \pm 2,3$ на 100 обследованных), второе ранговое место – рубец на матке ($6,2 \pm 1,7$ на 100 обследованных), третье – миопия высокой степени ($4,6 \pm 1,5$ на 100 обследованных) и начавшаяся острая гипоксия плода ($4,6 \pm 1,5$ на 100 обследованных), далее в меньшем количестве неправильные положения плода ($3,6 \pm 1,3$ на 100 обследованных) и другие. Во II группе показания к кесаревому сечению распределились следующим образом: первое ранговое место – неправильные положения плода ($6,4 \pm 2,5$ на 100 обследованных),

второе ранговое место – рубец на матке ($6,1 \pm 2,5$ на 100 обследованных), третье – клинически узкий таз ($3,4 \pm 1,8$ на 100 обследованных), далее острая гипоксия плода ($2,5 \pm 1,3$ на 100 обследованных).

Поскольку родоразрешение путем операции кесарева сечения в экстренном порядке характеризуется более значительными техническими трудностями, высоким риском кровотечения и послеоперационных инфекционных осложнений, то нам представлялось интересным проанализировать частоту оперативных родоразрешений по экстренным показаниям. В I группе экстренных абдоминальных родоразрешений было выполнено $32,3 \pm 9,9$ на 100 обследованных, плановых – $67,7 \pm 4,5$ на 100 обследованных, во II группе, соответственно $34,4 \pm 6,3$ и $65,5 \pm 5,8$ на 100 обследованных. В обеих группах превалирует количество плановых оперативных родоразрешений, что свидетельствует о своевременности решения вопроса о показаниях к абдоминальному родоразрешению.

Выводы

Таким образом, разработанная, внедренная система специализированной акушерской помощи больным с ВПС является эффективной формой диспансеризации, диагностики, прогнозирования и профилактики осложнений гестации, родов, позволяющей в кратчайший срок на основе комплексного исследования здоровья беременной формировать группы риска и выработать план ведения беременной с ВПС в любом триместре беременности, уменьшать количество осложнений родов.

Список литературы

1. Барашнев Ю.И. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей. – М., 2004. – 560 с.
2. Беременность и врожденные пороки сердца / под ред. А.Д. Макацария, Н. Беленкова, А. Т. Бейлина. – М. : Руссо, 2001. – 416 с.
3. Борщев А.А. Контроль качества медицинской помощи как один из методов совершенствования работы акушерско-гинекологической службы / А.А. Борщев, Г.М. Перцева // Охрана здоровья матери и ребенка 2002 : матер. IV рос. науч. форума. – М., 2002. – С. 49-50.
4. Манухин И.Б. Беременность и роды у больных митральным пороком сердца / И.Б. Манухин, М.М. Шехтман, О.Б. Невзоров. – М., 2001. – 144 с.
5. Тетелютина Ф.К. Опыт ведения беременности и родов при пороках сердца / Ф.К. Тетелютина, Л.Ф. Шинкарева // Акушерство и гинекология. – 1990. – № 12. – С. 56-57.
6. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М., 2003. – 816 с.

Рецензенты:

Алексеев В.Б., д.м.н., профессор, заместитель директора по организационно-методической работе Федерального бюджетного учреждения науки «Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками здоровью населения», г. Пермь.

Падруль М.М., д.м.н., зав. кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета ГБОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им. академика Е.А. Вагнера» Минздравсоцразвития России, г. Пермь.