

Обзор литературы, обмен опытом

Ю.А. Трунова, С.Ю. Захарова

ОПЫТ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА, В ГОРОДЕ ЕКАТЕРИНБУРГЕ

ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава
Городской детский кардиоревматологический центр, МУ ДГБ №11

Резюме. В статье приведен пример организации в г. Екатеринбурге амбулаторного наблюдения за детьми, получившими радикальную хирургическую коррекцию врожденных пороков сердца (ВПС). Сложившаяся четырехуровневая система наблюдения пациентов, оперированных по поводу ВПС, позволяет эффективно контролировать состояние системы кровообращения, вовремя выявлять и проводить коррекцию возникших осложнений, проводить профилактику и реабилитацию.

Ключевые слова: дети, оперированный врожденный порок сердца, система амбулаторного наблюдения.

Болезни сердечно-сосудистой системы (ССС) занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости детей и подростков. На протяжении последних 10 лет в России отмечается стабильное увеличение числа детей с этой патологией [9]. Большую актуальность и медико-социальную значимость среди заболеваний сердечно-сосудистой системы имеют врожденные пороки сердца и магистральных сосудов, изначально являющиеся причиной ранней инвалидизации и смерти детей, особенно первого года жизни [1].

Во второй половине XX века наблюдалась тенденция к возрастанию частоты врожденных пороков сердца, особенно в развитых странах. Многие ученые связывают это с усилением воздействия на человека неблагоприятных факторов окружающей среды (химических, физических, биологических тератогенов), которые, действуя на организм плода, вызывают формирование пороков развития.

Среди всех врожденных дефектов врожденные пороки сердца являются самыми распространенными. Врожденные пороки сердца (ВПС) наблюдаются с частотой 8 на 1000, или 1 на 125 живорожденных новорожденных [1]. В нашей стране рождаемость детей с ВПС колеблется от 7 до 17 человек на 1000 живорожденных [4].

ВПС при естественном течении могут служить причиной высокой смертности детей, особенно в первые месяцы жизни. При отсутствии адекватной, в первую очередь, хирургической помощи, к 1 году доживают не более 1/4 больных, 1/2 из которых находится в крайне тяжелом состоянии [5]. В настоящее время практически для всех ВПС разработаны те или иные корректирующие операции, которые позволяют спасти или продлить жизнь ребенку. Возможность и успех их выполнения сегодня определяется исключительно вопросами организации и обеспечения детской кардиологической и кардиохирургической служб. За минувшие 10 лет произошли новые качественные изменения в развитии сердечно-сосудистой хирургии, что способствовало существенному улучшению результатов лечения и

увеличению продолжительности жизни у ранее неоперабельных больных, особенно у новорожденных и грудных детей [4]. В клиническую практику внедряются лазерная техника, стенты и другие приспособления для поддержания геометрии сосудов, радиочастотная абляция. Благодаря развитию рентгенохирургии произошла интеграция традиционной сердечно-сосудистой хирургии и интервенционной кардиологии. Ежегодно в России число больных, которым была проведена хирургическая коррекция ВПС, увеличивается на 7-12%. Несмотря на все успехи современной кардиохирургии, ни одна операция на сердце не может быть выполнена без определенной степени риска, даже если "успех" ее в послеоперационном периоде подтверждается нормальными анатомическими, физиологическими и электрокардиографическими данными [6].

В будущем с развитием диагностических и хирургических технологий, эти проблемы, возможно, будут предупреждаться во время операции. С другой стороны, природа порока может быть таковой, что резидуальная патология не может быть откорректирована или радикальная операция не оправдана вследствие высокого риска. Иногда порок может персистировать и после безусловно проведенной операции, которая обеспечивает успех в большинстве случаев, причем предсказать такой исход не представляется возможным. Дети с ВПС нередко имеют остаточные дефекты, которые являются незначительными и не влияют на отдаленный исход хирургической коррекции. Но у ряда пациентов имеются более серьезные остаточные дефекты или из-за плановой поэтапной хирургической коррекции, или из-за неполного успеха первоначальной операции. Могут возникать рецидивы пороков, такие как стеноз или недостаточность клапана, обструкция анастомоза или рецидив коарктации аорты. Аритмии – еще одна из частых проблем, которая встречается у детей в послеоперационном периоде. По данным ряда авторов [7, 10], до операции нарушения ритма сердца и проводимости выявлялись у 19-23% больных с ВПС, а после хирургической коррекции порока – у 42-67% детей. Частота и характер нарушений зависели от способа хирургического доступа и у некоторых детей они сохранялись в течение 7-12 лет.

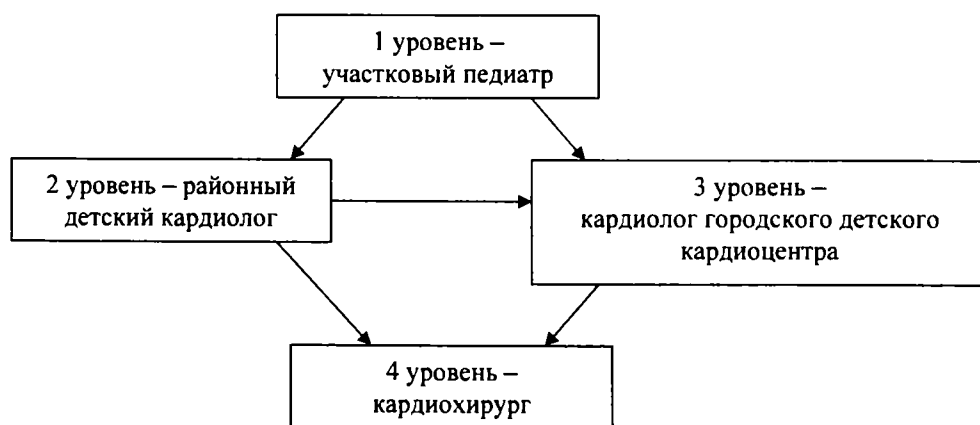
На современном этапе развития педиатрической кардиологии одной из актуальных проблем, наряду с вопросами ранней диагностики, своевременной коррекции и совершенствования методов оперативного лечения врожденных пороков сердца у детей, является изучение отдаленных исходов и прогноза у оперированных пациентов.

Ряд авторов [3, 5] считают, что различия в исходе болезни и прогноз напрямую зависят как от вида ВПС, так и от возраста, в котором порок устранен. В настоящее время исход ВПС также зависит и от способа устранения дефекта, т.к. широко внедряются в сердечно-сосудистую хирургию малоинвазивные методики, которые позволяют делать операцию, не прибегая к искусственному кровообращению. При отсутствии общепринятых стандартов для описания исхода, оперированного ВПС, большинство исследователей применяют такие показатели, как клинические проявления, функциональный статус, инструментальные данные [5]. Критериями эффективности диспансеризации и реабилитации детей, прооперированных по поводу ВПС, считаются отсутствие жалоб, клинических симптомов декомпенсации, клинических и лабораторных признаков текущего инфекционного эндокардита, исчезновение или значительное уменьшение шумов порока, нормализация

системного и легочного давления, исчезновение или значительное уменьшение электрокардиографических (ЭКГ) и эхокардиографических (ЭХО-КГ) признаков гипертрофии миокарда, исчезновение нарушений ритма сердца и проводимости, хорошая переносимость обычных физических нагрузок. [5, 11]. Но ребенок с оперированным (травмированным) сердцем, даже при отличном исходе операции, не может быть приравнен к здоровому ребенку. Дети с оперированным сердцем всегда считаются угрожаемыми по развитию септического эндокардита, различных нарушений ритма сердца и проводимости, они менее толерантны к физическим и психоэмоциональным стрессорным перегрузкам [6]. Поэтому вопрос снятия с диспансерного учета пациента, перенесшего корригирующую хирургическую операцию по поводу ВПС, остается открытым.

В г. Екатеринбурге ежегодно выявляется более 150 больных с ВПС, среди которых лишь 40% составляют гемодинамически незначимые ДМЖП и другие аномалии сердца. Остальные требуют динамического наблюдения и хирургической коррекции. С 2004 года на базе областной клинической больницы №1 г. Екатеринбурга функционирует детское кардиохирургическое отделение, в котором теперь оперируются дети со сложными ВПС с периода новорожденности. Это значительно приблизило кардиохирургическую помощь к нуждающимся в ней пациентам. Ожидается, что группа пациентов, перенесших операции по поводу ВПС, будет увеличиваться примерно на 5% в год. Все большее количество детей с ВПС, еще несколько лет назад считавшимися фатальными, выживают благодаря прогрессу медикаментозного и хирургического лечения. Таким образом, встает вопрос о дальнейшем наблюдении детей, оперированных по поводу ВПС.

В г. Екатеринбурге организовано амбулаторное наблюдение этой категории пациентов на 4 уровнях.



1 уровень – наблюдение на педиатрическом участке по месту жительства. На этом этапе осуществляется контроль соматического статуса, физического развития, вакцинопрофилактика, профилактика респираторных заболеваний, инфекционного эндокардита, проведение реабилитационных мероприятий (ЛФК, массаж, физиотерапия).

2 уровень – диспансерное наблюдение оперированных детей районным детским кардиологом. Оно включает в себя: ежеквартальный контроль соматического и

кардиологического статуса, проведение и анализ данных клинико-инструментальных и лабораторных методов обследования (ЭКГ, ОАК, ревмопробы), назначение медикаментозной терапии, решение вопросов, касающихся возможности посещения дошкольных учреждений, определение физкультурной группы в школе. Районным кардиологом также проводится оформление документов на медико-социальную экспертизу.

3 уровень наблюдения детей, оперированных по поводу ВПС, осуществляется на базе городского детского кардиоревматологического центра 11 ДГБ (ГДКРЦ), где организован целевой консультативный прием детского кардиолога. Уровень предусматривает проведение высокотехнологичных инструментальных методов исследования – доплер ЭХО-КГ, УЗДГ магистральных сосудов, ЭКГ с функциональными и лекарственными пробами, холтеровское мониторирование ЭКГ, велоэргометрия, суточное мониторирование АД. Углубленное обследование позволяет контролировать основные параметры ССС с целью исключения или выявления возможных осложнений в раннем/позднем послеоперационном периоде.

4 уровень наблюдения детей с оперированными ВПС – это амбулаторное наблюдение в кардиохирургическом центре в различные сроки послеоперационного периода (от 1 до 2 посещений в год). Оно включает оценку эффективности оперативного лечения, выявление осложнений, решение спорных вопросов диагностики, направление пациентов на повторное оперативное лечение в условиях детского кардиохирургического отделения. Направление на 4 уровень наблюдения осуществляется со 2 и 3 уровней планоно или при выявлении неотложных показаний.

В течение 5 лет мы регулярно наблюдали 113 детей, от 1 месяца жизни до 18 лет, оперированных по поводу ВПС, имеющих недостаточность кровообращения от 0 до 2А ст. Наблюдение осуществлялось на 3 уровне, на консультативном приеме детского кардиолога ГДКРЦ. Кратность наблюдений составляла от 1 до 6 посещений в год, в зависимости от срока послеоперационного периода и степени сердечной недостаточности. Консультативный прием включал оценку и контроль кардиологического статуса, при необходимости дети направлялись на инструментальные обследования. Проводилась оценка полученных результатов, назначение или коррекция медикаментозной терапии. Всем пациентам рекомендовалась кардиометаболическая терапия курсами 2 раза в год (элькар, кудесан, предуктал). Дети, требовавшие стационарных технологий наблюдения и лечения, направлялись на госпитализацию в специализированное кардиологическое детское отделение. За 5 лет нашего наблюдения повторное оперативное вмешательство по поводу ВПС потребовалось 5 пациентам со сложными, комбинированными пороками, в связи с прогрессированием сердечной недостаточности. Остальные дети не имели утяжеления состояния и нарастания степени недостаточности кровообращения. Всем пациентам старше 7 лет, при отсутствии противопоказаний, проводилась велоэргометрия (ВЭМ) для определения толерантности к физическим нагрузкам. Нередко педиатры и районные кардиологи необоснованно отстраняют оперированных детей от физкультуры, занятий в спортивных секциях. Внедрение ВЭМ в систему наблюдения позволило дифференцированно подходить к вопросу их физической активности. С момента организации в ГДКРЦ целевого наблюдения

детей оперированных по поводу ВПС, г. Екатеринбурге в рамках медико-социальной экспертизы 3 уровень наблюдения введен как обязательный этап освидетельствования состояния ССС. Наряду со стандартными методами обследования детям школьного возраста проводится изучение качества жизни.

Заключение. Четырехуровневая уровневая система наблюдения за детьми с оперированными ВПС, организованная в г. Екатеринбурге, позволяет эффективно контролировать состояние здоровья данной категории пациентов, вовремя выявлять и проводить коррекцию возникших осложнений, проводить профилактику и реабилитацию. Учитывая промежуточные результаты проводимого в настоящее время исследования качества жизни детей, оперированных по поводу ВПС [6], представляется целесообразным в комплексной оценке состояния ребенка, наряду с объективными методами, использовать субъективную оценку пациентом своего состояния с помощью специальных опросников.

Список использованной литературы

1. Белозеров Ю.М. Детская кардиология.-М. Медпресс-Информ., 2004, 597 с.
2. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б., Болезни сердца и сосудов у детей//Руководство для врачей в 2 томах. - М.: Медицина, 1987, 918с.
3. Белоконь Н.А., Подзолков В.П. Врожденные пороки сердца.- М.:Медицина, 1991. 350 с.
4. Бокерия Л.А. //Вестник Российской академии медицинских наук. N 11, 2003, С. 10 – 16.
5. Бураковский В.И., Бухарин В.А., Подзолков В.П. и др. Врожденные пороки сердца//В кн.: Сердечно-сосудистая хирургия/Под ред. Бураковского В.И. и Бокерия Л.А. - М.:Медицина, 1996, 768 с.
6. Дегтярева Е.А. Значение нехирургических факторов в улучшении результатов хирургического лечения врожденных пороков сердца. Автореф. дис. докт. мед. наук. М., 1996.
7. Мутафьян О.А. Врожденные пороки сердца у детей.- СПб.: «Невский диалект», 2002.- 331с.
8. Трунова Ю.А., Захарова С.Ю. //Уральский медицинский журнал, № 4(44), 2008, С. 63-66.
9. Школьникова М.А. // Вестник аритмологии, №18, 2000, С. 15-19.
10. Balaji S, Johnson T, Sade R, et al: Management of atrial flutter after the Fontan procedure. J Am Coil Cardiol 23:1209-1215, 1994.
11. Bellinger D, Rappaport L, Wypij D, et al: Patterns of developmental dysfunction after surgery during infancy to correct transposition of the great arteries. J Dev Behav Pediatr 18:75-83, 1997.