

Казачкова Э.А., Воробьев И.В.

Организационные и медицинские технологии оптимизации прегравидарной подготовки у женщин с пороками сердца

Кафедра Акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск

Kazachkova E.A., Vorobyev I.V.

Organizational and medical technologies for the optimization of preconception preparation in women with heart defects

Резюме

Существующий сегодня протокол прегравидарной подготовки у пациенток с врожденными пороками сердца не учитывает стратификацию пациенток по группам материнского риска в соответствии с модифицированной классификацией ВОЗ и медико-социальные особенности этих женщин, приводящие к формированию осложнений гестации. Нами предложен алгоритм прекоцепционной подготовки у пациенток с ВПС, предусматривающий мероприятия общего характера и персонализированной прегравидарной подготовки у пациенток различного риска в зависимости от их клинико-анамнестических особенностей. По результатам проведенной оценки эффективности предложенного алгоритма показано, что он достоверно снижает количество таких серьезных осложнений беременности, как анемия беременной и плацентарные нарушения, что, в свою очередь, приводит к улучшению перинатальных исходов.

Ключевые слова: прегравидарная подготовка, беременность при пороках сердца, плацентарная недостаточность, перинатальные исходы

Summary

The current protocol of preconception preparation in patients with congenital heart disease does not take into account the stratification of patients according to the modified WHO classification and the medical and social characteristics of these women, leading to the formation of complications of gestation. We propose an algorithm for pre-conceptual preparation in patients with CHD, which includes general measures and personified preconception preparation in patients of different risks, depending on their clinical and anamnestic features. Based on the results of an evaluation of the effectiveness of the proposed algorithm, it is shown that it reliably reduces the number of serious pregnancy complications such as pregnancy anemia and placental disorders, which in turn leads to an improvement in perinatal outcomes.

Keywords: preconception preparation, pregnancy with heart defects, placental insufficiency, perinatal outcomes

Введение

По данным многочисленных исследований, беременность, протекающая на фоне врожденных пороков сердца (ВПС), зачастую осложняется преэклампсией, анемией, угрозой прерывания беременности, плацентарной дисфункцией [1, 2, 3]. Указанная выше патология периода гестации совместно с заболеванием сердца на протяжении всей беременности оказывает влияние на состояние плаценты и развитие плода [4, 5], что в конечном итоге приводит к ухудшению перинатальных исходов [3, 6].

Известно, что во время беременности эффективно решить проблему плацентарной дисфункции на современном этапе развития медицины не представляется возможным [7]. Это диктует необходимость профилактики плацентарной дисфункции в процессе прегравидарной

подготовки. Однако схема прегравидарной подготовки у пациенток с заболеваниями сердца [8] не учитывает стратификацию пациенток по группам материнского риска в соответствии с модифицированной классификацией ВОЗ [9, 10] и медико-социальные особенности этих женщин, приводящие к формированию осложнений гестации.

Цель исследования – оптимизация алгоритма прегравидарной подготовки у женщин с ВПС различного материнского риска и изучение его эффективности на примере пациенток с пороками сердца умеренного материнского риска (ВОЗ II).

Материалы и методы

На основании выявленных особенностей медико-социального портрета беременных женщин с ВПС различ-

ного риска, приводящих к формированию осложненной гестации [3], разработан алгоритм прекоцепционной подготовки у пациенток с ВПС, предусматривающий мероприятия общего характера и персонафицированной прегравидарной подготовки у пациенток различного риска.

Мероприятия общего характера:

- выбор оптимального периода деторождения всем пациенткам с ВПС, впервые обратившимся к акушеру-гинекологу. Планирование беременности рекомендуется в период с 19 до 35 лет, однако с учетом индивидуальных особенностей пациентки и характера ее кардиальной патологии этот период может быть изменен. Рекомендуется соблюдение интергенетического интервала не менее 24 месяцев между родоразрешением и последующим зачатием. Учитывая индивидуальные особенности женщины, характер ее кардиальной патологии, этот период может быть увеличен;

- индивидуальный подбор методов контрацепции всем пациенткам, не планирующим беременность в течение ближайшего года;

- при планировании беременности, как минимум за 3 месяца до даты зачатия - нормализация образа жизни, режима дня, питания, отказ от вредных привычек, отказ от употребления тератогенных лекарственных средств;

- психологическое консультирование с целью подготовки к беременности и родам;

- проведение общего и акушерско-гинекологического обследования, оценка вагинальной микрофлоры и цитологических мазков;

- проведение лабораторных исследований крови и мочи (клинический анализ крови, определение группы крови и резус-фактора, определение сывороточных антител к бледной трепонеме, ВИЧ, выявление HBsAg, HCVAg, специфических IgG к вирусам кори, краснухи, ветряной оспы, определение уровня сывороточного железа, ферритина, трансферрина, насыщения трансферрина железом, клинический анализ мочи);

- проведение инструментального обследования (трансвагинальное ультразвуковое исследование (УЗИ) органов малого таза на 19-21 день цикла, УЗИ молочных желез или маммография (у женщин старше 35 лет);

- консультация смежных специалистов (стоматолог, отоларинголог, кардиолог, кардиохирург и аритмолог по показаниям);

- лечение сопутствующих заболеваний – артериальная гипертензия, сахарного диабета, хронической болезни почек, анемии и др.;

- проведение вальвулопластики (баллонная или операционная инструментальная) по показаниям. В случае имплантации искусственного клапана выбор протеза определяется, исходя из планируемой беременности;

- терапевтическое или хирургическое лечение аритмий в соответствии с соотношением риск/польза, как в отношении матери, так и плода;

- профилактика анемии беременной и ее влияния на течение гестации. При снижении содержания ферритина и сывороточного железа – препараты железа в пролон-

гированном режиме (трехвалентные препараты железа — трижды в сутки до нормализации показателя гемоглобина (более 120 г/л у женщин вне беременности). Далее – по 100 мг в сутки в пересчете на элементарное железо до нормализации показателей обмена железа;

- назначение за 2-3 месяца до зачатия препаратов фолиевой кислоты в количестве 400-800 мкг в сутки с последующим продолжением их приема в I триместре беременности с целью снижения риска формирования врожденных пороков развития;

- проведение энтеральной оксигенотерапии с целью коррекции существующей гипоксии тканей;

- определение времени отмены контрацепции и планирования беременности, прекращения приема статинов, аспирина, ингибиторов АПФ, антагонистов рецепторов к ангиотензину, прямых ингибиторов ренина.

Персонафицированный подход к прегравидарной подготовке включает в себя проведение следующих мероприятий.

Пациенткам с ВПС низкого и умеренного риска (ВОЗ I и II) дополнительно проводят:

- консультирование по вопросам прекращения табакокурения, в том числе и пассивного. При необходимости пациентка направляется на консультацию к психотерапевту для отказа от вредных привычек;

- обследование щитовидной железы (ТТГ, УЗИ щитовидной железы), мочевыводящих путей (бактериологическое исследование мочи, УЗИ почек), желудочно-кишечного тракта и нервной системы и последующее консультирование у терапевта и профильных специалистов;

- пациенткам, имеющим самопроизвольный или искусственный аборт в анамнезе рекомендовано дополнительное изучение состояния эндометрия (УЗИ органов малого таза, пайпель-биопсия) с последующей коррекцией.

Пациенткам с ВПС высокого риска (ВОЗ III) дополнительно проводят:

- консультирование терапевта, кардиохирурга, аритмолога и последующее дополнительное обследование;

- по результатам общего и дополнительного обследования выносится коллегиальное решение о рисках будущей беременности на фоне существующей кардиальной патологии и рекомендации по их предупреждению;

- при необходимости пациентка с ВПС направляется на хирургическое лечение существующей патологии, после чего повторно решается вопрос о возможности планирования беременности.

Проведено сравнительное изучение эффективности разработанного нами алгоритма прегравидарной подготовки у женщин с ВПС умеренного материнского риска (ВОЗ II), родоразрешенных в родильном доме МБУЗ ГКБ № 6 г. Челябинска в 2016 г.

Группу I составили 6 пациенток с ВПС умеренного материнского риска (ВОЗ II), которым прегравидарная подготовка была проведена в полном объеме. Группу II (группу сравнения) составили 21 женщина, имеющие ВПС умеренного материнского риска и при этом не про-

ходившие прегравидарную подготовку (данные пациентки обратились к гинекологу только на сроке беременности 5-7 недель).

Критерии включения: репродуктивный возраст женщин, наличие порока сердца умеренного риска в соответствии с модифицированной классификацией ВОЗ, одноплодная спонтанно наступившая беременность.

Критерии исключения: ВИЧ-инфекция, туберкулез, сифилис, противопоказания к вынашиванию беременности, беременность после ЭКО, отсутствие информированного согласия на участие в исследовании.

Набор пациентов осуществляли методом сплошной выборки.

Всем женщинам было проведено клинко-лабораторное обследование согласно приказу Минздрава РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" [11], которое включало ЭКГ, ЭХО-КГ и обязательную консультацию терапевта и кардиохирурга. Изучение социального портрета беременных проводили в форме стандартизованного интервью.

Перинатальные исходы изучали по данным антропометрии новорожденных, оценке по шкале Апгар, осложнениям раннего неонатального периода, а также по длительности нахождения детей в условиях палаты интенсивной терапии (ПИТ) и необходимости перевода в другие стационары.

Статистические расчеты выполнены с помощью лицензионных статистических пакетов программ: SPSS12.1, Statistica for Windows 10.0, MS Excel 2010 в Центре математической и статистической поддержки медицинских исследований при ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава Российской Федерации. В частности, данные в тексте представлены в виде средней арифметической и ее ошибки ($M \pm m$). Качественные признаки описаны абсолютными и относительными частотами. Для оценки межгрупповых различий применялся критерий хи-квадрат Пирсона, а при частоте менее 5 – точный критерий Фишера. Для всех видов анализа статистически достоверными считались значения $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

При изучении медико-социального портрета беременных было установлено, что пациентки обеих групп были сопоставимы по возрасту (средний возраст составил $29,66 \pm 4,05$ лет для группы I и $26,9 \pm 2,07$ лет для группы II), району проживания (абсолютное большинство пациенток в обеих группах проживали в Челябинске), социальному (большинство были работающими, занятыми преимущественно умственным трудом) и семейному положению (100% пациенток в группе I и 71,4% в группе II состояли в зарегистрированном браке).

Анализ соматической патологии показал, что основным видом ВПС в группе I была недостаточность аортального клапана (83%), в то время как в группе II – изолированные неоперированные септальные пороки

(61,9%) и различные сочетания пороков (33,3%). Помимо кардиальной патологии, женщины исследуемых групп с равной частотой имели в анамнезе хронические болезни верхних и нижних дыхательных путей, детские инфекции, заболевания желудочно-кишечного тракта, патологию щитовидной железы и мочевыводящих путей. Статистически значимых различий в частоте соматической патологии не выявлено. При анализе антропометрических данных статистически значимых различий также не выявлено.

Все пациентки обследуемых групп были сопоставимы по возрасту менархе, характеру менструальной функции. Возраст начала половой жизни, сексуальное поведение, статистически значимо не отличались в обеих группах. При анализе патологии репродуктивной системы в обеих группах с одинаковой частотой встречались воспалительные заболевания органов малого таза и доброкачественные образования яичников.

В группе I среди всех обследуемых женщин первобеременные составили 66,7%, а в группе II – 33,3%. В группе пациенток, не проходивших прегравидарную подготовку, в анамнезе отмечена большая частота искусственного прерывания беременности хирургическим способом (28,6%) по сравнению с группой I (16,7%), однако различия не достоверны.

При сравнении особенностей течения беременности в обследуемых группах установлено, что среди женщин, получавших прегравидарную подготовку, снизилась частота осложненной беременности ($p > 0,05$). Намечалась тенденция к снижению частоты отеков беременных, артериальной гипертензии, аномалий количества околоплодных вод. Статистически значимо снизилась частота анемии беременных (0% в группе I против 57,1% в группе II), и плацентарных нарушений (0% в группе I против 57,1% в группе II).

Беременность у всех женщин закончилась своевременными родами.

У пациенток, проходивших прегравидарную подготовку, частота оперативного родоразрешения (33,3%) ниже, чем в группе II (57,1%), однако различия не достоверны. Показанием к операции кесарева сечения у пациенток в группе I было наличие рубца на матке после бывшей операции кесарева сечения в сочетании с отсутствием готовности к родам по шеечному тесту (100%). В группе II основным показанием к операции кесарева сечения было наличие ВПС, приводящие к ухудшению состояния беременной (66,7%), различия статистически не значимы.

Достоверных отличий в продолжительности периодов родов, протекающих через естественные родовые пути, в группах не выявлено. Роды чаще протекали без осложнений в группе женщин, проходивших прегравидарную подготовку (75,0%), по сравнению с пациентками из группы II – 66,7% ($p > 0,05$). При этом основным осложнением в обеих группах был акушерский разрыв шейки матки. Достоверных различий по объему кровопотери в родах не было получено.

Были изучены особенности раннего неонатального периода у новорожденных от женщин исследуемых

групп. В группе I родилось 6 новорожденных, а в группе II – 21. Случаев мертворождения в исследуемых группах не зарегистрировано.

При оценке новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5-й минуте выявлено, что наметилась тенденция к увеличению оценки по шкале Апгар на первой и пятой минуте жизни у новорожденных от женщин, проходивших прегравидарную подготовку, по сравнению детьми от матерей, не проходивших преем conceptionную подготовку, однако различия статистически не значимы.

Сравнение антропометрических показателей новорожденных показало, что росто-весовые показатели статистически значимо ниже у детей, рожденных от матерей, прегравидарная подготовка которым не проводилась, по сравнению с таковыми в группе I.

Среди детей у пациенток из группы II в 4,76% случаев зарегистрирована задержка роста плода. В группе I таких новорожденных не было ($p > 0,05$).

У новорожденных от матерей, проходивших прегравидарную подготовку, реже регистрируется перинатальная патология (16,7%) по сравнению с детьми от женщин из группы II - 57,1% ($p = 0,16$). В структуре перинатальной патологии новорожденных из группы II преобладают нарушения церебрального статуса - 47,6%. В большинстве случаев эти нарушения представлены ишемией мозга и церебральной депрессией.

Ни один новорожденный от пациенток из группы I не нуждался в нахождении в условиях ПИТ, в то время как среди новорожденных из группы II таких было 3 (12,8%), а среднее время пребывания в ПИТ составило 3 суток.

Заключение

Таким образом, пациентки с ВПС, проходившие полноценную прегравидарную подготовку, сопоставимы с женщинами с ВПС из той же группы материнского риска в соответствии с модифицированной классификацией ВОЗ, не проходивших прегравидарную подготовку, по возрасту, уровню образования, социальному статусу и положению, возрасту менархе, характеру менструальной функции, перенесенным гинекологическим заболеваниями, сексуальной культуре и семейному положению. Это позволяет исключить влияние вышеперечисленных факторов на течение беременности, родов и перинатальные исходы при оценке эффективности влияния прегравидарной подготовки.

Разработанный алгоритм преем conceptionной подготовки у пациенток с ВПС, предусматривающий мероприятия общего характера и персонализированной прегравидарной подготовки, достоверно снижает количество таких серьезных осложнений беременности, как анемия беременной и плацентарные нарушения, что, в свою очередь, приводит к улучшению перинатальных исходов.■

Казачкова Э.А., д-р мед. наук, профессор, профессор кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России; Воробьев И.В., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России; Автор, ответственный за переписку: Воробьев И.В., 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64, кафедра акушерства и гинекологии; тел.: 8-912-798-1523; e-mail: ivanbrat87@yandex.ru

Литература:

1. Егорова А.Т., Стрижак Н.В., Моисеенко Д.А. Репродуктивный анамнез и особенности течения беременности у женщин с врожденными пороками сердца. *Научные ведомости. Серия Медицина. Фармация.* 2014; 18(189): 80-6.
2. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. М: Триада-Х; 2013.
3. Казачкова Э.А., Казачков Е.Л., Воробьев И.В., Воронаева Е.Е. Сравнительная характеристика медико-социального портрета, течения беременности и перинатальных исходов у женщин с кардиоваскулярной патологией различного риска. *Уральский медицинский журнал.* 2016; 5(138): 29-32.
4. Dranekiene A., Opitz C.F., Gumbiene L. et al. *Pregnancy in patients with Eisenmenger's syndrome. Experiences from Vilnius 1967-2003. Disch-Med-Wochenschr.* 2004; 129(30): 35-9.
5. Earing M.G., Webb G.D. *Congenital heart disease and pregnancy: maternal and fetal risks. Clin. Perinatol.* 2005; 32(4): 913-9.
6. Радзинский В.Е. *Акушерская агрессия, в. 2.0. М: StatusPraesens; 2017.*
7. Воробьев И.В., Паширова Н.В. *Состояние фетоплацентарного комплекса и перинатальные исходы у женщин с заболеваниями сердца. Журнал Акушерства и женских болезней.* 2016; Спецвыпуск LXV: 9-10.
8. Радзинский В.Е. и др. *Прегравидарная подготовка: клинический протокол. М: StatusPraesens; 2016.*
9. *Диагностика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний при беременности: Российские рекомендации. Рос. кардиол. журнал.* 2013; 102 (4, приложение 1): 1-40.
10. Долгушина В.Ф., Казачкова Э.А., Паширова Н.В., Чулков В.С., Мокринская Е.А., Воробьев И.В. *Заболевания сердца и беременность. Челябинск: Издательство ЮУГМУ; 2016.*
11. *Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»"*