

Роль перинатального центра в профилактике смертности новорожденных от врожденных пороков сердца (ВПС)

А. М. Литвинова, Н. Б. Давыденко, Е. О. Девятова

Научный отдел по разработке и внедрению медико-организационных форм перинатальной помощи

The role of perinatal center in profilactics of newborn's mortality suffered from aquired heart defects

A.M. Litvinova, N.B. Davidenko, E.O. Deviatova

Резюме

В связи с увеличением за последнее десятилетие удельного веса ВПР в структуре причин перинатальной и младенческой смертности, проблема врожденной и наследственной патологии остается актуальной.

Правильно выбранная стратегия службы охраны здоровья матери и ребенка приводит к динамическому снижению уровня неонатальной смертности. В Свердловской области сформирована система оказания помощи беременным с ВПС у плода и новорожденным с пороками сердца, включающая раннюю пренатальную диагностику, пренатальный консилиум, централизацию акушерской помощи беременным с ВПС у плода в перинатальном центре, подготовку новорожденных к хирургической коррекции на базе реанимационного отделения ФГУ «НИИ ОММ» и максимальное приближение новорожденного к квалифицированной кардиохирургической помощи.

При ретроспективном анализе 50 историй родов и историй развития и болезни новорожденного с ВПС за период 2007–2008 год выявлено снижение смертности детей на 1,25%.

В 2007 году из всех родившихся в перинатальном центре детей с ВПС только у 35,4% порок выявлен во время беременности, и только половина из них прошла пренатальный консилиум. Тогда, как в 2008 году из всех родившихся детей ультразвуковой диагноз пренатально был установлен в 73,6% случаев, причем в 36,8% на ранних сроках беременности, и у 68% пациенток с ВПС плода был проведен пренатальный консилиум. Обращает на себя внимание увеличение числа сложных пороков в 2008 году в 2,7 раза. В 2007 году для хирургической коррекции в СОКБ№1 переведено 21% детей, в 2008 году — 52,6%. При этом в 2008 году подготовка к хирургической коррекции порока проводилась в реанимационном отделении ФГУ «НИИ ОММ»

Таким образом, смертность детей в перинатальном центре в 2008 году снизилась с 6,45% (2007 г) до 5,2%.

Ключевые слова: врожденные пороки сердца, пренатальный консилиум, пренатальная диагностика, перинатальный центр.

Summary

In connection with increased role of congenital anomalies in structure of the reasons of perinatal and infantile death rate, the problem of congenital and hereditary pathology remains urgent.

Correctly chosen strategy of health protection of mother and the child results in dynamic reduction of the level of perinatal death rates. In Sverdlovsk area the system of rendering assistance of pregnant women with congenital heart disease (CHD) of fetus and newborn is worked out, including early prenatal diagnostics, prenatal consultation, centralization of obstetric care for pregnant women with CHD of the fetus in perinatal centre, preparation of the newborn to surgical correction on base of the newborns' resuscitation department and maximal approximation of the newborn to qualified surgical help is generated.

At the retrospective analysis of 50 labor charts and stories of newborns' with CHD development for the period 2007–2008 years reduction of death rate of children on 1,25 % is revealed.

In 2007 from all born in the perinatal centre children with CHD defect was revealed during pregnancy in 35,4%, and only half from them has passed prenatal consultation. Then, as in 2008 from all born children the ultrasonic diagnosis was established during pregnancy in 73,6 % of cases and in 36,8 % on early terms of pregnancy and in 68% of cases prenatal consultation took place. The increase of number of complex defects in 2008 in 2,7 times was registered. In 2007 for surgical correction in Children's Regional Clinical Hospital 21 % of newborns were transferred, in 2008 — 52,6 %. Thus in 2008 preparation for surgical correction of defect was carried out in resuscitation department of the scientific research institute of maternity and childhood care.

Thus, death rate of children in perinatal centre in 2008 has decreased from 6,45 % (2007 y.) to 5,2 %.

Key words: congenital heart diseases, prenatal consultation, prenatal diagnostics, perinatal centre.

А. М. Литвинова — ведущий научный сотрудник, к. м. н.;

Н. Б. Давыденко — старший научный сотрудник, к. м. н.;

Е. О. Девятова — аспирант.

Проблема наследственной и врожденной патологии, прежде всего врожденных пороков развития продолжает оставаться актуальной. За последнее десятилетие она приобрела серьез-

Таблица 1.

Характеристика групп	2008 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%
Всего родилось с пороками сердца	19	100	31	100
всего	14	73,6	11	35,4
23–25 нед.	7	36,8	-	-
33–34 нед.	6	31,5	11	35,4
36–37 нед.	1	5,2	-	-
после рождения	5	26,3	20	64,5
Прошли пренатальный консилиум	13	68,4	6	19,4

ную социально-медицинскую значимость. В-первых, существенно увеличился удельный вес ВПР в структуре причин перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности. Во-вторых, не снижается, а имеет тенденцию к росту показатель детской инвалидности, в большинстве случаев, обусловленный врожденной и наследственной патологией.

Предпринимаемые лечебные и реабилитационные меры оказываются недостаточно эффективными. Поэтому в системе здравоохранения многих стран мира и Российской Федерации профилактика этой патологии, базирующаяся на современных достижениях медицинской генетики, акушерства и гинекологии, перинатологии, стала занимать приоритетное направление [1].

В РФ врожденные пороки развития плода и новорожденного в структуре перинатальной смертности на протяжении многих лет занимают 2 место.

В развитых странах Европы и Северной Америки врожденные пороки развития выходят на 1 место в структуре перинатальной и младенческой смертности [2].

Опыт работы ряда федеральных, межрегиональных и территориальных лечебно-профилактических учреждений, показывает, что внедрение комплексной программы проведения пренатально — диагностических и лечебных мероприятий позволяет кардинально продвигаться в решении проблемы снижения наследственных и врожденных болезней [1].

Правильно выбранная стратегия службы охраны здоровья матери и ребенка приводит к динамическому снижению уровня неонатальной смертности.

Во многих регионах (Татарстан, Чувашия) используется схема отбора новорожденных в медицинских учреждениях республики с последующей транспортировкой детей по принципу «на себя» в кардиохирургический центр на специализированном реанимобиле, что позволяет перенести хирургическую коррекцию ВПС на более ранний возраст.

В результате удалось снизить смертность детей первого года жизни от ВПС в 2,8 раза [3].

Еще одним механизмом снижения младенческой смертности от врожденных аномалий являются медико-генетическое консультирование семей и совершенствование качества пренатальной диагностики с целью раннего выявления пороков развития.

Одним из резервов снижения младенческой смертности, особенно от трудно управляемых причин, является внедрение и тиражирование высокотехнологичной медицинской помощи, в том числе фетальной и неонатальной хирургии.

Наиболее востребованными видами высокотехнологичной помощи остается кардиохирургия [4].

Таким образом, высокая частота ВПР представляет серьезную проблему, а их предупреждение и ранняя диагностика является исключительно актуальными.

Цель исследования — анализ результатов оказания помощи новорожденным с ВПС в условиях перинатального центра в 2007–2008 г.г.

Материалы и методы

В разработку взяты 50 историй родов и 50 историй развития и болезни новорожденного с врожденными пороками сердца за период 2007–2008 год.

Результаты исследования

Областной перинатальный центр ФГУ «НИИ ОММ» принимает беременных высокого перинатального риска для подготовки к родам, выбора способа родоразрешения и оказания поликомпонентной помощи новорожденным.

Матери 31 ребенка, родившегося в 2007 году с врожденным пороком сердца, были госпитализированы в ОПБ перинатального центра. У 11 (35,4%) из них диагноз ВПС был установлен с помощью ультразвукового исследования в сроке 33–34 недели гестации. При этом только 6 (19,4%) пациенток прошли перинатальный консилиум. Основная доля (64,5%) по-

роков сердца у новорожденных была выявлена только лишь после рождения.

В 2008 году из 19 госпитализированных в ОПБ беременных с ВПС у плода ультразвуковой диагноз порока был установлен в 73,6% случаев, причем в большинстве случаев (36,8%) на ранних сроках гестации (23-25 недель). При этом, 68,4% пациенток с пороком сердца у плода прошли пренатальный консилиум.

Таким образом, в результате ретроспективного анализа историй, можно сделать вывод, что не диагностированные внутриутробно пороки сердца в 2007 году (64,5%) и в 2008 году (26,3%) связаны не с числом УЗИ исследований во время беременности, а качеством ультразвуковой диагностики.

Неквалифицированные процедуры УЗИ — диагностики (в условиях районных, областных лечебных учреждений и коммерческих меди-

цинских центров) не позволили вовремя направить пациентов в областной центр планирования семьи и на пренатальный консилиум.

Кроме того, за исследуемый период обращает на себя внимание изменение нозологической структуры пороков в 2008 году в сторону более сложных в 2,7 раза.

В 2007 году переведено в СОКБ№1 для хирургической коррекции порока 21% детей, тогда как в 2008 году эта высокотехнологичная медицинская помощь была оказана 52,6% новорожденным, что было связано с организацией взаимодействия с кардиохирургами. В 2008 году был исключен этап перегоспитализации новорожденных до операции в областную детскую больницу для подготовки к оперативному лечению.

Подготовка к операции проводилась в отделении интенсивной терапии ФГУ «НИИ

Таблица 2.

Наименование ВПС	МКБ 10	2008 г.		2007 г.	
		абс.	%	абс.	%
ДМЖП	Q 21.0	2	10,5	10	32,3
ДМПП	Q 21.1	2	10,5	4	12,9
Сложный порок	Q 24.0	2	10,5	1	3,2
	Q 20.0				
	Q 26.8				
ОАП	Q 25.0	-	-	2	6,5
Сложный порок	Q 21.0	-	-	2	6,5
	Q 22.1				
	Q 23.1				
Аневризма м/п перегородки	Q 21.8	-	-	1	3,2
Атрезия клапанов	Q 23.8	1	5,2	1	3,2
	Q 23.4				
Транспозиция крупных сосудов	Q 20.3	-	-	1	3,2
Аномалия соединения легочных вен	Q 26.4	-	-	1	3,2
Удвоение правых отделов сердца	Q 24.9	-	-	2	6,5
Опухоль сердца	Д 15.1	1	5,2	1	3,2
Гипоплазия левых отделов сердца	Q 23.4	-	-	1	3,2
Синдром Марфана	Q 87.4	-	-	1	3,2
Общий AV- канал	Q 20.8	1	5,2	-	-
Тетрада Фалло	Q 21.3	3	15,8	-	-
Сложный порок	Q 23.3	1	5,2	-	-
	Q 23.1				
Сложный порок	Q 21.2	1	5,2	-	-
	Q 23.4				
	Q 25.1				
Сложный порок	Q 26.8	1	5,2	-	-
	Q 25.5				
Аорто-легочное окно	Q 21.4	1	5,2	-	-
Сложный порок	Q 23.4	1	5,2	-	-
	Q 23.8				
	Q 25.9				
	Q 21.1				
Сложных пороков всего		5	26,3	3	9,6

Таблица 3.

Характеристика групп	2008 г.		2007 г.	
	абс.	%	абс.	%
Переведены в СОКБ№1	10	52,6	4	21,0
Выписаны домой	8	42,1	20	64,5
Перегоспитализированы в ОДКБ№1	-	-	5	16,1
Умерли в ПЦ	1	5,2	2	6,45

ОММ» с использованием общепринятых методик. В результате работы этой системы были выхожены и выписаны из ОКБ№1 в домашние условия 7 из 10 детей. Таким образом, летальность после хирургической коррекции составила 30%.

В 2007 году выписанные на амбулаторное наблюдение дети составили 64,5%, что на 22% больше, чем в 2008 году. Это было связано с увеличением количества сложных пороков в 2008 году, которые потребовали хирургической коррекции. При этом смертность детей в перинатальном центре по сравнению с 2007 годом снизилась с 6,45% до 5,2% (умер в отделении 1 ребенок на 4 сутки в связи с сочетанной патологией — сложный ВПС и гиперплазия надпочечников на фоне синдрома задержки роста плода).

Таким образом, сформировалась система оказания помощи беременным с ВПС у плода и новорожденным с пороками сердца в Свердловской области, которая включает:

- раннюю антенатальную диагностику ВПС;
- пренатальный консилиум;
- концентрация беременных с ВПС плода в областном перинатальном центре для подготовки к родам и родоразрешения;
- оказание помощи новорожденным в плане диагностики вида ВПС и профилактики сердечной недостаточности до хирургической коррекции в условиях отделения реанимации перинатального центра.

Диагностика и лечение пороков сердца выходят за рамки базовой помощи, однако ранняя диагностика после рождения ребенка очень важна для решения вопроса о времени возможной хирургической коррекции. Лечение прово-

дится при возникновении признаков сердечной недостаточности: ограничение жидкостной нагрузки, прием диуретиков, сердечных гликозидов. Проводится контроль за оксигенацией и сатурацией крови;

- этап консилиума кардиохирурга и специалиста ЭХО — кардиографической диагностики для решения вопроса о сроках операции;
- этап операции на сердце в отделении кардиохирургии ОКБ№1 (г. Екатеринбург);
- этап выхаживания детей в ОДКБ№1 после операции.

Вышесказанное позволяет сделать вывод: с целью профилактики перинатальной и младенческой смертности от ВПС следует внедрить в алгоритм помощи новорожденным с ВПС стандарт акушерской помощи в перинатальном центре, подготовку новорожденных к хирургической коррекции на базе реанимационного отделения перинатального центра и максимальное раннее приближение новорожденного к квалифицированной кардиохирургической помощи.

Китература

1. Кулешов Н. П., Мutowик Г. Р., Марченко Л.Ф. и др. Организационные и методические основы пренатальной диагностики в профилактике наследственных и врожденных болезней у детей. Метод. пособие. 2004; 31.
2. Кетова Е. Г. Роль современной акушерской помощи в снижении перинатальной смертности: Автореф. дис. к. м. н. Пермь, 2008; 23.
3. Кириллов А. Г. Пути снижения младенческой смертности в Чувашской Республике. Российский педиатрический журнал. 2008; 5:57-60
4. Чумакова О. В., Филлипов О. С., Гусева Е. В. и др. О совершенствовании оказания медицинской помощи матерям и новорожденным на современном этапе. Социальная педиатрия и организация здравоохранения. 2008; 7: 5:16-19.