

МЕДИЦИНА. ПСИХОЛОГИЯ

Саатова Г.М., Кожомкулова А.Т.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

G.M. Saatova, A.T. Kozhomkulova

WAYS OF IMPROVING THE EFFICIENCY OF THE DIAGNOSIS, REVENTION AND TREATMENT OF CHILDREN WITH CHD IN THE MODERN WORLD

УДК: 616.12-007.2-053.1-053.2-07-084

Представлен алгоритм оказания медицинской помощи детям с врожденным пороком сердца, определяющий необходимый объем клинического, инструментального, лабораторного обследования, адекватную тактику ведения детей с врожденным пороком сердца.

The algorithm of rendering of medical aid to children with congenital heart disease, determining necessary volume of clinical, instrumental, laboratory testing, adequate tactics of children with congenital heart disease.

С каждым годом ВПС у детей представляют все более серьезную проблему здравоохранения. В то же время, как показывают исследования, вследствие недостаточно эффективной и несвоевременной медицинской помощи, поздней диагностики увеличивается смертность в детском возрасте. Ранняя диагностика ВПС у ребенка имеет большое практическое значение в определении стратегии и тактики реабилитации.

Востребованность специализированной кардиологической и кардиохирургической помощи у детей с ВПС несомненна. Разработка стандартов и клинических рекомендаций у детей с ВПС крайне затруднена ввиду их гетерогенности. Для совершенствования методики принятия решения – выбора оптимальной тактики ведения ребенка с ВПС необходим единый унифицированный алгоритм оказания медицинской помощи, основанный на интеграции профильных служб лечебно-профилактических учреждений.

Алгоритм оказания медицинской помощи детям с ВПС

I этап - пренатальная диагностика

Цели: предотвращение рождения детей с пороками сердца, несовместимыми с жизнью, планирование раннего оперативного вмешательства при наличии у плода критического ВПС.

Задачи:

1. Проведение УЗ-скрининга беременных в декретированные сроки согласно стандартному протоколу (с четырехкамерным срезом и срезом через 3 сосуда) на наличие возможного ВПС у плода.

2. При подозрении на ВПС - медико-генетическая консультация с проведением кариотипирования, верификацией диагноза.

3. При подтверждении диагноза критического ВПС и отсутствии сопутствующей генетической патологии - проведение перинатального консилиума (с обязательным участием детского кардиохирурга) с целью решения вопроса о возможности оперативного вмешательства.

4. При диагностике ВПС, не требующего экстренного оперативного вмешательства сразу после рождения, возможно родоразрешение в акушерских стационарах с последующим переводом ребенка в отделение патологии новорожденных с целью дообследования и определения сроков оперативной коррекции порока.

ВПС, требующие экстренного оперативного вмешательства в первые часы или дни жизни (фетально зависимые пороки):

- Синдром гипоплазии левых отделов сердца.
- Критический аортальный стеноз.
- Перерыв дуги аорты или критическая форма коарктации аорты.
- Атрезия легочной артерии или критический легочный стеноз.
- Атрезия трикуспидального клапана.
- Простая транспозиция магистральных сосудов.
- Тотальный аномальный дренаж легочных вен, обструктивный тип.
- Сочетание пороков, перечисленных выше.

ВПС, требующие обследования в отделении патологии новорожденных и оперативного лечения до 3 - 6 месяцев жизни (пороки, не зависящие от фетальных коммуникаций):

- ДМЖП больших размеров.
- ОАП больших размеров.
- Тетрада Фалло.
- АВ-коммуникации.
- Общий артериальный ствол.
- Синдром единственного желудочка сердца.
- Опухоли сердца.
- Двойное отхождение магистральных сосудов от правого желудочка.

II этап - диагностика врожденного порока сердца в родильном доме

Цели: своевременное выявление критических (фетально зависимых) пороков, адекватная терапия, препятствующая развитию критических состояний, соблюдение адекватных условий транспортировки, определение оптимальных сроков оперативного лечения.

Диагностика ВПС должна основываться на данных клинического и инструментального обследования, которое включает: общий осмотр, аускультацию, пальпацию, перкуссию, стандартный перечень общеклинических анализов, ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, измерение насыщения крови кислородом (сатурация) и артериального давления на 4 конечностях. При достаточной технической оснащенности выполнить УЗИ сердца.

Для постановки предварительного диагноза ВПС неонатологу и педиатру следует ориентироваться на следующие признаки и симптомы:

- - цвет кожных покровов;
- - одышка;
- - тахикардия;
- - увеличение печени;
- - диурез (нормо-, олиго-, анурия);
- - периферические отеки;
- - артериальное давление;
- - сатурация крови;
- - по ЭКГ нарушения ритма сердца и отклонение электрической оси;
- - по рентгеновскому снимку грудной клетки оценивают сосудистый рисунок легких, тень сердца и крупных сосудов.

В периоде новорожденности нарушения гемодинамики, вызванные ВПС, реализуются через следующие синдромы:

1. Синдром нарастающей гипоксемии
2. Синдром сердечной недостаточности.
3. Синдром легочной гипертензии.

III этап - выявление ВПС участковым педиатром в амбулаторных условиях

Цели: обеспечить своевременное оперативное лечение больных, подлежащих операции, адекватная терапия в до- и послеоперационном периоде, адекватная реабилитация.

Выявление ВПС в роддоме может не состояться по следующим причинам: отсутствие шумовой картины в силу физиологических особенностей новорожденного; анемии, которая маскирует цианоз. При хорошем самочувствии ребенка детальное обследование, как правило, не проводится.

Выявление ВПС на участке предусматривает следующие действия:

1. Обследование в пределах своего участка (ЭКГ, рентгеновский снимок грудной клетки, анализы крови и мочи);
2. Проведение Эхо-КГ по месту жительства с консультацией кардиолога;
3. Консультация кардиолога и кардиохирурга со всеми имеющимися данными для решения вопроса о необходимости и сроках проведения операции.

План наблюдения за ребенком 1 года жизни с верифицированным ВПС на педиатрическом участке:

1. Осмотр ежемесячно.
2. Взвешивание 2 раза в месяц.
3. Контроль за уровнем гемоглобина ежеквартально.

4. Контроль за проведением терапии, назначенной кардиологом. По возможности обеспечить препаратами, назначенными кардиологом, в порошковой форме.

5. При пороках "синего" типа - следить за жидкостным режимом, особенно при интеркуррентных заболеваниях, так как имеющаяся полицитемия значительно усугубляется эксикозом и может привести к тромботическим осложнениям.

6. Проводить профилактику бактериального эндокардита (все хирургические вмешательства проводить под прикрытием антибиотиков, при подъемах температуры выше 38 градусов в течение 3 дней назначать антибактериальные препараты).

IV этап - выявление ВПС в стационаре

Чаще всего выявление ВПС в стационаре происходит "случайно", когда дети госпитализируются в больницу по другим причинам - пневмония, травма, инфекции и др. Хирургическое лечение ВПС на фоне острой сопутствующей патологии или же в терминальной стадии сердечной недостаточности не проводится. Используется следующая тактика:

1. Полное излечение сопутствующей патологии;
2. Обследование по схеме (ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, анализы крови и мочи, по возможности проведение Эхо-КГ, консультация кардиолога);
3. Направление на консультацию к кардиохирургу НИИ хирургии сердца и трансплантации органов.

Правильный топический диагноз в условиях поликлиники и соматического стационара возможен у 70-80-% детей с этой патологией при использовании Эхо-КГ, рентгенографии сердца. Выделение групп риска позволит своевременно провести необходимые диагностические и реабилитационные мероприятия, начиная с периода новорожденности.

Для улучшения диагностики ВПС и их осложнений необходимо внедрение рациональной программы диспансерного наблюдения за новорожденными и детьми до 1 года, детьми с ВПС с различным уровнем гемодинамических нарушений. Важна стандартизация основных приемов оздоровления детей с ВПС.

Этапы клинической диагностики ВПС:

1. установление наличия порока сердца
2. подтверждение его врожденного генеза
3. определение групповой принадлежности порока и характеристика синдромных гемодинамических нарушений («синие», «бледные», с обогащением или обеднением МКК и др.)
4. топическая диагностика порока в группе
5. определение наличия и степени легочной гипертензии
6. определение характера и степени сердечной недостаточности
7. выявление характера и выраженности осложнений
8. установление клинико-функциональной стадии течения заболевания

9. выявление сопутствующих врожденных аномалий, утяжеляющих течение ВПС, и уточнение степени их выраженности

10. решение вопроса (совместно с кардиохирургом) о необходимости, возможности и рациональных сроках проведения хирургической коррекции

Нами разработан алгоритм распознавания наиболее часто встречающихся ВПС в рамках возможностей общепрактикующего врача (педиатра).

Структура алгоритма включает выявление факторов диагностического внимания относительно возможности ВПС, собственно дифференциальную диагностику и выявление обстоятельств, меняющих выработанный план реабилитации.

Факторы диагностического внимания:

1. цианоз или выраженная бледность;
2. гипотрофия;
3. частые простудные заболевания, в том числе протекающие с бронхитом (более 3-4 раз в год);
4. плохая переносимость адекватных по возрасту физических нагрузок (быстро устает при кормлении грудью, быстрая утомляемость при подвижной игре, появлении одышки при подъеме даже на один пролет лестницы в доме и др.);
5. увеличение размеров сердца, установленное либо перкуторно, либо электрокардиографически, либо рентгенографически;
6. изменение тонов сердца;
7. выслушивание шумов сердца;
8. изменение пульса на руках, слабый пульс или его отсутствие на бедренной артерии;
9. измененное артериальное кровяное давление;
10. деформация грудной клетки;
11. аритмия сердца;
12. любые электрокардиографические патологические находки;
13. необычные находки на рентгеновском снимке грудной клетки
14. превышение порога стигматизации.

Факторы определяющие дифференциальную диагностику ВПС:

1. Наличие цианоза и время возникновения
2. Состояние легочного кровотока
3. Определение гипертрофии различных отделов сердца

Выявление обстоятельств, требующих пересмотра ранее выбранного плана реабилитации:

1. Присоединение инфекционного эндокардита
2. Трансформация дефекта межжелудочковой перегородки во вторичную тетраду Фалло.

Структура диагностического поиска достоверно определена. Это, во-первых, отношение к цианозу и времени его возникновения; во-вторых, определение состояния легочного кровотока; в

третьих, определение гипертрофии различных отделов сердца; и последнее, что может определить особую примету (специфический признак порока).

Диспансерное наблюдение за детьми с ВПС зависит от характера гемодинамических нарушений, обусловленных ВПС, возраста ребенка и фазы течения ВПС. Разделение детей ВПС по группам предопределяет частоту осмотра специалистами, объем клинических, лабораторных и функционального обследования, пути оздоровления и критерии эффективности наблюдения.

Ведение больного после операции. Ребенок после операции по поводу ВПС должен наблюдаться кардиохирургом и осматриваться по индивидуальному графику, но не реже чем через 3,6, 12 месяцев после операции. По месту жительства ребенок наблюдается врачом (педиатр) ежемесячно. В случае ухудшения состояния обязательна госпитализация в кардиохирургическое отделение.

Таким образом, предлагаемая модель оказания специализированной помощи детям с врожденными пороками сердца, основанная на принципах преемственности, стандартизированного подхода к диагностике и лечению врожденных пороков сердца позволит значительно повысить доступность оказываемой медицинской помощи и ее эффективность.

Выводы:

1. Диагностика врожденных пороков сердца проходит несколько этапов и включает в себя пренатальную и постнатальную диагностику. Целью пренатальной диагностики является предотвращение рождения детей с пороками, несовместимыми с жизнью. Задачей постнатальной диагностики является своевременная диагностика порока, адекватная терапия, препятствующая развитию критических состояний, определение оптимальных сроков оперативного лечения.

2. Для топической диагностики на всех этапах необходимо проведение комплекса мероприятий, включающего осмотр, аускультацию, проведение рентгенологического обследования, ЭКГ, Эхо-КГ, анализы крови и мочи.

3. Диспансерное наблюдение за детьми с ВПС зависит от характера гемодинамических нарушений, обусловленных ВПС, возраста ребенка и фазы течения ВПС. Разделение детей ВПС по группам предопределяет частоту осмотра специалистами, объем клинических, лабораторных и функционального обследования, пути оздоровления и критерии эффективности наблюдения.

Рецензент: к.м.н., доцент Мусуркулова Б.А.